


# Recurrencia en pacientes con apendagitis epiploica: un reporte de caso

## Recurrence in Patients with Epiploic Appendagitis: A Case Report

Fabian A. Chavez-Ecos,<sup>1</sup>  Mía Alejandra Gómez-Corrales,<sup>1\*</sup>  Jackeline Alexandra Espinoza-Utani,<sup>1</sup>   
Carlos Alberto Dávila-Hernández.<sup>2</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Chavez-Ecos FA, Gómez-Corrales MA, Espinoza-Utani JA, Dávila-Hernández CA. Recurrencia en pacientes con apendagitis epiploica: un reporte de caso. *Revista Colomb. Gastroenterol.* 2023;38(1):94-99. <https://doi.org/10.22516/25007440.901>

<sup>1</sup> Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

<sup>2</sup> Asistente del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza-EsSalud, Ica, Perú. Docente de la Facultad de Medicina Humana DAC, Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

#### \*Correspondencia:

Mía Alejandra Gómez-Corrales.  
[miaalejandrage@gmail.com](mailto:miaalejandrage@gmail.com)

Fecha recibido: 12/04/2022

Fecha aceptado: 14/06/2022



### Resumen

La apendagitis epiploica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. El manejo es autolimitado; sin embargo, algunos necesitan intervención quirúrgica. Este caso describe a una paciente mujer de 41 años que ingresó al servicio de emergencia por un cuadro clínico de abdomen agudo. En el examen físico presentó un abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en el cuadrante superior izquierdo. Se solicitó una tomografía axial computarizada (TAC) en la que se evidenció una imagen hipodensa ovalada con un centro hiperdenso compatible con apendagitis epiploica. La paciente recibió terapia conservadora y luego se le indicó el alta médica. Siete meses después la paciente acudió nuevamente por un cuadro abdominal agudo, los exámenes complementarios resultan negativos y fue tratada nuevamente con terapia conservadora. Por un período de 12 meses la paciente no ha vuelto a presentar otra recaída. Este caso describe las recurrencias que existen en esta patología poco común y el tratamiento que se debería evaluar para evitar estas recaídas.

### Palabras clave

Dolor abdominal, recurrencia, informes de casos (DeCS/BIREME).

### Abstract

Epiploic appendagitis is a rare cause of acute abdominal pain. Management is self-limiting; however, some require surgical intervention. This case describes a 41-year-old female patient admitted to the emergency service for a clinical picture of an acute abdomen. On physical examination, the abdomen was soft, depressible, and painful on palpation in the left upper quadrant. A computerized axial tomography (CT) was requested, which revealed a hypodense oval image with a hyperdense center compatible with epiploic appendagitis. The patient received conservative therapy and was then discharged. Seven months later, the patient returned for an acute abdominal condition; complementary tests were negative, and she was treated again with conservative therapy. For 12 months, the patient has not relapsed. This case describes the recurrences in this rare pathology and the treatment that should be evaluated to avoid these relapses.

### Keywords

Abdominal pain, recurrence, case reports (DeCS/BIREME).

## INTRODUCCIÓN

Los apéndices epiploicos son estructuras anatómicas que surgen de prolongaciones peritoneales, son entre 50 y 100 apéndices epiploicos que se originan en dos filas (anterior

y posterior) paralelas a la superficie externa de las tres bandas musculares longitudinales del intestino grueso<sup>(1)</sup>. Como menciona Sand y colaboradores, el apéndice epiploico fue descrito por primera vez en 1543 por Vesalius; sin embargo, no tuvo una significancia clínica hasta 1853,

cuando Virchow sugirió que el desprendimiento de los apéndices epiploicos podría ser la fuente de cuerpos intraperitoneales<sup>(2)</sup>. El término *apendagitis epiploica* (AE) fue descrito por primera vez por Lynn en 1956, mientras que las características radiológicas las definió Danielson en 1986<sup>(3-5)</sup>. La *apendagitis epiploica* es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo y de diagnóstico erróneo que resulta de la inflamación, torsión o infarto del pedículo vascular de un apéndice epiploico<sup>(6)</sup>. Cursa con dolor abdominal agudo, que puede acompañarse de fiebre, náuseas, vómitos, entre otros. La incidencia de AE es de 8,8 por millón de personas<sup>(7)</sup>, y se diagnostica de manera errónea en la práctica médica debido a la falta de características clínicas patognomónicas<sup>(8)</sup>. El tratamiento suele ser autolimitado en la mayoría de casos; sin embargo, esta patología puede recidivar en algunas ocasiones.

