



Apendagitis epiploica: Hallazgos radiológicos en ecografía y TC.

Javier Sainz Sánchez, Juan Ignacio Gracia García,
Elena Heredia Lacasa, Ricardo Ignacio Gómez
Miranda, Paula Bas Alcolea, Jorge López Mareca,
Amalia Aranaz Murillo, Marcos Berdejo Alloza.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.



OBJETIVO DOCENTE:

Revisar la clínica y los hallazgos radiológicos de la apendagitis epiploica en ecografía y tomografía computarizada interpretando cuatro casos que se presentaron en nuestro servicio.



REVISIÓN DEL TEMA:

La apendagitis epiploica es la afectación inflamatoria de los apéndices epiploicos a causa de su torsión o trombosis venosa espontánea de su pedículo.

Es una causa infrecuente de consulta por dolor abdominal agudo, de evolución autolimitada y tratamiento conservador, cuyo diagnóstico se basa fundamentalmente en las pruebas de imagen y su clínica se asemeja a otros procesos intraabdominales que requieren de tratamiento médico dirigido o quirúrgico.



Los apéndices epiploicos son pediculaciones de grasa recubierta de serosa que protruyen de la superficie externa del colon y sigma hacia la cavidad peritoneal con una media de 1,5 – 3,5 cm de longitud.

Cada paciente tiene un promedio de 50 a 100 apéndices epiploicos distribuidos longitudinalmente en dos líneas, una lateral a la tenia omental y otra medial a la tenia libera.

La cantidad de apéndices epiploicos es más numerosa en colon transversal y sigma, pudiendo estar ausentes tanto en ciego como en el recto y sin conocer la causa, son más prominentes en personas obesas o que han experimentado una pérdida de peso brusca.



Estos apéndices presentan una ecogenicidad y densidad similar a la grasa peritoneal y retroperitoneal, por lo que no son visibles en ecografía ni TC a excepción de que se encuentren inflamados (apendagitis) o rodeados de líquido (ascitis, hemoperitoneo o contraste).

El aporte vascular de estas estructuras móviles proviene de dos arterias dependientes de ramas terminales de las arterias colónicas y su drenaje venoso es a través de una única vena central que atraviesa el pedículo, propiciando esta particular anatomía eventos de torsión con trombosis venosa secundaria y posterior infarto isquémico o hemorrágico.



La apendagitis epiploica es una entidad autolimitada y benigna que se resuelve con tratamiento sintomático (analgesia) y suele presentarse entre la 4ª y 5ª década de la vida, con cierto predominio en varones y pacientes con sobrepeso.

Se muestra como un episodio de dolor abdominal agudo, a menudo localizado, continuo y con signos de irritación peritoneal en un paciente con buen estado general, pudiendo presentar estreñimiento o diarrea asociadas.



La leucocitosis y la fiebre no son frecuentes, si bien su presencia no descarta el diagnóstico ya que algunos pacientes presentan febrícula y según series, la leucocitosis con desviación izquierda se presenta en un 6 – 42% de los pacientes.

El dolor se localiza en la mayoría de casos en el cuadrante inferior izquierdo simulando un episodio de diverticulitis aguda y en ocasiones puede localizarse en el cuadrante inferior derecho, simulando un cuadro de apendicitis aguda.



Para evaluar las características radiológicas de esta patología, presentamos cuatro casos detectados en nuestro servicio de radiología de urgencias en un periodo de tiempo de 6 meses, tres hombres y una mujer.

Los cuatro presentaron un cuadro de dolor abdominal agudo en la fosa iliaca izquierda, tres padecían sobrepeso/obesidad y solo uno mostró leucocitosis.

Todos ellos recibieron tratamiento sintomático y evolucionaron favorablemente.



Hallazgos ecográficos:

Masa redondeada hiperecogénica, dolorosa y no compresible, rodeada por un halo hipoecoico y sin señal Doppler interna en cuyo interior puede presentar un centro hipoecoico (Figuras 1 y 2) o bien ser homogénea (Figura 3).

Hallazgos en tomografía computarizada:

El TC es la principal prueba diagnóstica, cuya semiología es una lesión de densidad grasa y morfología ovalada adyacente a la superficie serosa del sigma o colon, rodeada por un halo denso que representa el peritoneo visceral inflamado y cuyo centro puede mostrarse hiperatenuante, representando la vena central trombosada (Figuras 4, 5 y 6).

