

APENDAGITIS EPIPLOICA PRIMARIA. CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE 73 CASOS

GRACIELA M. VÁZQUEZ, MATÍAS E. MANZOTTI, GRACIANA ALESSANDRINI, SOFÍA LEMOS,
MARÍA CLARA PERRET, HUGO N. CATALANO

Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Resumen La apendagitis epiploica primaria es una enfermedad relativamente infrecuente dentro de los diagnósticos diferenciales del abdomen agudo. Describimos las características clínicas y evolución de una serie de 73 casos de apendagitis epiploica primaria. Se realizó una búsqueda de imágenes ecográficas y tomográficas con diagnóstico de apendagitis en el sistema de información hospitalario electrónico del Hospital Alemán entre abril del 2007 y julio del 2013 y posteriormente se revisaron sus historias clínicas. Se incluyeron 73 casos; la edad promedio fue de 45 años (± 16), 54 (74%) eran varones. El motivo de consulta fue dolor abdominal: en fosa ilíaca izquierda en 65 (el 89% de los casos); en fosa ilíaca derecha en seis (8%) y en otras localizaciones en dos (3%). Se les realizó ecografía abdominal a 44 (60%), tomografía computarizada a 21 (29%), y ambos estudios a 8 (11%). En el 49% de los casos se solicitó interconsulta con el servicio de cirugía. Recibieron tratamiento con antibióticos 15 (21%) pacientes, de los cuales el 73% fue indicado por un médico clínico. Recibieron tratamiento ambulatorio con antiinflamatorios no esteroides 67 (92%); dos requirieron cirugía laparoscópica, dos internación y dos opiáceos. La apendagitis epiploica es infrecuente dentro de los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo, pero es una entidad que no debe ser desconocida por los médicos para prevenir intervenciones innecesarias y el uso excesivo de antibióticos.

Palabras clave: apendagitis epiploica primaria, apendagitis, dolor abdominal

Abstract *Primary epiploic appendagitis: clinical features in 73 cases.* Primary epiploic appendagitis is a relatively rare disease in the differential diagnosis of acute abdomen, nonetheless it is an entity that should not be ignored by physicians and surgeons in order to prevent unnecessary interventions and overuse of antibiotics. To substantiate this concept a search was conducted at the Hospital Aleman, Buenos Aires between April 2007 and July 2013. The aim was clinical histories containing sonographic and tomographic images with diagnosis of omental appendagitis; and subsequently their electronic medical records were reviewed. The clinical features and outcome of a case series of 73 primary omental appendagitis were selected; the mean age was 45 years (± 16); 54 (74%) were men. Abdominal pain (left lower quadrant in 89% of cases) was the most common symptom. Abdominal ultrasound was performed on 44 (60%) of patients, computed tomography on 21 (29%), and both studies on 8 (11%) of cases in this series. In 49% of cases surgery consultation was requested. Fifteen patients (21%) were treated with antibiotics, 73% of them were prescribed by a clinician. Sixty seven patients (92%) were treated as outpatients with non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs); two required laparoscopic surgery, two required hospitalization and two others were treated with opioids. Epiploic appendagitis is uncommon in the differential diagnosis of acute abdomen, but is an entity that should not be ignored by physicians to prevent unnecessary interventions and overuse of antibiotics

Key words: primary epiploic appendagitis, appendagitis, abdominal pain

El término apendagitis aguda fue utilizado por primera vez por Lynn y colaboradores en 1956. Se define como un proceso inflamatorio que afecta a los apéndices epiploicos¹.

Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas que nacen en la superficie serosa del colon y se proyectan hacia la cavidad peritoneal desde el ciego hasta la

unión recto sigmoidea. Existen de 50 a 150 apéndices epiploicos, siendo más abundantes en el colon izquierdo y prácticamente inexistentes en el recto. Se sitúan en dos hileras: una medial a la *tenia libera* y otra lateral a la *tenia omental*. Tienen una vascularización terminal (una o dos arteriolas ramas de las arterias colónicas y una vénula central). Miden de 5 a 150 mm¹⁻⁶.

Se describen dos mecanismos fisiopatológicos de la apendagitis epiploica: por un lado, la torsión del pedículo a lo largo de su eje longitudinal o trombosis venosa espontánea (apendagitis primaria), y por el otro secundaria a la inflamación de órganos adyacentes (diverticulitis, apendicitis, colecistitis, pancreatitis, salpingitis, etc.). Ambos

Recibido: 19-V-2014

Aceptado: 8-X-2014

Dirección Postal: Matías E. Manzotti, Servicio de Clínica Médica, Hospital Alemán, Av. Pueyrredón 1640, 1118 Buenos Aires, Argentina
Fax: (54-11) 4827-7014 e-mail: mmanzotti@gmail.com

mecanismos implican una alteración de la circulación intra-apendicular con infarto del apéndice y necrosis grasa²⁻⁶.

El tratamiento es ambulatorio con medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos orales y la mayoría de los pacientes responden a estas medidas⁷.