## REPORTE DE CASO

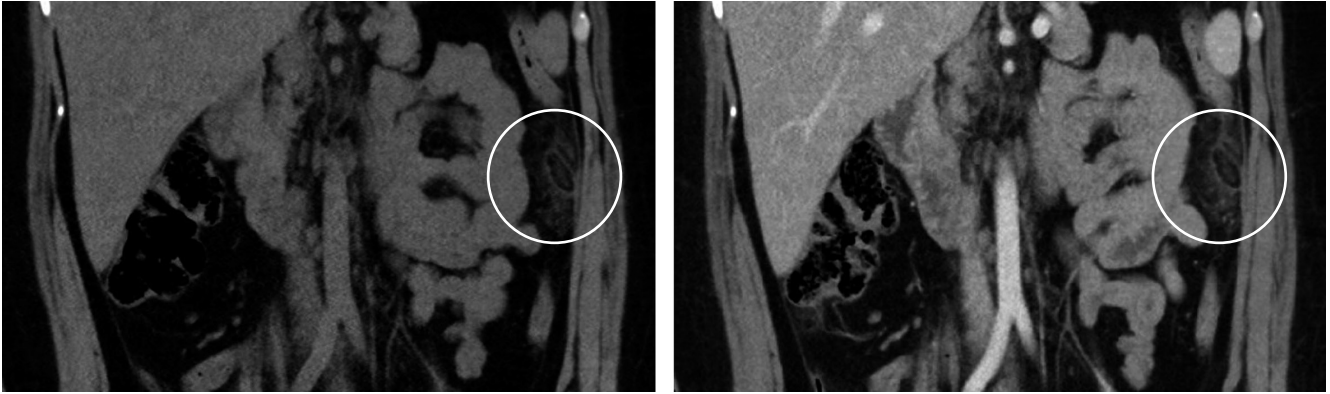
Se trata de una paciente mujer de 41 años que acudió por primera vez al servicio de emergencia el día 14 de octubre del 2020, presentaba desde hace 2 días dolor intenso en el hemiabdomen izquierdo, de tipo cólico, de intensidad 8/10 y que no irradiaba a otro sector. Además, 12 horas antes refería náuseas y malestar general. Como antecedente manifestó tener una cesárea segmentaria transversa. Al ingreso la paciente estaba despierta, con signos vitales dentro de los valores normales (presión arterial [PA]: 120/70 mm Hg,

frecuencia respiratoria [FR]: 20 respiraciones por minuto [rpm], frecuencia cardíaca [FC]: 78 latidos por minuto [lpm], saturación de oxígeno [SatO<sub>2</sub>]: 96% y afebril). En el examen físico del aparato digestivo se observó un abdomen blando, depresible, con ruidos hidroaéreos disminuidos y dolor a la palpación en el hipocondrio y flanco izquierdo. En el examen de laboratorio se encontró una anemia leve (hemoglobina 9,3 g/dL).

