

Apendagitis epiploica

» Autors

Gisela Solsona Tomàs¹
Carles Albaladejo Blanco²

1 Resident de 4t any de Medicina de Família i Comunitària (MFIC), Àrea bàsica de salut Llefià. Centre docent de MFIC. Badalona, Barcelona, Espanya.

2 Tutor de Medicina de Família i Comunitària (MFIC), Àrea bàsica de salut Llefià. Centre docent de MFIC. Badalona, Barcelona, Espanya.

» Correctors

Emili Gené i Ernest Vinyoles

» Correspondència

Gisela Solsona Tomàs
Adreça electrònica: gisela.solsona@gmail.com

Publicat: 1 de febrer de 2011

Solsona Tomàs, Gisela and Albaladejo Blanco, Carles (2011) "Apendagitis epiploica primària", Vol 29: Iss 1, Article 2.
Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/2>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol29/iss1/2>

INTRODUCCIÓ

L'apendagitis epiploica consisteix en la inflamació dels apèndixs epiploics del teixit adipós del colon, com a conseqüència de la seva torsió o de la trombosi de la vena de drenatge. Es pot manifestar amb dolor a qualsevol localització de l'abdomen, encara que preferentment es focalitza a fossa ilíaca esquerra. El seu tractament es conservador i té un pronòstic excel·lent; per aquest motiu, malgrat ésser una entitat relativament infreqüent, cal tenir-la present dins del diagnòstic diferencial del dolor abdominal agut, ja que pot condicionar l'actitud terapèutica posterior.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Motiu de consulta:

Home de 35 anys que consulta per dolor abdominal.

Antecedents patològics:

- Sobrepès.
- Hipertrigliceridèmia familiar en tractament amb fibrats.
- Trastorn bipolar en tractament amb liti.
- Apendicectomia.

Malaltia actual:

El pacient consultà a urgències hospitalàries per dolor abdominal sord, no irradiat, a nivell de flanc i fossa ilíaca esquerra, de 48 hores d'evolució. Negava febre, nàusees o vòmits, canvis en el ritme deposicional i/o clínica urològica.

Exploració física:

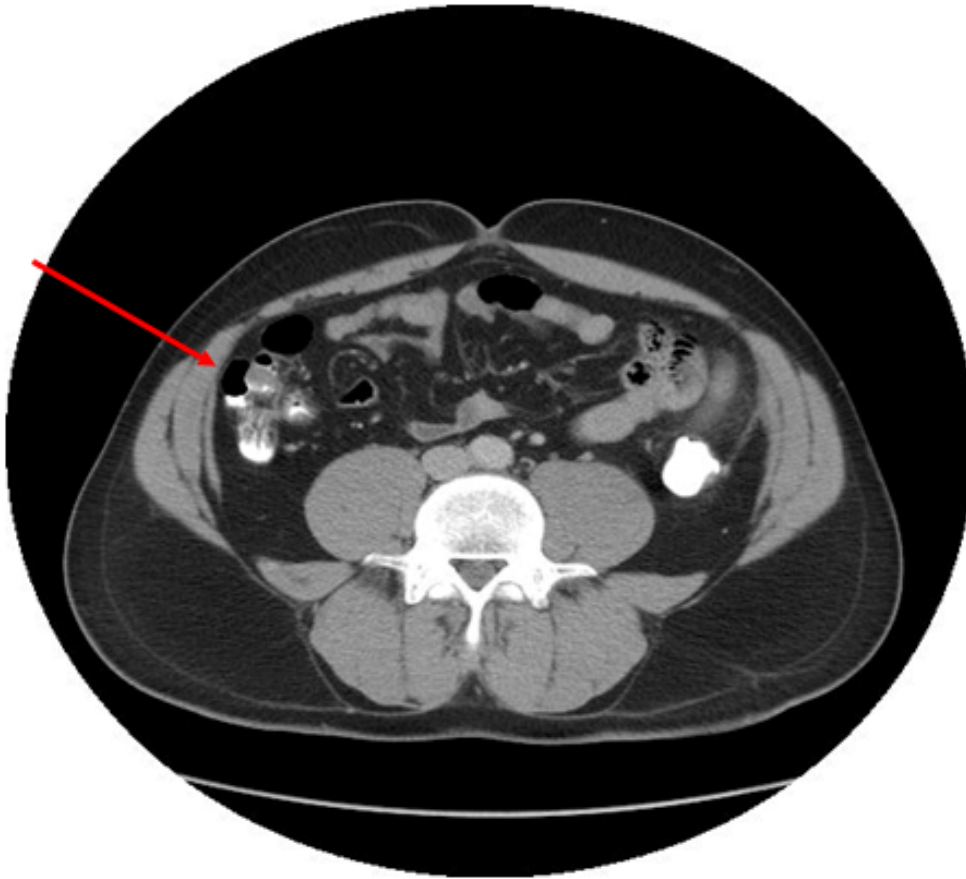
A l'exploració, el pacient presentava un bon estat general, afebril i amb pressió arterial de 110/70 mmHg. Destacava un dolor selectiu a la palpació en flanc i fossa ilíaca esquerra amb signes d'irritació peritoneal. La resta de l'exploració fou anodina.