Figura 1. Caso 1

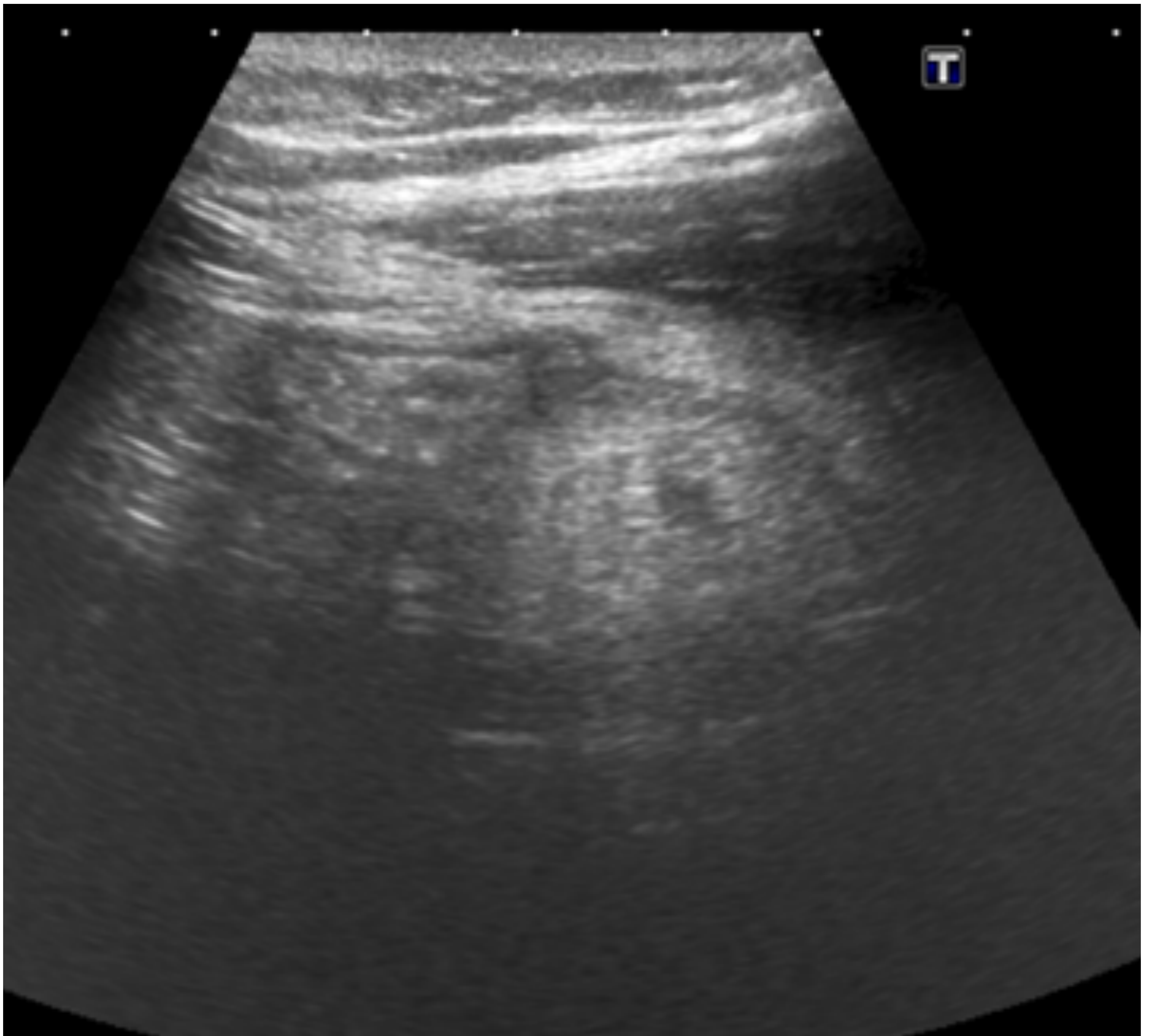


Figura 1. Masa redondeada hiperecogénica, con halo periférico y centro hipoeicoicos, dolorosa a la palpación, que se localiza adyacente a colon descendente.

