



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

482/606 - ¿ABDOMEN AGUDO, NOS HALLAMOS ANTE UNA DIVERTICULITIS O ANTE UNA APENDICITIS?

A. Alberdi Iglesias¹, A. Muriel Serrano², M. Núñez Toste¹ y A. Rubio Babiano³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Gamazo. Valladolid. ²Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Gamazo. Valladolid. ³Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Gamazo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 29 años con antecedente de colitis ulcerosa, que acude por presentar dolor en fosa ilíaca izquierda de 3 días de evolución tipo punzante irradiado a hipogastrio, no relacionado con ningún desencadenante. No fiebre termometrada, no náuseas ni vómitos, no cambios en el ritmo intestinal ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de fosa ilíaca izquierda con defensa y aumento del mismo a la descompresión. Estudio analítico sin hallazgos reseñables (sin leucocitosis ni neutrofilia, PCR 5). En el TAC abdominal de urgencias se apreció una imagen ovalada adyacente al colon descendente ovalada, hipodensa, bien delimitada por halo hipercaptante, con foco puntiforme de hiperdensidad central y cambios inflamatorios de la grasa adyacente. Hallazgo sugestivo de apéndice epiploico del colon torsionado.

Orientación diagnóstica: Apendicitis epiploica.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis aguda, diverticulitis, pancititis mesentérica, mesenteritis esclerosante, infarto omental y tumores primarios metastáticos en mesocolon.

Comentario final: El dolor abdominal agudo es uno de los cuadros de mayor desafío diagnóstico. La apendicitis epiploica primaria es un proceso inflamatorio autolimitado y benigno de los apéndices epiploicos del colon como consecuencia de la torsión del pedículo vascular o por trombosis espontánea del drenaje venoso. La manifestación clínica más frecuente es dolor agudo sobre todo en el cuadrante izquierdo. No tiene porqué acompañarse de cambios en el hábito intestinal, fiebre ni leucocitosis. El diagnóstico se realiza a través de la clínica y prueba de imagen. El tratamiento es conservador, no siendo necesaria habitualmente la utilización de antibióticos. El tratamiento quirúrgico se reserva para pacientes cuyos síntomas no mejoran, con síntomas nuevos o que empeoran (fiebre alta, dolor progresivo, náuseas, vómitos o incapacidad para tolerar una dieta oral) o complicaciones. Estas (torsión del apéndice inflamado, adherencia a otra víscera ocasionando obstrucción o abscesos) son poco frecuentes. Las tasas de recurrencia rondan el 40%.

Bibliografía

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar PP, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. RadioGraphics 2005;25:1521-34.

2. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, et al. Insights into epiploic appendagitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011;8:45.

Palabras clave: Dolor abdominal agudo. TAC.