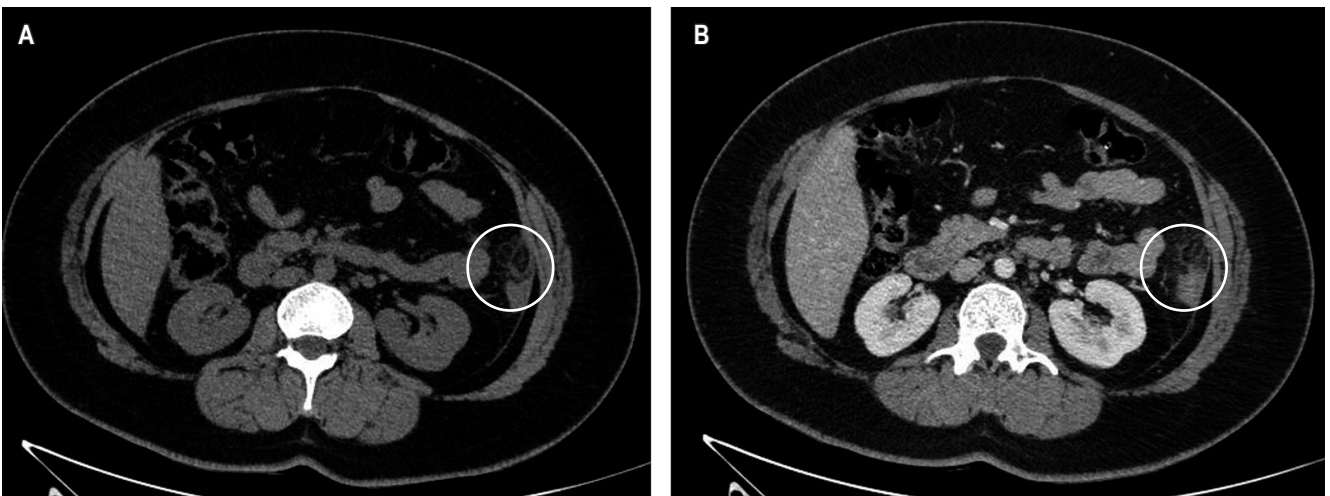
Se le solicitó a la paciente una tomografía axial computarizada (TAC) abdominopélvica con material de contraste en la que se evidenció que el hígado, páncreas, bazo y asas intestinales no presentaban ninguna alteración significativa, el estómago se encontró parcialmente distendido con paredes conservadas, con la presencia de una imagen hipodensa de densidad grasa ovalada de 25 mm x 16 mm que contacta con el borde anterior del colon descendente, la cual contiene en su interior una imagen hiperdensa (signo del punto central) compatible con AE (**Figuras 1, 2 y 3**). Se inició el tratamiento médico para el dolor con diclofenaco de 75 mg por vía intramuscular cada 12 horas y paracetamol de 500 mg por vía oral solo una toma, se indicó también metronidazol de 500 mg vía oral cada 8 horas y simeticona (gaseovet) 15 gotas cada 8 horas con una dieta blanda hipograsa. La paciente fue dada de alta luego de 2 días con los siguientes medicamentos: paracetamol de 500 mg (10 tabletas), tramadol de 50 mg (4 tabletas), metronidazol de 500 mg (9 tabletas) y metoclopramida de 10 mg (9 tabletas).



**Figura 1. A.** Apendagitis, corte coronal S/C. **B.** Apendagitis, corte coronal C/C. Fuente: archivo de los autores.



**Figura 2.** Imagen hipodensa (circunscrita por un círculo blanco) de densidad grasa, ovalada, la cual contiene en su interior una imagen hiperdensa (signo del punto central) compatible con apendagitis epiploica. Fuente: archivo de los autores.



**Figura 3. A.** Apendagitis, corte horizontal S/C. **B.** Apendagitis, corte horizontal C/C. Fuente: archivo de los autores.

Siete meses después, la paciente acudió nuevamente al servicio de emergencia por un cuadro clínico de abdomen agudo. En sus exámenes se evidenció una elevación de leucocitos y neutrofilia; el resto de exámenes de laboratorio estuvo dentro de los límites normales. En la TAC abdominopélvica se evidenció una inflamación de los apéndices epiploicos en el marco colónico izquierdo. Se realizó el tratamiento sintomático con diclofenaco de 75 mg por vía intramuscular cada 12 horas y paracetamol de 500 mg por vía oral una vez al día.

## DISCUSIÓN

Anatómicamente, el apéndice epiploico es una formación que resulta de la duplicación del peritoneo visceral y que rodea al colon, y reviste una cantidad variable de grasa pedunculada unida por una base más o menos estrecha

a la superficie externa de la pared colónica; la mayoría de los apéndices tienen de 1 a 2 cm de grosor y de 2 a 5 cm de largo<sup>(6)</sup>. A la inflamación del apéndice epiploico se le conoce como *apendagitis epiploica*, ocurre por una torsión de los apéndices epiploicos que conduce a una isquemia y que posteriormente se convierte en una necrosis<sup>(9)</sup>. A menudo es una enfermedad mal diagnosticada y que requiere estar presente dentro del diagnóstico diferencial de un abdomen agudo, que comúnmente se asemeja a una apendicitis aguda, diverticulitis, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, entre otros<sup>(9,10)</sup>.