Figura 2. Caso 3

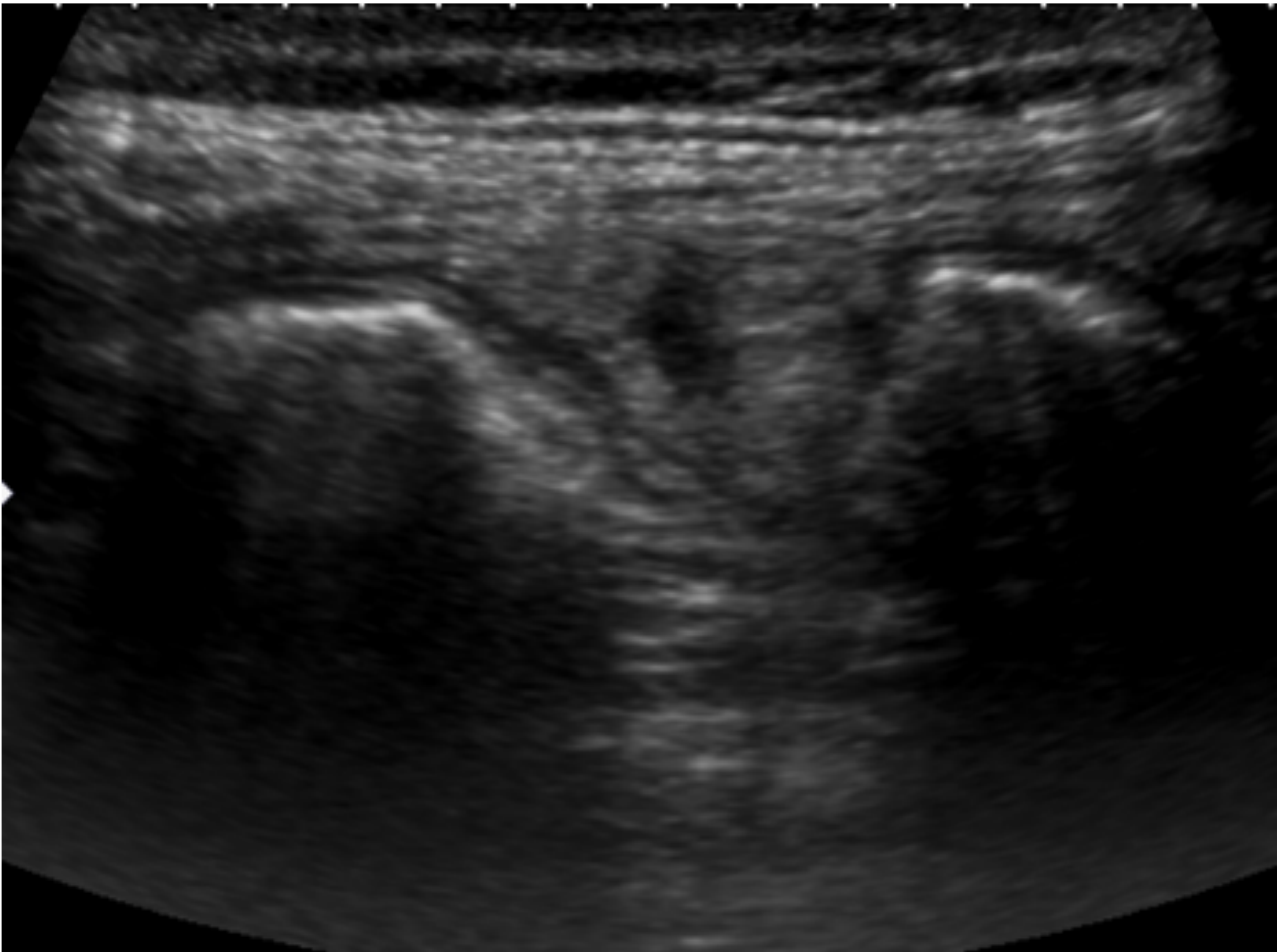


Figura 2. Masa redondeada hiperecogénica con centro hipoecoico en borde antimesentérico de sigma proximal.

