

Apendagitis epiploica

Alfredo Buzzi (H),¹ Cynthia Mut²

¹ Profesor Regular Adjunto de Diagnóstico por Imágenes, UBA; Director Médico de Diagnóstico Médico.

² Médica Alumna del Curso Superior de Especialistas en Diagnóstico por Imágenes, UBA; Médica Residente de Diagnóstico Médico.

Resumen

La apendagitis epiploica aguda se presenta comúnmente con dolor agudo en el cuadrante inferior del abdomen. Es importante diagnosticar correctamente esta condición debido a que sus características clínicas son similares a las de la diverticulitis aguda o, con menor frecuencia, la apendicitis aguda, y el error puede conducir a una cirugía innecesaria. Las características en tomografía computada (TC) de la apendagitis epiploica aguda incluyen una lesión oval de 1,5 a 3,5 cm de diámetro, con una atenuación similar a la de la grasa vecina y con cambios inflamatorios, en contacto con la pared anterior del colon sigmoideo. Las condiciones que pueden confundirse con apendagitis epiploica aguda en la TC incluyen el infarto agudo de epiplón, la paniculitis mesentérica, un tumor de contenido graso, y los procesos inflamatorios agudos primarios o secundarios del colon. Presentamos una paciente en la que el reconocimiento de esta enfermedad en la TC permitió la indicación del tratamiento adecuado, evitando una cirugía innecesaria.

Summary

Acute epiploic appendagitis most commonly presents with acute lower quadrant pain. It is important to correctly diagnose this condition, because its clinical features are similar to those of acute diverticulitis or, less commonly, acute appendicitis, and the mistake may lead to unnecessary surgery. The computed tomography (CT) features of acute epiploic appendagitis include an oval lesion 1.5–3.5 cm in diameter, with attenuation similar to that of fat and with surrounding inflammatory changes, that abuts the anterior sigmoid colon wall. The conditions that may mimic acute epiploic appendagitis at CT include acute omental infarction, mesenteric panniculitis, a fat-containing tumor, and primary and secondary acute inflammatory processes in the large bowel. We report a female patient in which the recognition of this condition on CT images allowed appropriate management, and prevented an unnecessary surgery.

La apendagitis epiploica aguda se manifiesta comúnmente con dolor agudo en el cuadrante inferior

del abdomen. Es importante diagnosticar correctamente esta condición, debido a que sus características clínicas son similares a las de la diverticulitis aguda o, con menor frecuencia, la apendicitis aguda, y el error puede conducir a una cirugía innecesaria. Las características en tomografía computada (TC) de la apendagitis epiploica aguda incluyen una lesión oval de 1,5 a 3,5 cm de diámetro, con una atenuación similar a la de la grasa vecina, y con cambios inflamatorios, en contacto con la pared anterior del colon sigmoideo. Las condiciones que pueden confundirse con apendagitis epiploica aguda en la TC incluyen el infarto agudo de epiplón, la paniculitis mesentérica, un tumor de contenido graso, y los procesos inflamatorios agudos primarios o secundarios en el colon. Presentamos una paciente en la que el reconocimiento de esta enfermedad en la TC permitió la indicación del tratamiento adecuado, evitando una cirugía innecesaria.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 25 años de edad que consultó en la Guardia Médica por dolor agudo en fosa ilíaca izquierda de 24 hs de evolución. La paciente estaba afebril y el laboratorio de rutina fue normal. Presentaba dolor a la palpación, sin signos peritoneales. El resto del examen físico fue normal. No tenía antecedentes de importancia.

Ante la sospecha de un proceso agudo ginecológico se le efectuó una ecografía pelviana (Figura 1), que no mostró alteraciones en los genitales internos. A nivel de la fosa ilíaca izquierda, y en coincidencia con el punto algíco de la paciente, se evidenció un área de alteración en la grasa vecina al colon sigmoideo de 25 mm x 13 mm, no compresible y con ausencia de flujo central en el estudio Doppler.

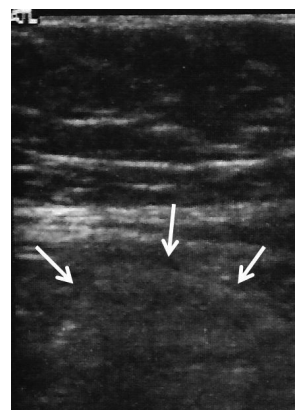


Figura 1.