La AE comúnmente inicia con dolor en el cuadrante inferior izquierdo (40%-60%), dolor en el cuadrante inferior derecho (40%-50%) y dolor en otras localizaciones, incluidos los cuadrantes superiores derecho e izquierdo (1,5%-10%)<sup>(11)</sup>. Difícilmente puede hallarse un aumento de los glóbulos blancos, de modo que se descarta la posibilidad

de una ayuda de laboratorio, incluida su inespecificidad sintomatológica, lo que lleva al médico a un diagnóstico incorrecto. Por ello, el estudio de elección es la TAC, y solo el 2,5% es diagnosticado con la clínica antes de la cirugía, pues los apéndices epiploicos normales no son evidentes en la TAC, pero pueden detectarse cuando están inflamados o delineados por ascitis<sup>(12)</sup>. Las características clave en la TAC incluyen una lesión ovoide de densidad grasa también conocida como *signo del anillo hiperatenuante*, engrosamiento leve de la pared intestinal y un foco central de alta atenuación dentro de la lesión grasa que en estudios recientes se ha descrito como *el signo del punto central*<sup>(12)</sup>.

La AE suele ser autolimitada en su mayoría de veces con ayuda de una terapia conservadora; sin embargo, algunos casos necesitan un manejo quirúrgico. Reportes mencionan que algunos pacientes que son dados de alta tienen recaídas,

obligándolos a acudir a emergencia nuevamente<sup>(13)</sup>. Por ello, realizamos una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus, Scielo, CINAHL, BVS LILACS, Google Scholar y artículos relacionados con el tema en idioma inglés y español, con los términos de búsqueda “Epiploic appendagitis” y “Recurrence” o “Relapse”; se encontraron 11 artículos que cumplieron con los términos de *recaída* o *relapso* dentro del texto completo, y las características se detallan en la **Tabla 1**. Solo 7 pacientes de 278 hicieron recurrencia, esto es un 2,6% de recaídas, lo que es un pequeño porcentaje. Las recaídas no son tan frecuentes en estos pacientes; sin embargo, actualmente existen técnicas mínimamente invasivas como la cirugía laparoscópica, que podría ayudar cuando hay una falla en la terapia conservadora o se necesita alguna intervención de urgencia, en la que la laparoscopia muestra tener mejores resultados<sup>(14,15)</sup>.

**Tabla 1.** Características de estudios incluidos de pacientes con AE

Autor	País	Tipo de artículo	Cantidad de pacientes incluidos	Sexo M/F	Edad (DE)	Síntomas/signos	Comorbilidades (cantidad de pacientes)	Diagnóstico	Tratamiento	Tiempo de recurrencia
Choi <sup>(16)</sup>	Corea	Observacional, retrospectivo	56	23/33	45,4 (15,1)	Dolor abdominal	Obesidad (30)	TAC	Terapia conservadora, antibióticos	Un paciente hizo recurrencia a los 5 años
Dogan <sup>(17)</sup>	Turquía	Observacional, retrospectivo	39	34/5	36 (10,3)	Dolor abdominal e inguinal/lumbar, náuseas, vómitos, hinchazón abdominal y disuria	No reporta	TAC	Terapia analgésica y antibióticos	Ningún paciente en un año de seguimiento
García <sup>(18)</sup>	España	Observacional, retrospectivo	17	3/14	57	Dolor abdominal	No reporta	TAC	Terapia conservadora	Un paciente hizo recurrencia sin complicaciones
Hasbahceci <sup>(19)</sup>	Turquía	Observacional, retrospectivo	20	13/7	43,2	Dolor abdominal agudo	No reporta	TAC	Terapia conservadora	Ninguna recurrencia en 24 meses de seguimiento
Legome <sup>(20)</sup>	Estados Unidos	Observacional, retrospectivo	19	10/9	37,8 (10,4)	Dolor abdominal, estreñimiento (10%), diarrea (10%) y fiebre (15%)	No reporta	TAC	Terapia con antibióticos	1 paciente hizo recurrencia en 2 años de seguimiento
Lorente <sup>(13)</sup>	Estados Unidos	Reporte de caso	1	0/1	66	Dolor abdominal	Hipertensión, hiperlipidemia, hipotiroidismo y cardiomiopatía	TAC	Terapia conservadora	Hizo recurrencia luego de 19 meses