Figura 3. Caso 4

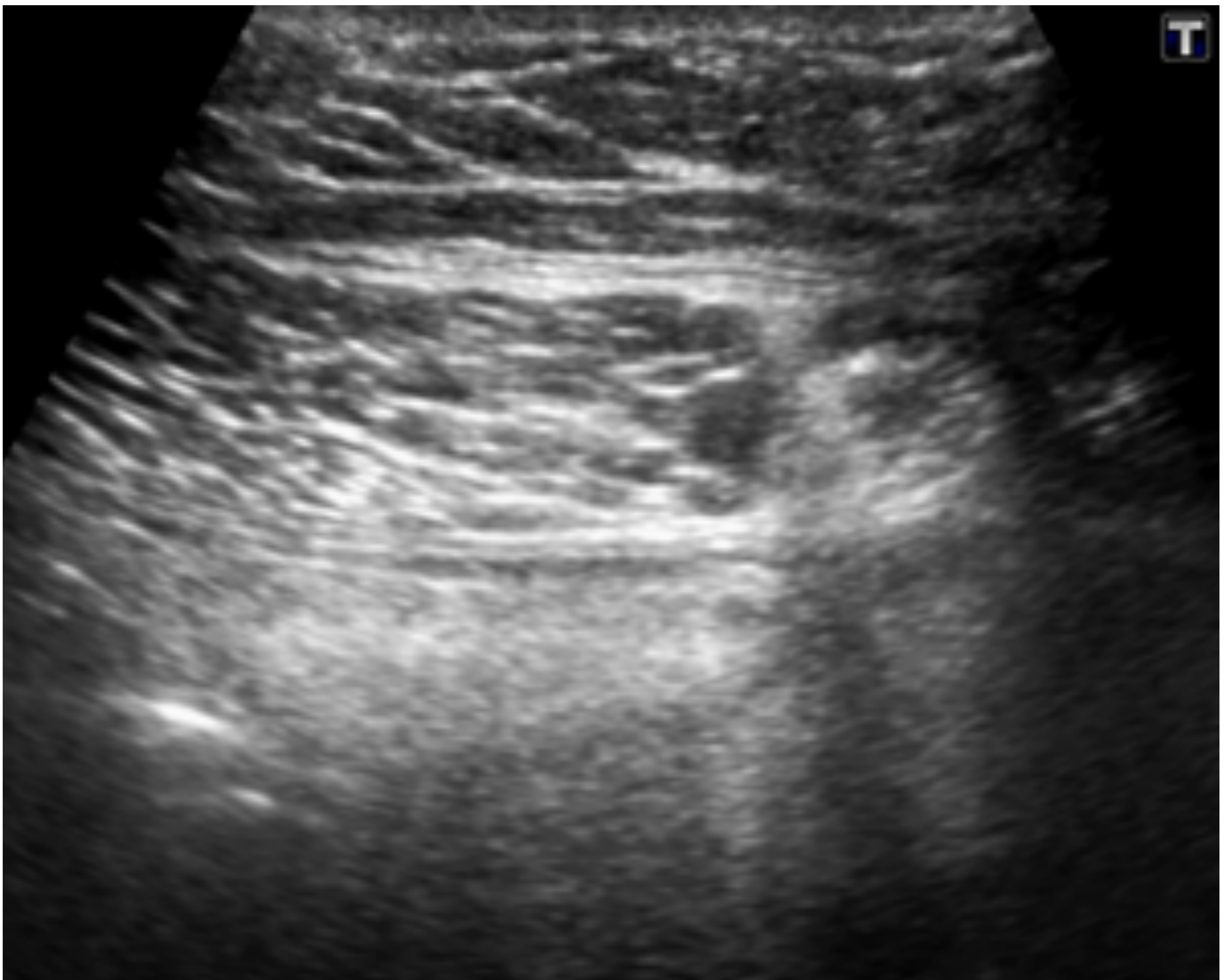


Figura 3. Masa ovoidea hiperecogénica rodeada de halo hipoecoico, de centro homogéneo adyacente a la pared de sigma proximal.



Figura 4. Caso 1.

