

Apendicitis epiploica

(Omental appendicitis)

Gabriela Alejandra Bautista Aguilar,* Carmen Bautista Aguilar,* Hugo Reyes Martínez,*

Ulises Reyes Gómez,* Katy Lizeth Reyes Hernández **

* Servicio de urgencias, cirugía y pediatría de la Clínica Diana de especialidades, Oaxaca

** Unidad de Investigación en Pediatría del Instituto San Rafael San Luis Potosí.

Resumen

La apendicitis epiploica es una consecuencia de la torsión o trombosis espontánea de las venas de drenaje de los apéndices epiploicos; El cuadro clínico es el de dolor abdominal intenso, de inicio súbito, localizado en fosas iliacas, predominantemente izquierda.

El tratamiento quirúrgico es controvertido debido a que el manejo conservador es recomendado actualmente con buenos resultados, mientras el riesgo de complicaciones sugiere como una buena alternativa la cirugía. Lo relevante del artículo es el conocimiento de la patología, en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

Palabras clave: Apendicitis epiploica, abordaje conservador, abordaje médico, controversias.

Abstracts

Omental appendicitis is a consequence of torsion or spontaneous thrombosis of the veins draining the omental appendices. The clinical picture is severe abdominal pain, sudden onset, located in iliac fossae, predominantly left.

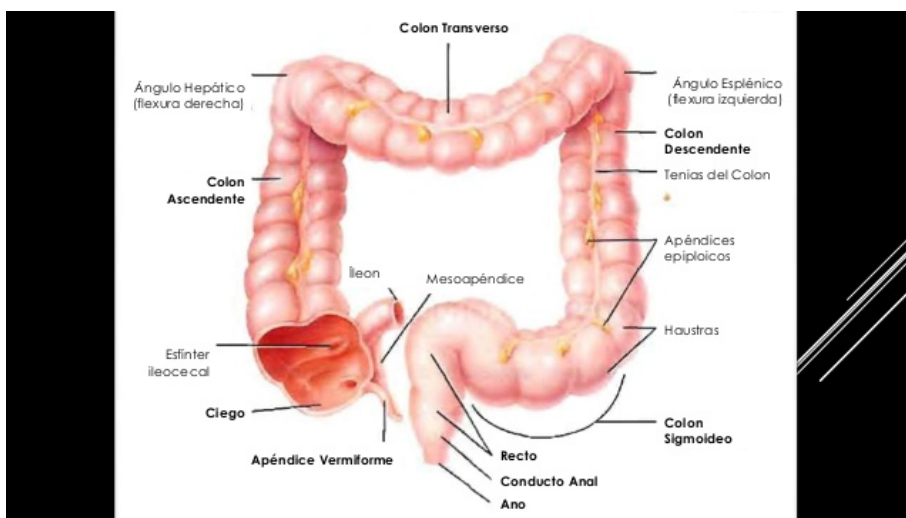
Surgical treatment is controversial because conservative management is currently recommended with good results, while the risk of complications suggested as a good alternative to surgery. The relevant article is knowledge of the disease and the differential diagnosis of acute abdomen.

Key words: *Omental appendicitis, conservative approach, medical approach, controversies.*

Introducción

Los apéndices epiploicos son estructuras pedunculadas de tejido adiposo que protruyen de la superficie serosa del colon¹ a la cavidad peritoneal, miden 2 a 5 cm de largo y 1 a 2 cm de grosor; En cuanto a su función se postula que pueden servir como apoyo a las paredes del colon durante la perístasis; que son un reservorio de sangre cuando el colon y sus vasos intramurales están contraídos; que representan un depósito energético y como epiplón en caso de procesos inflamatorios.²

Cada apéndice epiploico es irrigado por una o dos pequeñas arteriolas, ramas de los vasos rectos del colon y drenan por venas únicas tortuosas que pasan a través de un pedículo estrecho.¹ Se localizan desde el ciego hasta la unión rectosigmoide en un número aproximado de 100 a 150.³



apéndices epiploicos (tomado de <http://image.slidesharecdn.com/anatomayfisiologahumana-130915193535-phpapp01/95/aparato-digestivo-49-638.jpg?cb=1379274284>)⁴

La apendicitis epiploica es una consecuencia de la torsión o trombosis espontánea de las venas de drenaje de los apéndices epiploicos en la serosa del colon.¹ el cuadro clínico se denomina apendagitis⁵

