

# Apendagitis: etiología poco frecuente de abdomen agudo médico

**Autores** Carla Dias<sup>1</sup> , Carolina Manzo, José Gutierrez.

**Afiliación** 1 Clínica Santa Paula  
2 Clínica Santiago de León.

Autora de Correspondencia: Dra. Carla Dias. Correo: [carladiasgastro@gmail.com](mailto:carladiasgastro@gmail.com) ORCID: [0000-0003-3359-3132](https://orcid.org/0000-0003-3359-3132)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2022; 76(1): 32-34.  
© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

## Resumen

El dolor abdominal agudo es un motivo de consulta frecuente en la práctica médica general y en gastroenterología, siendo necesario un diagnóstico diferencial preciso con el objetivo de determinar un adecuado tratamiento, médico o quirúrgico. Existen causas poco frecuentes como la apendagitis aguda (apendicitis epiploica) entidad benigna y autolimitada de los apéndices epiploicos del colon secundaria a la torsión del pedículo vascular o trombosis espontánea del drenaje venoso de estos. El contar con la disponibilidad de la realización de la tomografía abdominopélvica computarizada (TAC) en el estudio del abdomen agudo en emergencia ha permitido evidenciar y diagnosticar procesos inusuales de tratamiento no quirúrgico; como es el caso de la apendagitis epiploica primaria.

**Palabras clave:** apendagitis, apendicitis epiploica, apéndices epiploicos, tomografía abdominopélvica computarizada (TAC).

## Caso clínico

Se trata de paciente masculino de 20 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos quien acude a emergencia con cuadro clínico de 48 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de inicio abrupto en fosa iliaca derecha, muy fuerte intensidad, no atenuado, no irradiado sin concomitantes. Al examen físico hemodinámicamente estable. Abdomen blando, depresible, muy doloroso en fosa iliaca derecha, sin signos de irritación peritoneal, maniobras apendiculares negativas. La analítica (fórmula y conteo blanco, proteína C reactiva y VSG) fue normal. En vista de cuadro clínico de abdomen agudo sin alteración de los reactantes de fase aguda se decide realización de tomografía abdominopélvica computarizada (TAC). La TAC (Fig. 1,2,3) evidenció hallazgos compatibles con Apendagitis aguda (apendicitis epiploica) dado por incremento focal de la densidad de la grasa (edema) que rodeaba una estructura redondeada de aspecto tubular de

pared delgada y centro hipodenso, menor de 1 cm, localizada por delante del colon ascendente e inmediatamente por debajo del plano músculo aponeurótico del flanco derecho. Además, se evidenció hipertrofia del tejido ganglionar ileocecal en relación con adenitis mesentérica local reactiva, menores de un centímetro de diámetro. Apéndice de tamaño y localización normal sin signos inflamatorios. No se evidenció líquido libre en cavidad, ni signos de obstrucción intestinal ni formación de abscesos. Paciente fue tratado de forma conservadora, remitiendo la sintomatología a las 24 horas.

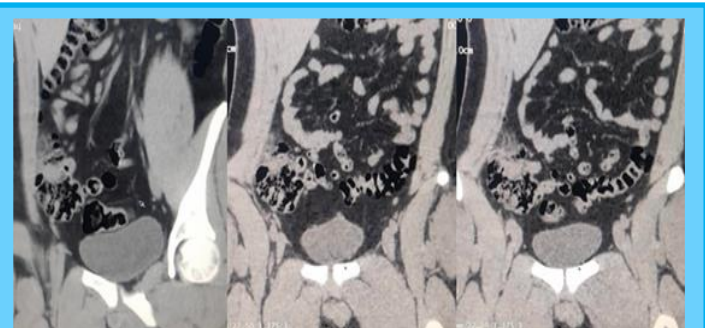


Figura 1. TAC Abdominopélvica.