Proves complementàries i tractament:

Es va realitzar analítica que mostrà lleu leucocitosis (13.700 leucòcits/mL), sent la resta, amb funció hepàtica i renal, estrictament normal. L'urianàlisi també fou normal. La radiografia d'abdomen mostrava aire i femta en el marc còlic. El pacient va romandre en observació unes hores i degut a la persistència del dolor, es va decidir realitzar una tomografia axial computada (TAC) abdominal amb contrast que mostrà: augment de densitat i reticulació del greix peritoneal a nivell del sigma proximal amb una zona central més densa i un cercle hipodens (greix) al voltant del qual és més evident la reacció inflamatòria, troballes compatibles amb apendagitis epiploica (**figura 1**).

Figura 1.

TAC abdominal inicial: s'observa un augment de densitat i reticulació del greix peritoneal a nivell del sigma proximal amb una zona central més densa i un cercle hipodens (greix) al voltant del qual és més evident la reacció inflamatòria, troballes compatibles amb apendagitis epiploica.



D'acord amb el diagnòstic clinikoradiològic d'apendagitis aguda, es va pautar tractament mèdic conservador amb analgèsics i antiinflamatoris orals.

Evolució:

Es va fer el seguiment a la consulta d'atenció primària: a les 24 hores de l'alta hospitalària persistia el dolor a hemiabdomen inferior esquerre amb signes d'irritació peritoneal, al tercer dia havia millorat i, a la setmana, ja estava totalment asimptomàtic de manera que es va retirar la medicació.

Als 3 mesos de l'episodi agut, es va realitzar -via ambulatoria- una TAC abdominal de control, també amb contrast, que evidenciava la completa resolució radiològica del procés abans esmentat (**figura 2**).

Figura 2.

TAC abdominal de control: resolució completa del procés inflamatori pericolònic.



DISCUSSIÓ

Els apèndixs epiploics són estructures de teixit adipós subserós, de morfologia peduncular i digitiforme que es localitzen a la superfície serosa del còlon protuïnt cap a la cavitat abdominal. Es localitzen des del cec fins a la unió rectosigmoïdal, en un nombre aproximat de 100 a 150 (sent de major volum els localitzats a colon descendent i sigmoide). Es desconeix la seva funció exacta encara que es creu que pot ser variada: suport a la peristalsis, com a reservori de sang i dipòsit energètic, ajut en processos inflamatoris, etc. En condicions normals no es visualitzen en els estudis d'imatge ja que es confonen amb el greix peritoneal, només es visualitzen si estan inflamats o en presència d'ascites, hemoperitoneu o injecció de contrast intraabdominal.