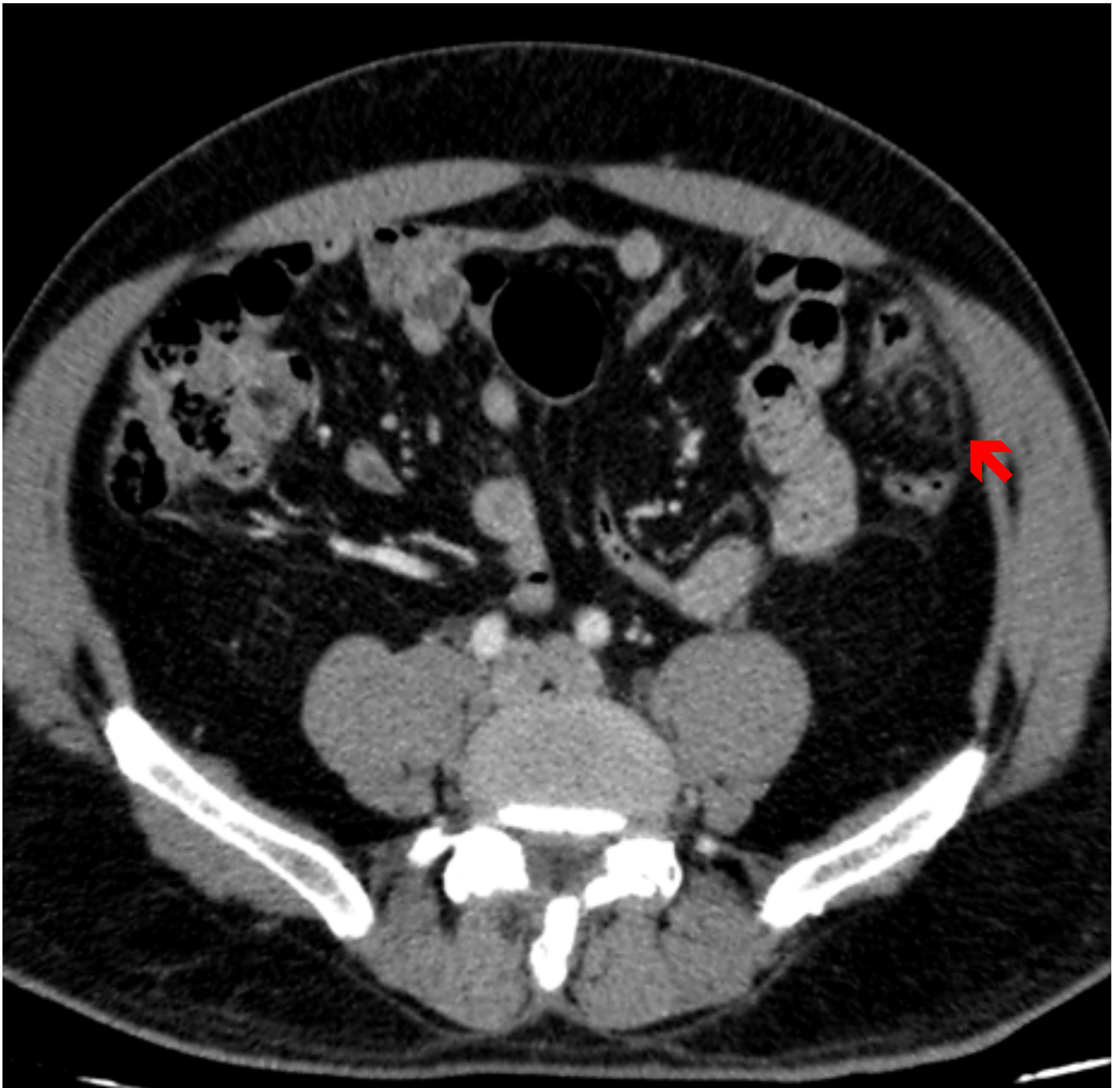


Figura 4. Area ovoidea de densidad grasa con margen lineal periférico y centro hiperdensos, adyacente al borde antimesentérico de la porción distal de colon descendente.

Figura 5. Caso 2.