**Tabla 1.** Características de estudios incluidos de pacientes con AE (continuación)

Autor	País	Tipo de artículo	Cantidad de pacientes incluidos	Sexo M/F	Edad (DE)	Síntomas/signos	Comorbilidades (cantidad de pacientes)	Diagnóstico	Tratamiento	Tiempo de recurrencia
Mantoglu <sup>(21)</sup>	Turquía	Observacional, retrospectivo	39	29/10	44,4 (13,2)	No reporta	No reporta	TAC	Terapia conservadora	1 paciente femenina hizo recurrencia después de 6 meses, 2 pacientes masculinos hicieron recurrencia a los 2 y 12 meses. Seguimiento de 3 años
Ozdemir <sup>(4)</sup>	Turquía	Series de casos	12	9/3	40	Dolor abdominal, náusea y vómitos	No reporta	Ultrasonografía y TAC abdominal	Terapia quirúrgica y conservadora	No recurrencia
Vázquez <sup>(22)</sup>	Argentina	Observacional, retrospectivo	73	54/19	45 (16)	Dolor abdominal	Transgresión alimentaria (7), sobrepeso (26)	Ecografía, TAC	Terapia conservadora y terapia quirúrgica	No recurrencia
Yang <sup>(23)</sup>	China	Reporte de caso	1	1/0	44	Dolor abdominal	No reporta	TAC con contraste	No recibió tratamiento	No recurrencia
Yousaf <sup>(24)</sup>	Pakistán	Reporte de caso	1	1/0	26	Dolor abdominal	No reporta	TAC	Terapia conservadora	No recurrencia

DE: desviación estándar.

## CONCLUSIONES

Las recaídas en pacientes con AE no son muy frecuentes; sin embargo, se necesitan más estudios que evalúen este desenlace en esta patología. Por una parte, los pacientes son tratados de manera conservadora con analgésicos, pero se reportan casos tratados de manera quirúrgica que evitarían la recurrencia; para ello se necesita evaluar también la eficacia de nuevas terapias quirúrgicas para la resolución de esta patología. Por otra parte, se sugiere tener presente esta patología dentro del cuadro diferencial de abdomen agudo, debido a su semejanza con diversas enfermedades.

## Contribuciones de los autores

Fabian A. Chavez-Ecos tuvo la idea original, redactó, realizó la búsqueda y revisó la versión final. Mía Alejandra Gómez-Corrales redactó, extrajo datos y revisó la versión final. Jackeline Alexandra Espinoza-Utani, redactó, extrajo datos y revisó la versión final. Carlos Alberto Dávila-Hernández, redactó y revisó la versión final.

## Conflictos de interés

Declaramos no tener ningún tipo de conflicto de interés.

## REFERENCIAS

- Suresh Kumar VC, Mani KK, Alwakkaa H, Shina J. Epiploic Appendagitis: An Often Misdiagnosed Cause of Acute Abdomen. *Case Rep Gastroenterol.* 2019;13(3):364-8. <https://doi.org/10.1159/000502683>

2. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steinstraesser L, et al. Epiploic appendagitis - Clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery*. 2007;7.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2482-7-11>
3. Danielson K, Chernin MM, Amberg JR, Goff S, Durham JR. Epiploic Appendicitis: CT Characteristics. *J Comput Assist Tomogr*. 1986;10(1):142-3.  
<https://doi.org/10.1097/00004728-198601000-00032>
4. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu HY, Turkoz E, Ozcay N, et al. Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature. *Am J Surg*. 2010;199(4):453-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.02.004>
5. Dockerty L, Lynn T, Waugh J. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynecol Obstet*. 1956;103(4):423-33.
6. Schnedl WJ, Krause R, Tafeit E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights into epiploic appendagitis. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*. 2011;8(1):45-9.  
<https://doi.org/10.1038/nrgastro.2010.189>
7. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Fréquence et épidémiologiedescriptive de l'appendicite épiploïque primitive par l'exploration tomographique des douleurs abdominales de l'adulte. *J Radiol*. 2008;89(2):235-43.  
[https://doi.org/10.1016/s0221-0363\(08\)70399-8](https://doi.org/10.1016/s0221-0363(08)70399-8)
8. Suresh Kumar VC, Mani KK, Alwakkaa H, Shina J. Epiploic Appendagitis: An Often Misdiagnosed Cause of Acute Abdomen. *Case Rep Gastroenterol*. 2019;13(3):364-8.  
<https://doi.org/10.1159/000502683>
9. Giannis D, Matenoglou E, Sidiropoulou MS, Papalampros A, Schmitz R, Felekouras E, et al. Epiploic appendagitis: pathogenesis, clinical findings and imaging clues of a misdiagnosed mimicker. *Annals of Translational Medicine*. 2019;7(24):814.  
<https://doi.org/10.21037/atm.2019.12.74>
10. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *Radiographics*. 2005;25(6):1521-34.  
<https://doi.org/10.1148/rg.256055030>
11. Choi YU, Choi PW, Park YH, Kim JI, Heo TG, Park JH, et al. Clinical Characteristics of Primary Epiploic Appendagitis. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011;27(3):114-21.  
<https://doi.org/10.3393/jksc.2011.27.3.114>
12. Giambelluca D, Cannella R, Caruana G, Salvaggio L, Grassedonio E, Galia M, et al. CT imaging findings of epiploic appendagitis: an unusual cause of abdominal pain. *Insights into Imaging*. 2019;10(1):26.  
<https://doi.org/10.1186/s13244-019-0715-9>
13. Lorente C, B. Hearne C, Taboada J. Recurrent epiploic appendagitis mimicking appendicitis and cholecystitis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2017;30(1):44-6.  
<https://doi.org/10.1080/08998280.2017.11929522>
14. Vázquez-Frias JA, Castañeda P, Valencia S, Cueto J. Laparoscopic Diagnosis and Treatment of an Acute Epiploic Appendagitis with Torsion and Necrosis Causing an Acute Abdomen. *JLS*. 2000;4(3):247-50.
15. Donohue SJ, Reinke CE, Evans SL, Jordan MM, Warren YE, Hetherington T, et al. Laparoscopy is associated with decreased all-cause mortality in patients undergoing emergency general surgery procedures in a regional health system. *Surg Endosc*. 2021; 36(6):3822-3832.  
<https://doi.org/10.1007/s00464-021-08699-1>
16. Choi YI, Woo HS, Chung JW, Shim YS, Kwon KA, Kim KO, et al. Primary epiploic appendagitis: Compared with diverticulitis and focused on obesity and recurrence. *Intestinal Research*. 2019;17(4):554-60.
17. Doğan AN, Çakıroğlu B, Akça AH, Aksoy SH, Akar T. Primary epiploic appendagitis: evaluation of computed tomography findings in the differential diagnosis of patients that presented with acute abdominal pain. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022;26(1):59-63.  
[https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202201\\_27748](https://doi.org/10.26355/eurrev_202201_27748)
18. García Marín A, Nofuentes Riera C, Mella Laborde M, Pérez López M, Pérez Bru S, Rubio Cerdido JM. Apendagitis epiploica, causa poco frecuente de dolor abdominal. *Cirugía y Cirujanos*. 2014;82(4):389-94.
19. Hasbahceci M, Erol C, Seker M. Epiploic appendagitis: Is there need for surgery to confirm diagnosis in spite of clinical and radiological findings? *World J Surg*. 2012;36(2):441-6.  
<https://doi.org/10.1007/s00268-011-1382-2>
20. Legome EL, Belton AL, Murray RE, Rao PM, Novelline RA. Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med*. 2002;22(1):9-13.  
[https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(01\)00430-9](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(01)00430-9)
21. Mantoğlu B, Altıntoprak F, Akın E, Fırat N, Gönüllü E, Dikicier E. Does primer appendagitis epiploica require surgical intervention? *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*. 2020;26(6):883-6.  
<https://doi.org/10.14744/tjtes.2020.09693>
22. Vázquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemos S, Perret C, Catalano HN. Apendagitis epiploica primaria. Clínica y evolución de 73 casos. *Medicina (Buenos Aires)*. 2014;74:448-50.
23. Yang L, Jia M, Han P. Primary epiploic appendagitis as an unusual cause of acute abdominal pain in a middle-aged male: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(33):e16846.  
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016846>
24. Yousaf A, Ahmad S, Ghaffar F, Sajid S, Ikram S. Bilateral Epiploic Appendagitis: A Rather Benign but Diagnostically Challenging Cause of Acute Abdominal Pain. *Cureus*. 2020;12(4):e7897.  
<https://doi.org/10.7759/cureus.7897>