Els apèndix epiploics són vascularitzats a través d'un pedicle estret mitjançant una o dues arterioles aferents i una sola vena de drenatge. L'apendagitis epiploica primària és un procés inflamatori d'origen vascular degut a la torsió d'aquests apèndixs sobre sí mateixos o bé per la trombosi de la seva vena de drenatge, produint-se, en conseqüència, una isquèmia i/o infart d'aquesta estructura adiposa. Així mateix, la seva inflamació pot ser secundària a altres processos veïns com és una diverticulitis de còlon. L'obesitat i el sobrepès es consideren factors de risc ja que augmenten el seu

nombre i mida. Atès que es mobilitzen dins la cavitat abdominal, l'activitat física i els canvis posturals també poden facilitar la seva torsió. Els menjars abundants poden predisposar a la trombosi de la vena de drenatge degut a una ectàsia venosa esplàncnica. L'apendagitis epiploica es pot trobar en qualsevol edat però s'ha observat una predilecció per adults joves i pel sexe masculí. Històricament, es solia diagnosticar en el mateix acte quirúrgic o posteriorment, a partir de l'estudi histològic de la peça quirúrgica, però actualment, existeix un augment de la seva incidència degut al desenvolupament de les tècniques d'imatge i a la seva aplicació massiva en l'estudi del dolor abdominal agut.

Clínicament sol manifestar-se com un dolor abdominal d'inici sobtat, de relativa intensitat, molt ben localitzat, normalment a nivell de flanc i fossa ilíaca esquerra, depenent de la localització de l'apèndix afectat. En ocasions, es pot acompanyar de nàusees i distensió abdominal. Habitualment l'estat general està conservat i no s'acompanya de vòmits ni d'alteracions del ritme deposicional. En l'exploració física destaca un dolor molt selectiu a la palpació i ocasionalment amb signes d'irritació peritoneal. A vegades, fins i tot, es pot palpar una petita massa abdominal o zona empastada. Quan es localitza a l'hemiabdomen inferior esquerre planteja el diagnòstic diferencial amb la diverticulitis aguda i quan es localitza a la banda dreta amb l'apendicitis aguda.

L'anàlítica sol ser normal encara que pot mostrar una discreta leucocitosi i/o elevació dels reactants de fase aguda.

Respecte a les proves d'imatge, l'ecografia o la TAC abdominal solen ser suficients pel seu diagnòstic. No obstant, l'ecografia abdominal depèn més de l'experiència de l'explorador i, en pacients obesos i/o localitzacions profundes, pot ser difícil identificar el focus inflamatori. Per aquest motiu, la TAC abdominal es considera la prova d'elecció, mostrant característicament una massa ovoïdal de densitat greix amb un cercle perifèric hiperdens. La Ressonància magnètica podria ser un excel·lent mètode diagnòstic per aquesta entitat degut a la seva gran resolució envers el teixit adipós, però el seu ús es veu limitat degut a la menor disponibilitat als serveis d'urgències i el seu cost més elevat.

El tractament és conservador, a base de repòs i analgèsics. Sol tenir un curs benigne amb un pronòstic excel·lent, ja que la curació és la norma. Excepcionalment pot arribar a complicar-se en forma d'obstrucció, invaginació o perforació colònica i precisar llavors un abordatge quirúrgic.

En conclusió, l'apendagitis epiploica és una entitat relativament infreqüent però que cal tenir present dins del diagnòstic diferencial del dolor agut a l'hemiabdomen inferior, especialment en l'home jove. Creiem que el seu coneixement per part del metge de família és important doncs –a banda de la possible confusió semàntica amb l'apendicitis- un cop realitzat el diagnòstic mitjançant proves d'imatge, permet informar sobre el seu curs autolimitat i fer el seguiment des de l'atenció primària.

BIBLIOGRAFIA

1. Angulo E, Mayayo E, Yagüe D. Apendagitis epiploica aguda: hallazgos en la ecografía y la tomografía computarizada. *Emergencias*. 2010; 22(1):77-8.
2. Poves I, Català J, Miquel S, Pernas JC, Ballesta C. Apendagitis epiploica primaria. *Rev Clin Esp*. 2004; 204(1):43-7.
3. Varela C, Fuentes M, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada. *Rev Chil Rad*. 2004; 10(1):28-34.
4. Sayago-Castro D. Torsión de un apéndice epiploico. Reporte de 2 casos: Características ecográficas y tomográficas. *Acta Médica Costarricense*. 2002; 44(1):34-35.
5. González A, García I, Álvarez D, Rizzo A, García JL, Pérez P. Apendagitis epiploica como etiología del dolor abdominal agudo. *Rev Esp de Enferm Dig*. 2008; 100(11):799-807.