Vitre en 1703 informó el caso un apéndice epiploico libre, como un cuerpo extraño en la cavidad peritoneal y el término apendicitis epiploica fue acuñado por Lynn en 1956.⁶

Existen factores de riesgo para esta entidad: la obesidad, las hernias, el ejercicio intenso, las comidas abundantes. Cualquiera de éstas puede causar una ectasia venosa esplácnica y trombosis⁷

Es una entidad infrecuente en niños. Se ve más entre la segunda y quinta décadas de la vida y es más frecuente en hombres (2:1)^{1,3} Algunos cirujanos de gran trayectoria mencionan solo uno o dos casos dentro de su experiencia quirúrgica; sin embargo con la llegada de la ecografía y la Tomografía Axial Computarizadas (TAC) esta incidencia ha cambiado desde el punto de imágenes ya que algunos grupos han llegado a reportar hasta 14 casos de apendagitis.

La Academia Mexicana de Cirugía publicó un estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes con diagnóstico de apendagitis epiploica durante 4 años (marzo 2009 a marzo 2013). se incluyeron 17 pacientes, 14 mujeres y 3 hombres, con una mediana de edad de 57 años. El periodo de latencia de los síntomas fue 72 horas. En 64.7% de los pacientes el dolor abdominal se localizó en el cuadrante inferior izquierdo y en 35.3% en el derecho. Laboratorio: leucocitos 6,300 (5,000-9,500), neutrófilos 61.6% (57-

65.8), proteína C reactiva 1.5 (0.85-2.92). El diagnóstico se confirmó mediante ecografía o tomografía abdominal en 88.2%, e intraoperatorio en 11.8%. En la mayoría de los casos el diagnóstico se estableció preoperatoriamente, gracias al uso de pruebas radiológicas que evitó las intervenciones quirúrgicas innecesarias.² La incidencia fue de 1.8 casos por cada 100,000 habitantes año, con un promedio de 4 casos anuales en esa serie.² La forma pediculada, su gran movilidad y el hecho de tener irrigación Terminal,^{1,3} los hacen propensos a la torsión y a la trombosis venosa, lo que conduce a un infarto isquémico o hemorrágico y a la irritación peritoneal, que ocasiona un abdomen agudo, que simula un cuadro quirúrgico.¹ así mismo su inflamación puede ser secundaria a otros procesos inflamatorios del colon como una diverticulitis.³ El cuadro clínico es el de dolor abdominal intenso, de inicio súbito,¹ muy bien localizado, en cualquier región del abdomen³ predominando en fosa iliaca izquierda (menos frecuente del lado derecho);¹ En ocasiones se acompaña de un tumor palpable, y es rara la aparición de vómitos, alteraciones del ritmo intestinal, fiebre o datos de irritación peritoneal.²

El periodo de latencia de los síntomas a la consulta en el servicio de Urgencias suele ser inferior a una semana. Cuando se localiza en el hemiabdomen inferior izquierdo plantea el diagnóstico diferencial con la diverticulitis aguda y cuando se localiza en el lado derecho con la apendicitis aguda³, ya que puede haber maniobras apendiculares positivas. Los exámenes de laboratorio suelen ser normales³ aunque pueden mostrar leucocitosis leve y velocidad de sedimentación elevada en las primeras horas, o aumento de la proteína C reactiva.^{1,7}

La anamnesis y la exploración física minuciosa ayudan en la orientación diagnóstica,⁷ se puede iniciar con ecografía y complementar con la T.A.C. y según los hallazgos se puede tomar una conducta conservadora en los pacientes con dolor localizado en alguno de los flancos sin síntomas sistémicos o elevación anormal del recuento de células blancas (figura 1)⁶

En condiciones normales no se visualizan en los estudios de imagen ya que se confunden con la grasa peritoneal, solo se visualizan si están inflamados o en presencia de ascitis, hemoperitoneo o inyección de contraste intraabdominal.³



Figura 1. Ultrasonido abdominal de fosa iliaca derecha. Se observa líquido libre de aproximadamente 10 mL con hipomotilidad de íleo terminal y abundante gas que no permite ver el apéndice cecal. (tomado de referencia 1)

El USG o la TAC suelen ser suficientes para su diagnóstico.³ El estudio de elección es la tomografía computarizada, que según algunos autores, muestra una apariencia patognomónica: una imagen hipodensa, redondeada u ovoide de densidad grasa (de -30 unidades Hounsfield que corresponde a grasa) ubicada en la serosa de algún segmento del colon y el peritoneo parietal, limitada por un anillo hiperdenso de 2 mm de grosor que corresponde al halo hipogénico (signo del anillo característico del apéndice epiploico).¹ (figura 2)