Correspondencia: Alfredo Buzzi (H)
Diagnóstico Médico. Junín 1023 (CABA)
E-mail: alfredo.buzzi@diagnosticomedico.com

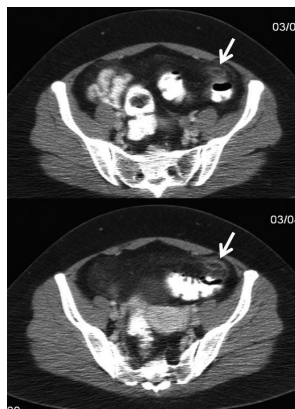


Figura 2.

Se le efectuó luego una TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso (Figura 2), donde se identificó a nivel de la cara anterior del colon sigmoideo una imagen ovoide de 21 mm x 8 mm, de densidad grasa y con un anillo hiperdenso, asociado a una sutil reticulación de los planos grasos adyacentes.

Con estas características ecográficas y tomográficas se hizo diagnóstico de apendagitis epiploica. La paciente recibió tratamiento antiinflamatorio y el cuadro remitió en 13 días.

Discusión

Los apéndices epiploicos son sacos de peritoneo de 0,5 cm a 5 cm de longitud que surgen de la superficie serosa del colon. Están compuestos de tejido adiposo y vasos sanguíneos (2 arterias y 1 vena). Existen entre 50-100, y su longitud varía de 0,5 cm a 5 cm. Predominan en el colon descendente, en el sigma y en el ciego. No se encuentran cerca del recto. Por lo general no son visibles por TC, salvo en presencia de ascitis o inflamación.^{2,4,6}

Las posibles complicaciones asociadas a los apéndices epiploicos incluyen la inflamación o la torsión (73%), la herniación (18%), la obstrucción (8%), la presencia de cuerpos intraperitoneales libres y la invaginación intestinal del colon bajo.^{1,2,6}

La apendagitis epiploica primaria es una rara enfermedad inflamatoria e isquémica que resulta de la torsión o trombosis venosa espontánea de uno de los apéndices epiploicos. El resultado es isquemia o infarto del apéndice epiploico, con inflamación localizada.

Ocurre habitualmente entre los 40 y 50 años. Los factores de riesgo son la obesidad, la presencia de una hernia y el ejercicio intenso. Se presenta como un dolor agudo, habitualmente en la fosa ilíaca iz-

quierda, generalmente sin náuseas, fiebre ni leucocitosis. Es una enfermedad autolimitada, habitualmente con remisión espontánea, por lo cual los errores diagnósticos determinan una cirugía innecesaria.³⁻⁶

Dependiendo de su localización, puede simular casi cualquier enfermedad aguda abdominal, pero debido a que la mayor cantidad de apéndices epiploicos se ubican en el sigmoideo y en el ciego, habitualmente el diagnóstico presuntivo es diverticulitis o apendicitis.^{1,3,5,6}

Las imágenes en TC son las suficientemente características como para sugerir el diagnóstico. El hallazgo típico de la apendagitis epiploica es el "signo del anillo de alta atenuación", que consiste en un fino anillo redondeado u oval de densidad de partes blandas rodeado de un área de densidad grasa vecino al colon. El anillo representa el peritoneo visceral engrosado rodeando al apéndice epiploico inflamado. Habitualmente también hay cambios inflamatorios en la grasa vecina. A veces puede identificarse un punto central de alta densidad dentro del apéndice epiploico inflamado, que corresponde a la vena trombosada. Puede provocar engrosamiento mural o compresión en el ciego.^{2,3,5,6}

El diagnóstico diferencial tomográfico debe efectuarse con la apendagitis epiploica secundaria (a otros procesos inflamatorios vecinos, como, por ejemplo, diverticulitis), y con el infarto omental, que también tiene una historia natural benigna.^{2,4,5,6}

Bibliografía

1. Boardman J, Kaplan KJ, Hollcraft C, et al. Torsion of the Epiploic Appendage. *Am Journ Roentgenology* 2003;180:748.
2. Buzzi A. Tomografía computada. En: Hequera J, Latif J. *Abdomen agudo de origen colónico*. Ed. Akadia, 2005.
3. Horton KM, Corl FM, Fischman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. *Radiographics* 2000; 20: 399-418.
4. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *Radiographics* 2005; 25:1521-1534.
5. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, et al. CT Appearance of Acute Appendagitis. *Am Journ Roentgenology* 2004;183:1303-1307.
6. van Breda Vriesman AC. The "hyperattenuating ring sign". *Radiology* 2003; 226: 556-557.