El objetivo de este trabajo consiste en describir las características clínicas y la evolución de la apendagitis epiploica primaria y las diferencias entre el tratamiento indicado por el médico clínico y el médico cirujano.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo, entre abril del 2007 a julio del 2013. Se realizó una búsqueda de imágenes ecográficas y tomográficas con diagnóstico de apendagitis en el sistema de información hospitalario electrónico del Hospital Alemán. Luego de la identificación de los casos mediante el diagnóstico por imágenes, se revisaron sus historias clínicas. Se incluyeron todos aquellos casos cuyo diagnóstico fuese apendagitis primaria. Se excluyeron los casos de apendagitis secundaria y aquellos que no especificaran el motivo del estudio. Para el análisis descriptivo se calcularon porcentajes, media y desvío estándar.

Resultados

Se identificaron 76 pacientes con diagnóstico de imágenes ecográficas o tomográficas de apendagitis, se excluyeron tres por apendagitis secundaria y se incluyeron los restantes 73 atendidos en el servicio de emergencias o en consultorios de demanda espontánea del Hospital Alemán.

La edad promedio era de 45 años (± 16) y 54 pacientes (74%) eran varones.

El motivo de consulta fue dolor abdominal, de inicio brusco. El dolor era intenso y localizado en fosa ilíaca izquierda en 65 pacientes (89%), en fosa ilíaca derecha en 6 (8%) y en otras localizaciones en dos (3%).

En siete registros se describe transgresión alimentaria, en un registro actividad física excesiva y en 26 registros un IMC ≥ 25 .

Ninguno de los pacientes presentó fiebre u otro síntoma asociado y el abdomen presentaba dolor y defensa sin reacción peritoneal.

Se tenían registros de laboratorio de 53 pacientes. El valor promedio de leucocitos fue de 8622 (± 2655). Catorce pacientes presentaron leucocitosis con un valor promedio de 12 193 (± 2229).

La confirmación diagnóstica se realizó por medio de ecografía abdominal en 44 pacientes (60%); por tomografía axial computada en 21 pacientes (29%) y por ecografía abdominal más tomografía axial computada en ocho pacientes (11%).

En 36 pacientes (49%) se consultó con el servicio de cirugía.

En 58 pacientes (79%) se indicó tratamiento con anti-inflamatorios no esteroideos y dieta; en 32 (59%) el tratamiento fue indicado por el servicio de cirugía.

En 15 (21%) se indicó tratamiento con antibióticos, de los cuales, en 11 (73%) lo indicó un médico clínico.

Sesenta y siete pacientes (92%) evolucionaron favorablemente con tratamiento ambulatorio entre cuatro y 14 días. Dos pacientes requirieron cirugía laparoscópica, dos internaciones por mal control del dolor, y dos opiáceos ambulatorios.

Discusión

En este estudio de 73 casos de apendagitis epiploica primaria al igual que en las series menos numerosas de casos presentadas por Puylaert⁸ (siete casos), Son y col.⁹ (ocho casos), Sangha y col.¹⁰ (tres casos) y Singh y col.¹¹ (50 casos), hay un predominio del género masculino.

La apendagitis epiploica se presenta con mayor frecuencia entre la segunda y quinta década de la vida, si bien se han registrado casos en octogenarios²⁻⁶. En esta serie la edad promedio se encuentra en la cuarta década al igual que la de Puylaert⁸ y Singh y col.¹¹.

Esta entidad se manifiesta como dolor abdominal agudo, localizado, principalmente en fosa ilíaca izquierda y sin reacción peritoneal. La presencia de náusea, vómitos, diarrea y fiebre no es frecuente. Un 10 a un 30% de los pacientes tienen una masa palpable. No hay datos patognomónicos de laboratorio de diagnóstico. El recuento de leucocitos y la eritrosedimentación son normales o moderadamente elevados²⁻⁶.

Coincidiendo con las series de Rioux y col.¹² (14 casos) y Son y col.⁹, la localización del dolor predominó en la fosa ilíaca izquierda.

Como factores de riesgo se consideran la obesidad o el sobrepeso, el esfuerzo brusco o actividad física intensa y la ingesta copiosa²⁻⁶. No se ha podido estudiar la asociación de apendagitis con factores de riesgo debido al *n* (número) pequeño de la muestra y al subregistro de datos, al igual que en otras publicaciones¹³.

La ecografía y la tomografía computarizada son útiles como métodos complementarios para el diagnóstico. En la ecografía la lesión se suele ver como una masa oval hiperecoica, lobulada, no compresible, rodeada de un anillo periférico hipoecoico (en el 60% de los casos), con aumento de la ecogenicidad de la grasa circundante y ausencia de flujo central (eco-Doppler); en la tomografía, como un área focal, oval, pequeña, con densidad grasa rodeada de un anillo periférico hiperdenso (signo del anillo hiperdenso). Con menor frecuencia en el interior se observa un área densa, mal definida, redondeada o lineal (signo del punto o de la línea central) que corresponde a los vasos centrales trombosados o a áreas de hemorragia

o fibrosis. En fases tardías se observa una calcificación en cáscara de huevo (necrosis grasa)¹⁴⁻¹⁷.