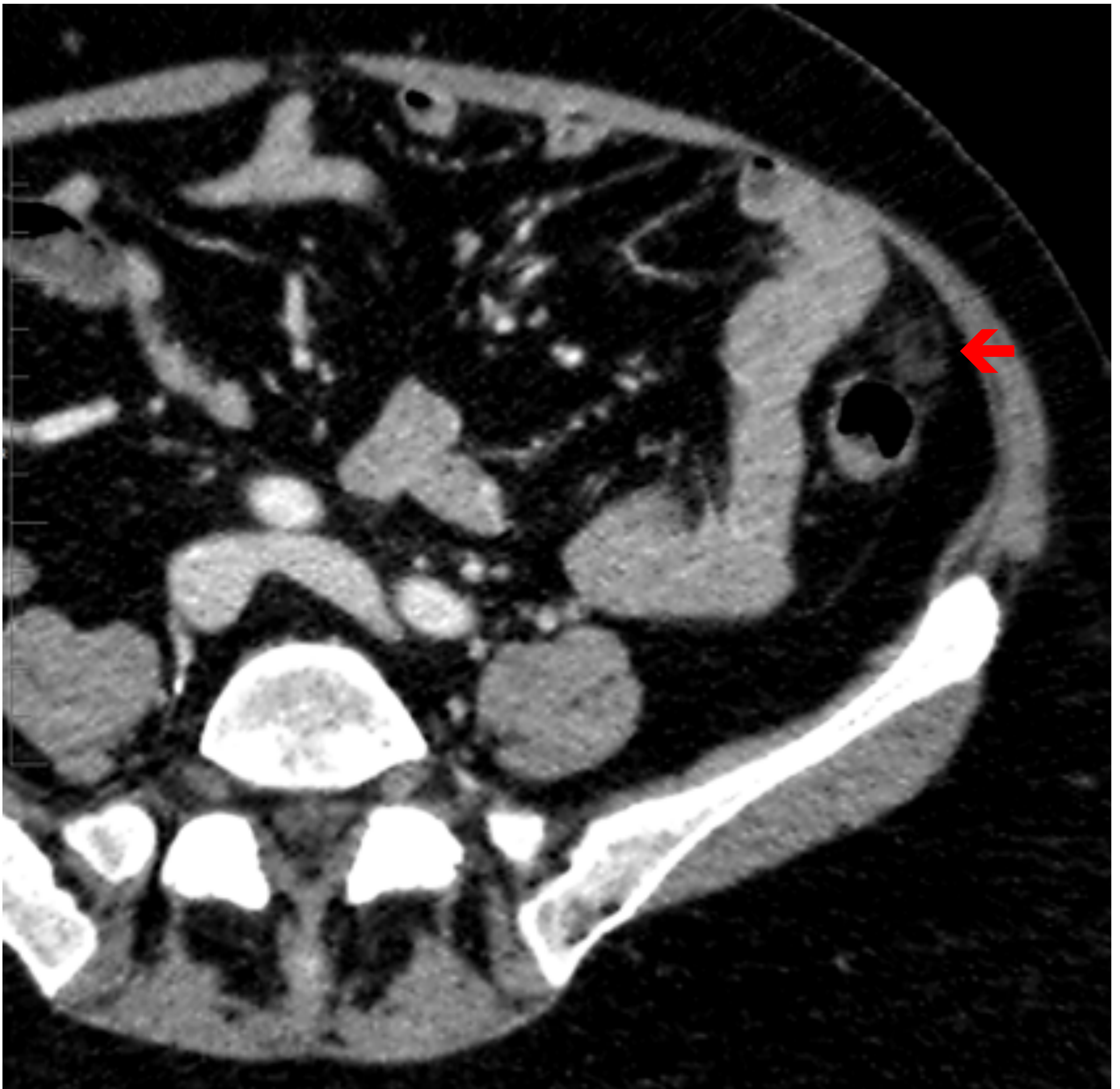


Figura 5. Apéndice epiploico inflamado adyacente a la serosa de la pared lateral de sigma.

Figura 6. Caso 4.