Figura 2 Tomografía abdominopélvica con: lesión ovalada hipodensa con halo periférico hiperdenso compatible con apendicitis epiploica.(tomado de referencia 2)

La Resonancia magnética podría ser un excelente método diagnóstico para esta entidad debido a su gran resolución por el tejido adiposo, pero su uso se ve limitado debido a la menor disponibilidad en los servicios de urgencias y su coste más elevado.³

CUADRO. Diagnóstico diferencial del dolor abdominal de acuerdo al cuadrante afectado	
Cuadrante inferior derecho	Cuadrante inferior izquierdo
Apendicitis aguda	Diverticulitis aguda
infarto omental: Puede aparecer durante la infancia (15%). En la mayoría el dolor se localiza en los cuadrantes derechos, a nivel tomográfico la lesión es de mayor tamaño (mayor de 7 cm), con ausencia del anillo hiperdenso.	
Tumores primarios mesentéricos (liposarcoma, angiomiolipoma) o metastásicos con afectación del mesocolon.	
Adenitis mesentérica.	
Cuadros ginecológicos Hemorragia o torsión ovárica, enfermedad pélvica inflamatoria.	
Mesenteritis esclerosante. Inflamación y fibrosis del tejido graso mesentérico que suele aparecer en la sexta y séptima décadas de la vida, con mayor frecuencia en varones. A nivel tomográfico se caracteriza por una lesión hipodensa, rodeada en la mitad de los casos de una pseudocápsula, situada alrededor de los vasos mesentéricos, sin desplazarlos.	

El tratamiento es conservador, con el uso de antiinflamatorios.^{2,4} El proceso se autolimita en menos de diez días.¹ El tratamiento quirúrgico está reservado para los casos en los que fracasa el tratamiento médico o cuando hay complicaciones,¹⁻³ que son raras; una de ellas puede ser la compresión extrínseca del colon adyacente, que ocasiona obstrucción intestinal; otras más raras, son la invaginación o la perforación intestinal.¹

Sin embargo algunos autores recomiendan la extirpación del apéndice epiploico torsionado en el momento del diagnóstico debido a la posible recidiva, persistencia de los síntomas o complicaciones,² en forma de obstrucción, invaginación o perforación colónica.³

Conclusiones

Ante un cuadro de dolor abdominal inespecífico es importante tomar en cuenta la posibilidad de una apendicitis epiploica, tanto al momento de establecer el diagnóstico para solicitar los estudios de gabinete pertinentes (actualmente de elección ultrasonido y TAC); como durante una laparotomía exploradora (diagnóstica) ya que de lo contrario el riesgo de reintervenciones o complicaciones es factible.

La mayoría de los autores recomiendan manejo expectante con AINES e incluso ambulatorio en la atención primaria, sin embargo dejamos a consideración del cirujano la realización de laparotomía enfatizando en la revisión de los apéndices epiploicos durante el procedimiento, sin que esto excluya en un 100% el riesgo de complicaciones o re intervenciones posteriores.

Referencias bibliográficas |

1. León HA, Palacios AJM, Guzmán MJ y col. Apendicitis epiploica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2010; 31(1): 6-10.
2. García MA, Nofuentes RC, Mella LM, Pérez LM, Pérez BS, Rubio CJ. Apendagitis epiploica, causa poco frecuente de dolor abdominal. *Cirugía y Cirujanos*, 2014; 82(4): 389-94
3. Solsona T, Albaladejo BG, Carles (2011) "Apendagitis epiploica primaria", Vol 29: Iss 1, Article 2. Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/2>
4. <http://image.slidesharecdn.com/anatomayfisiologahumana-130915193535-phpapp01/95/aparato-digestivo-49-638.jpg?cb=1379274284>
5. Castro S, Daniel T. Torsión de un apéndice epiploico Reporte de 2 casos: Características ecográficas y tomográficas *Acta Med. Costarr.* 2012; 44(1): 34-5
6. Vipul G, Kumar S. Apendicitis epiploicae: An unusual cause of acute abdomen in children. *Pediatr Neonat Surg.* 2008;13(2): 83-5.
7. Vicente OR, Melgarejo CF, Ortíz CC, Manteca GR. Apendagitis epiploica una causa infradiagnosticada de dolor abdominal agudo. *Gastroenterología y hepatología* 2011; 34(6): 434-5