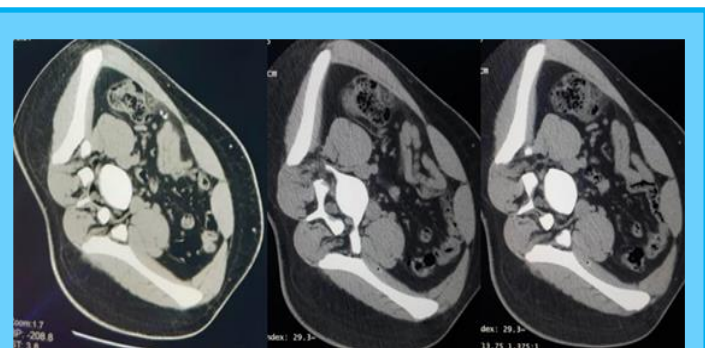


Figura 2. TAC Abdominopélvica

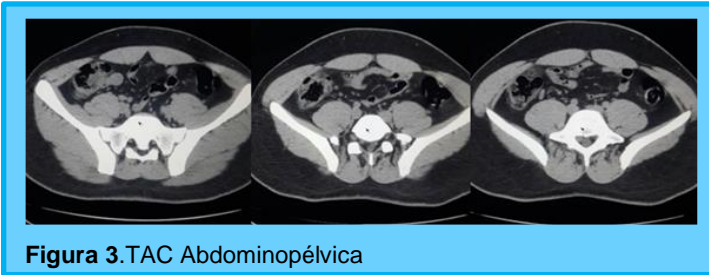


Figura 3. TAC Abdominopélvica

## Discusión

Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas de 2-5 cm de grosor, que protuyen de la serosa del colon, en relación con las tenias, hacia la cavidad peritoneal. No visualizados en condiciones normales, se hacen evidentes cuando sufren algún proceso patológico o la cavidad peritoneal está ocupada por sangre, ascitis o contraste<sup>1</sup>.

La apendagitis aguda es un proceso inflamatorio benigno y autolimitado, de origen vascular secundario a torsión o trombosis de la vena de drenaje. Se consideran factores de riesgo la obesidad o sobrepeso, la actividad física intensa que aumenta su movilidad y las comidas copiosas que determinan ectasia venosa esplácnica y trombosis<sup>2</sup>.

En orden decreciente, la apendagitis puede aparecer en zonas adyacentes a colon sigmoides, colon descendente y hemicolon derecho<sup>3</sup>. La manifestación clínica más frecuente es dolor agudo en la zona inferior del abdomen, sobre todo en el cuadrante izquierdo, pudiendo simular una diverticulitis aguda o apendicitis si es en el lado contrario<sup>3-6</sup>. No obstante, también puede localizarse en cualquier parte del abdomen, según la localización del apéndice a lo largo del colon, por lo que ante la aparición de esta sintomatología debería hacerse un diagnóstico diferencial con otras enfermedades como infarto omental, paniculitis mesentérica, mesenteritis esclerosante y tumores primarios metastáticos en mesocolon. No suele acompañarse de cambios en el hábito intestinal, fiebre ni leucocitosis.

El diagnóstico rara vez es sospechado clínicamente<sup>3</sup>, debido a que es poco frecuente y no existe un signo patognomónico, el diagnóstico es difícil<sup>6-8</sup>. Lo relativamente raro de esta entidad, su frecuente omisión en los diagnósticos diferenciales, su característico aspecto en las imágenes y la controversia en su manejo hacen de su reconocimiento un factor importante.<sup>3,8</sup>

Las técnicas de imágenes son cruciales para el diagnóstico de este cuadro. El Ultrasonido muestra una masa oval, no compresible, hiperecoica con un discreto halo hipoecoico, en contacto con el colon y adherida a la pared abdominal, de 1,5 a 5 cms. de diámetro, en el sitio de mayor sensibilidad o dolor; no hay flujo al color Doppler<sup>6-9</sup>. El carácter hiperecogénico se explica por el carácter adiposo del apéndice y la necrosis hemorrágica que se produce en la grasa, el halo fino hipoecoico representa la serosa inflamada recubierta por exudado fibroleucocitario<sup>10</sup>.