En nuestra serie, teniendo en cuenta que se incluyeron pacientes a partir del método diagnóstico realizado, ecografía o tomografía abdominal, se observa que en la mayoría de los pacientes se realizó como método de imágenes complementario para el diagnóstico clínico la ecografía abdominal, menor pero no despreciable es la cantidad de pacientes a quienes se les realizó tomografía de abdomen.

El tratamiento es ambulatorio con medicamentos antiinflamatorios no esteroides orales y la mayoría de los pacientes responden a estas medidas en unos cuatro a catorce días. Las complicaciones son raras: torsión del apéndice inflamado o adherencia a otra víscera ocasionando obstrucción o formación de absceso⁷. En coincidencia con la literatura, la mayoría de nuestros casos tuvo una evolución favorable con tratamiento médico^{18,19}. Las series de Horvath y col.¹⁵ (55 casos) y Singh y col.¹¹ confirman la buena evolución clínica mediante un manejo conservador (eficacias del 98 y el 100%, respectivamente).

Al ser este un estudio observacional retrospectivo existe un sesgo de subregistro de datos por parte de los médicos que evaluaron a los pacientes. A pesar de ello los datos coinciden con los de otras series de casos publicadas.

Uno de los hallazgos del presente trabajo, que creemos que llama la atención, es que en esta serie los médicos clínicos prescribieron más antibióticos que los cirujanos, y que no hubo diferencia de evolución entre quienes recibieron antibióticos y los que no los recibieron.

Si bien la apendagitis epiploica es una causa infrecuente de dolor abdominal, consideramos que su conocimiento por parte del médico clínico es relevante para evitar errores diagnósticos y terapéuticos que incrementan de forma innecesaria la morbilidad como así el uso inadecuado de antibióticos y de recursos hospitalarios.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

- Benítez Roldán A, Castro Márquez C, Pellicer Bautista FG, Herrerías Gutiérrez JM. Apendagitis: una causa inusual de dolor abdominal. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101: 507-8.
- Uslu Tutar N, Ozgöl E, Oğuz D, Cakir B, Tarhan NC, Coşkun M. An uncommon cause of acute abdomen – epiploic appendagitis: CT findings. *Turk J Gastroenterol* 2007; 18: 107-10.
- Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis – clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery* 2007; 7:11.
- Issa IA, Berjaoui MT, Hamdan WS. Primary epiploic appendagitis: from A to Z. *Int Med Case Rep J* 2010; 3: 67-9.
- Choi YU, Choi PW, Park YH, et al. Clinical characteristics of primary epiploic appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol* 2011; 27: 114-21.
- Madrado González Z, García Barrasa A, Mast Vilaseca R, Fernández Alsina E, Rafecas Renau A. Apendicitis epiploica. *Cir Esp* 2009; 86: 383-89.
- Schnedl WJ, Krause R, Wallner-Liebmann SJ, Tafelit E, Mangge H, Tillich M. Primary epiploic appendagitis and successful outpatient management. *Med Sci Monit* 2012; 18: CS48-5.
- Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US and CT findings. *Radiology* 1992; 185: 169-72. [Abstract].
- Son HJ, Lee SJ, Lee JH, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis. *J Clin Gastroenterol* 2002; 34: 435-8.
- Sangha S, Soto JA, Becker JM, Farraye FA. Primary epiploic appendagitis: an underappreciated diagnosis. A case series and review of the literature. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 347-50.
- Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. *AJR Am J Roentgenol* 2004; 183: 1303-7.
- Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology* 1994; 191: 523-6. [Abstract].
- Sorser SA, Maas LC, Yousif E, Maas L. Epiploic appendagitis: the great mimicker. *South Med J* 2009; 102: 1214-7. [Abstract].
- Varela CU, Fuentes MV, Rivadeneira RH. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada. *Rev Chil Radiol* 2004; 10: 28-34.
- Horvath EV, Majlis SD, Seguel S, et al. Apendicitis epiploica primaria: Diagnóstico clínico y radiológico. *Rev Med Chile* 2000; 128: 601-7.
- Almeida AT, Melão L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians-diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. *Am J Roentgenol* 2009; 193: 1243-51.
- Vázquez GM, Manzotti ME, Perret C, Alessandrini G, Lemos S, Catalano HN. Apendagitis epiploica. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 452.
- Patel VG, Rao A, Williams R, Srinivasan R, Fortson JK, Weaver WL. Cecal epiploic appendagitis: a diagnostic and therapeutic dilemma. *Am Surg* 2007; 73: 828-30.
- Ozkurt H, Karatag O, Karaarslan E, Rozanes I, Basak M, Bavbek C. CT findings in epiploic appendagitis. *Surgery* 2007; 141: 530-2.

La vida es así. Lo que no se hace por amor debe hacerse por caridad; lo que no se hace por caridad, debe hacerse por reflexión.

Lucio V. Mansilla (1831-1913)

Una excursión a los indios ranqueles (1870). Buenos Aires: Eudeba, 1966. II, p 122