



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/3227 - APENDAGITIS EPIPLOICA

N. García Varela<sup>a</sup> y A. Sánchez Corredoira<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vite. Santiago de Compostela. La Coruña.  
<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Noia. Santiago de Compostela. La Coruña.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: mujer de 22 años. IMC 31. NAMC. FUR: hacía 21 días. Enfermedad actual: segunda asistencia a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución. En un primer momento el dolor era de poca intensidad y más en mesogastrio pero con el paso de las horas se fue irradiando y localizándose cada vez más en FID. Sensación nauseosa, sin vómitos. No alteraciones del hábito intestinal. No síndrome miccional.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física anodina exceptuando la presentación de dolor a la palpación en FID, sin Blumberg ni Murphy. No presencia de signos de peritonitis. Rx tórax y abdomen, GSV, ECG, Hemograma, bioquímica, coagulación y analítica de orina, sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal: aumento de ecogenicidad de la grasa en fosa ilíaca derecha sin llegarse a individualizar claramente el apéndice. TAC abdominal: demuestra un área circunscrita de, aproximadamente, 34,5 mm de diámetro máximo en fosa ilíaca derecha de aumentado valor de atenuación de la grasa inmediatamente anterior y medial a la vertiente inferior del ciego.

**Juicio clínico:** Apendagitis epiploica.

**Diagnóstico diferencial:** a) Infarto omental. b) Diverticulitis aguda. c) Apendicitis aguda. d) Mesenteritis esclerosante. e) Tumores primarios mesentéricos (liposarcoma, angiomiolipoma) o metastásicos con afectación del mesocolon. f) Adenitis mesentérica. g) Cuadros ginecológicos: hemorragia o torsión ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria.

**Comentario final:** La apendagitis epiploica es una causa poco frecuente de dolor abdominal. Se produce por la torsión o trombosis del pedículo vascular de dichos apéndices, o secundaria a la inflamación de órganos adyacentes. El conocimiento de la misma, evitaría errores diagnósticos y terapéuticos, por eso la presentación de este caso. El diagnóstico se hará con la realización de pruebas radiológicas como la ecografía o la TAC y el tratamiento se basa en el control sintomático con antiinflamatorios no esteroideos que habitualmente tienen buena respuesta en 1-2 semanas. No es necesaria la prescripción de antibióticos porque en la evolución se produce una necrosis grasa aséptica.

### Bibliografía

1. Rodríguez-Gandía MA, Moreira-Vicente V, Gallego Rivera I, Rivero-Fernández M. Apendicitis epiploica: la otra apendicitis. Gastroenterol Hepatol. 2008;31.

2. Martínez-Serrano MA, Poves I, Dorcaratto D, Burdío F. Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico. Cir Esp. 2011;89.

**Palabras clave:** Dolor en fosas. Apendagitis.