Los hallazgos de la TAC son patognomónicos, determinados por evidencia de una masa oval para colónica con densidad de grasa, de menos de 5 cms. de diámetro (con un rango habitual entre 1,5 y 3,5 cms.), que representa el apéndice inflamado o infartado, con un aumento de la atenuación de la grasa a su alrededor, con un anillo hiperatenuante bien definido que rodea a la masa (signo del anillo) que representa al peritoneo visceral inflamado y en algunas ocasiones un punto central de alta atenuación representa a los vasos ingurgitados o trombosados o áreas centrales de hemorragia<sup>7,11</sup>. La infiltración grasa circundante es constante y se traduce en un aumento de la densidad de esta, otro fenómeno frecuente es el engrosamiento del peritoneo parietal de la zona vecina<sup>10,12</sup>. A medida que pasa el tiempo pueden haber pocos cambios o disminuir de tamaño, en general casi han desaparecido luego de 6 meses<sup>3,13</sup>. A diferencia de la diverticulitis, generalmente la pared colónica no está engrosada.

El tratamiento es conservador a base de reposo, analgesia y dieta ligera no siendo necesaria la utilización de antibióticos, ni el tratamiento quirúrgico. El pronóstico es excelente, aunque han sido descritos potenciales complicaciones como torsión del apéndice inflamado, adherencia a otra víscera ocasionando obstrucción o formación de abscesos<sup>14</sup>.

El cuadro clínico se resuelve en la mayoría de los casos en un lapso de 10-14 días, pero los cambios radiológicos pueden durar hasta seis meses<sup>3,4,15</sup>.

Cabe destacar que en la literatura, a pesar de lo poco frecuente; hay un reporte (caso clínico) nacional publicado, donde el diagnóstico se realizó durante la intervención quirúrgica, teniendo como hallazgos: apéndice epiploica gangrenosa, colon sigmoide con adherencia a pared lateral de abdomen con apéndice epiploica necrosada; realizándosele resección de apéndice epiploica y apendicectomía<sup>8</sup>.

En conclusión, la apendagitis aguda debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo sin elevación de reactantes de fase aguda.

## Referencias

- González Vega, A. et al. Apendagitis epiploica como etiología de dolor abdominal agudo. Rev. esp. enferm. Dig. 2008; 100 (12):800-801.
- Sandrasegaran K, Maglinte DD, Rajesh A, Akisik FM. Primary epiploic appendagitis: CT diagnosis. Emerg Radiol 2004; 11: 9-14
- Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar PP, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. RadioGraphics 2005; 25: 1521-34.
- Ng KS, Tan AG, Chen KK, Wong SK, Tan HM. CT features of primary epiploic appendagitis. Eur J Radiol 2006; 59(2): 284-8.
- P de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Review: Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain. J Radiol 2008; 89(2): 235-43

6. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steintraesser L, et al. Epiploic sppendagitis - clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery* 2007; 7: 11.
7. Molinares Arevalo B, Castrillon G, Restrepo R. Apendicitis epiploica: reporte de cuatro casos. *Rev. Colomb. Cir.* 2006; 21 (3): 196-200.
8. Tovar, Manuel, Ramírez, Nelson, & Milano, Melisse. (2010). Apendicitis epiploica primaria, la otra apendicitis: Reporte de un caso. *Gen.*2010; 64(2):120-123.
9. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, us, and ct findings in 14 cases. *Radiology* 1994; 191: 523- 526.
10. Teijo C, Raimunde E, Alvarez S, Oleoz J. Epiploitis aguda: una causa inusual de abdomen agudo medico. *An. Med. Int.* 2006; 23 (10): 507-508.
11. Sighn A, Gervais D, Hahn P, Rhea J, Mueeler P. CT appearance of acute appendagitis. *Am. J. Radiol.* 2004; 183(11): 1.303-1.307.
12. Subramanian, R. Acute appendagitis: emergency presentation and computed tomographic appearences. *Emerg. Med. J.* 2006; 23: 53-54.
13. Rao P, Wittenberg J, Lawrason J. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in ct appearance. *Radiology* 1997; 204 (3): 713-717.
14. egome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: The emergency department presentation. *J Emerg Med* 2002; 22: 9-13.
15. Kianmanesh R, Abdullah B, Scaringi S, Leroy C, Octernaud S, Chabanne S, et al. Primary epiploic appendagitis: a nonsurgical and often misdiagnosed pathology. *Presse Med* 2007; 36(2): 247-50.