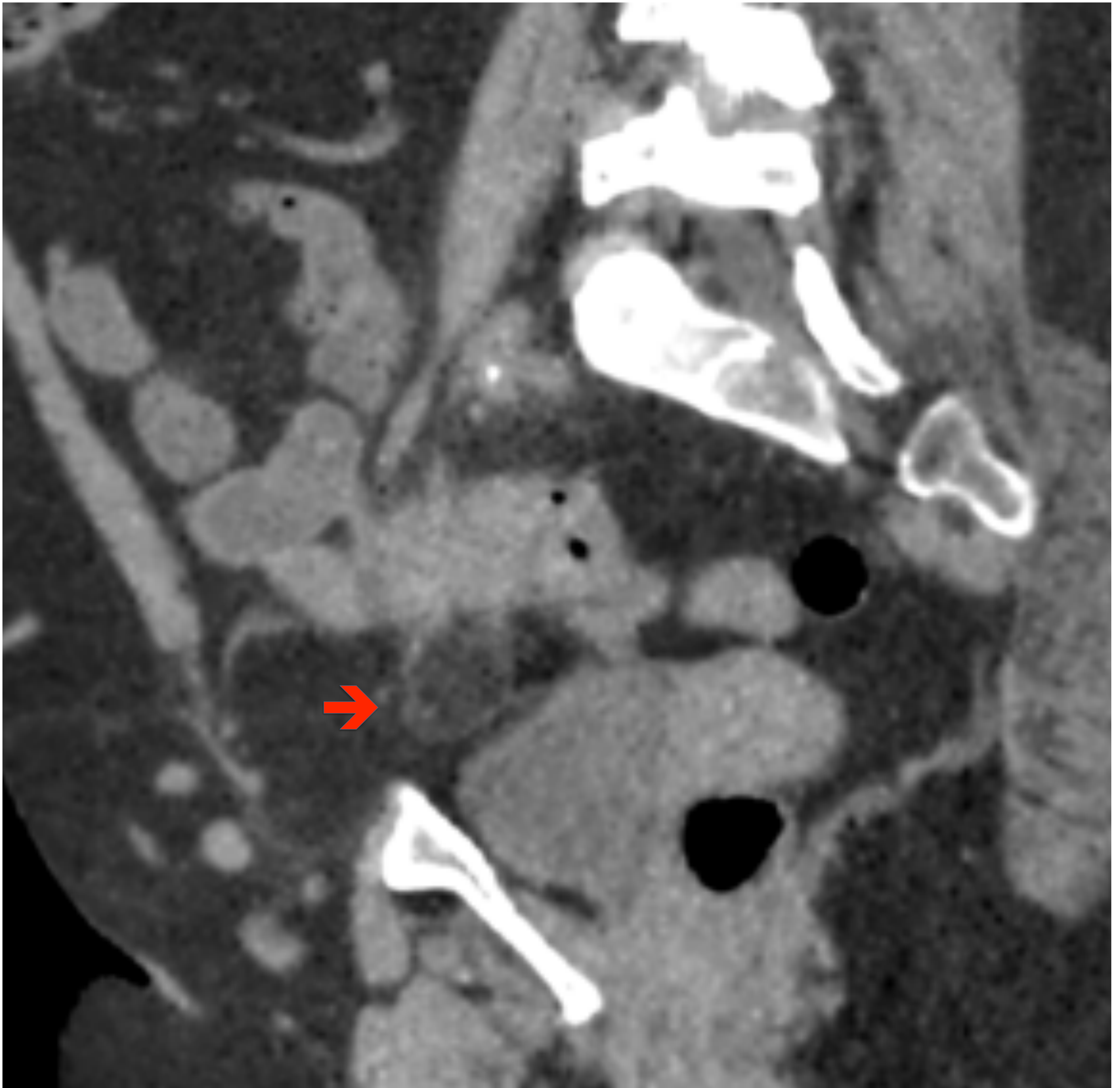


Figura 6. Reconstrucción sagital que muestra zona de rarefacción grasa de borde hiperatenuante en contacto con el borde antimesentérico de sigma, en relación con apendagitis epiploica.



REFERENCIAS:

1. A. Sing, D. Gervais, P. Hahn, P. Sagar, P. Mueller, R. Novelline. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics*, 25 (2005), pp. 1521-1534.
2. Almeida AT, Melão L, Viamonte B et al. Epiploic appendagitis: an entity frequently unknown to clinicians, diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;193 (5): 1243-51.
3. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL, Kim JJ, Paik SW, Rhee JC, Choi KW. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol*. 2002 Apr;34(4):435-8.
4. Sirvanci M, Tekelioglu MH, Duran C, Yardimci H, Onat L, Ozer K. Primary epiploic appendagitis: CT manifestations. *Clin Imaging*. 2000;24:357-61.
5. A. Singh, D. Gervais, P. Hahn, J. Rhea, P. Mueller. CT appearance of acute appendagitis. *AJR*, 183 (2004), pp. 1303-1307.