

Invitamos a los lectores de Acta a que envíen casos con interés clínico o diagnóstico para su publicación en esta sección, de la cual el Editor es el Dr R Mazure.

Paciente con dolor abdominal

Alberto C Seehaus y Jorge Ocantos

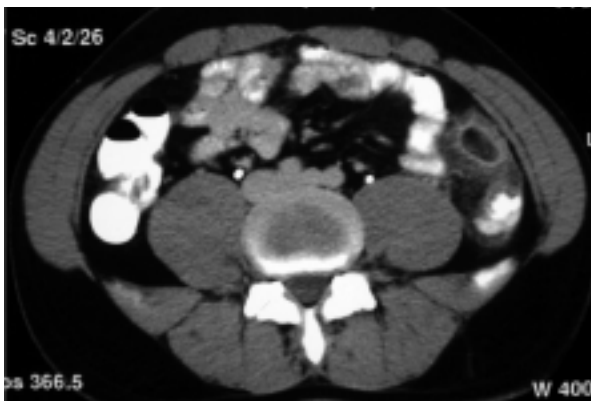


Figura 1

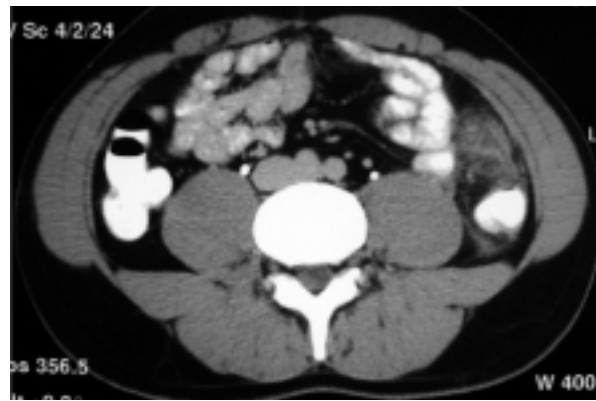


Figura 2

Paciente de sexo masculino de 26 años de edad que se presentó a la guardia del hospital con un cuadro de dolor en fosa ilíaca izquierda, contínuo, de intensidad creciente, de 3 días de evolución y diarrea de 4 a 5 deposiciones por día de materia fecal blanda o semilíquida, sin sangre ni pujos ni tenesmo. En el momento de la consulta el paciente se encontraba normotenso, no taquicárdico y afebril. Al examen abdominal presentaba ruidos hidroaéreos normales y a la palpación aumento de tensión en el hemiabdomen izquierdo, dolor a la compresión y descompresión del mismo lado. En el laboratorio de urgencia no hubo datos significativos (15.3 g/dl hemoglobina y 7840 glóbulos blancos, con glucemia, urea, creatinina, hepatograma, amilasa, ácido base y láctico normales).

Se le solicitó una tomografía computada (TC) del abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso que reveló una lesión de forma oval con centro hipodenso en vecindad al colon descendente, con un halo de mayor densidad con tinción con el contraste e.v., encontrándose rodeada por un proceso de tipo inflamatorio en la grasa peritoneal vecina. (figuras 1 y 2)

De acuerdo a estos datos, ¿cuál es su diagnóstico presuntivo?

*Institución: Hospital Italiano
Gascon 450, (1181) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

*Correspondencia: Alberto C Seehaus
E-mail: alberto.seehaus@hospitalitaliano.org.ar*

Resolución del caso en la página 70

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: viene de la página 5

La torsión de los apéndices epiploicos con la consiguiente oclusión vascular produce isquemia, siendo la causa implicada en la apendagitis aguda epiploica. El componente venoso de los apéndices epiploicos se afecta primero, dado que cada apéndice epiploico es nutrido por un par de arterias, pero su drenaje se realiza por sólo una vena.

Esta entidad se encuentra relacionada con diversas situaciones tales como obesidad, hernias o ejercicios violentos. La inflamación de los apéndices epiploicos es generalmente autolimitada en la mayoría de los pacientes. Raramente puede llevar a cuadros de obstrucción intestinal, peritonitis o a la formación de abscesos abdominales.

Clínicamente los pacientes refieren dolor abdominal agudo, frecuentemente en el cuadrante inferior izquierdo, semejando un proceso diverticular agudo, si bien la diverticulitis se asocia generalmente a fiebre y leucocitosis, síntomas no observados habitualmente en la apendagitis. Cuando compromete al ciego o colon ascendente clínicamente puede simular una apendicitis aguda.

La mayoría de los diagnósticos son realizados en el acto quirúrgico, debiéndose sospechar esta entidad en aquellos pacientes con dolor en fosa ilíaca derecha ya apendicetomizados o en cuadros de "diverticulitis aguda" en pacientes que cuenten con un examen de colon por enema previo que no demuestre diverticulosis.

La tomografía computada (TC) es el método de elección para el diagnóstico de esta entidad, mostrando característicamente una lesión oval menor a 5 cm de diámetro que muestra un área central de baja atenuación (densidad grasa), rodeada por un proceso inflamatorio local o extendido hacia el peritoneo.

El seguimiento dentro de los 6 meses de iniciado el cuadro generalmente muestra la resolución de los hallazgos por TC, lo cual condice con la mejora del cuadro clínico. El paciente referido en este caso no fue internado en el hospital y resolvió su sintomatología espontáneamente.

El conocimiento de esta entidad y sus hallazgos en las imágenes es importante con el fin de no confundirlo con otros procesos como ser la diverticulitis aguda, la cual puede conducir a la hospitalización del paciente, administración de terapia antibiótica, realización de estudios invasivos innecesarios y restricciones en la dieta. Dentro de los diagnósticos diferenciales deben mencionarse el infarto agudo omental, la diverticulitis, la mesenteritis y los tumores primarios o metástasis que pueden afectar al peritoneo.

Referencias

1. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Sagar P, Mueller PR, Novelline RA. Acute Epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics* 2005;25:1521-1534.
2. Rosen MP, Siewert B, Sands DZ, Bromberg R, Edlow J, Raptopoulos V. Value of abdominal CT in the emergency department for patients with abdominal pain. *Eur Radiol* 2003;13:418-424.
3. Singh AK, Gervais DA, Hahn PF, Rhea J, Mueller PR. CT appearance of acute appendagitis. *AJR* 2004;183:1303-1307.
4. Son HJ, Lee SJ, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL, Kim JJ, Paik SW, Rhee JC, Choi KW, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic appendagitis: differentiation from acute diverticulitis. *J Clin Gastroenterol* 2002;34:435-438.