

424/888 - APENDAGITIS. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

A. Puente Torres¹, A. Malo de Molina Herrera², M. Santos Matallana¹ y J. Lamolda Poyatos³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años, con antecedente de hipertensión arterial, acude por dolor abdominal en fossa ilíaca izquierda de dos días de evolución, sin asociar cambios en el ritmo intestinal, náuseas o vómitos. No fiebre termometrada.

Exploración y pruebas complementarias: Normotensio. Afebril. Abdomen: blando, dolor intenso a la palpación en fossa ilíaca izquierda. Defensa abdominal propia. No signos de irritación peritoneal. Hemoglobina: 15,8 g/dL; leucocitos: 5.800/uL (neutrófilos: 65,3% y linfocitos: 21,5%); plaquetas: 287.000/uL; INR: 0,96; PCR: 3,2 mg/dL; glucosa: 96 mg/dL; urea: 21 mg/dL; creatinina: 0,93 mg/dL; filtrado glomerular (CKD-EPI): 102,2 mL/min; ALT: 25 U/l; AST: 24 U/l; GGT: 20 U/l; FA: 84 U/l, LDH: 193 U/l; bilirrubina: 0,7 mg/dl. Ecografía abdominal: área nodular hiperecogénica de 4,5 × 3,3 cm, por detrás de la pared abdominal anterior y en contacto con sigma, en relación con apendicitis epiploica. Hígado con parénquima aumentado de ecogenicidad, compatible con esteatosis difusa. Resto sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Dolor abdominal asociado a apendagitis o apendicitis epiploica.

Diagnóstico diferencial: Diverticulitis aguda. Apendicitis. Infarto omental. Paniculitis mesentérica. Mesenteritis esclerosante. Tumores primarios de mesocolon.

Comentario final: La apendagitis aguda es una patología benigna causada por la torsión del pedículo vascular de los apéndices epiploicos del colon. Es una causa infrecuente de dolor abdominal, más frecuente en la cuarta o quinta década de la vida. Se manifiesta como dolor agudo a punta de dedo en cuadrante inferior izquierdo, generalmente sin fiebre. No suele producir alteraciones analíticas relevantes, con nula o mínima elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico de confirmación se hace mediante técnicas de imagen, como el TAC de abdomen o la ecografía, mostrando en esta última una masa hiperecoica de morfología oval no compresible en el punto de máximo dolor, rodeada frecuentemente de un halo hipoeocoico periférico. Tiene buen pronóstico y el tratamiento es conservador: reposo, analgesia y dieta ligera, siendo infrecuente la necesidad de intervención quirúrgica, salvo que haya complicaciones derivadas de este cuadro.

Bibliografía

1. González Vega A, García Pérez I, Álvarez Álvarez D, et al. Apendagitis epiploica como etiología de dolor abdominal agudo. Rev Esp Enferm Dig. 2008;100(12): 800-1.

Palabras clave: Dolor. Abdominal. Apendagitis.