

# Epiploitis aguda supurativa, tratamiento quirúrgico: reporte de un caso

## *Acute suppurative Epiploitis, surgical treatment: case report*

Wilmer Oscar Sarango Peláez<sup>1\*,2</sup>, José Manuel Cumbicos Ortega<sup>3</sup>, Danny Marcelo Vargas Ulloa<sup>1</sup>,  
Mayra Alejandra Romero Feijó<sup>4</sup>, Nancy Carolina Muñoz Cabrera<sup>1</sup> y Ezequiel Francisco Jiménez  
Jiménez<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Julius Doepfner, Zamora Chinchipe, Ecuador

<sup>2</sup> Carrera de Medicina, Facultad de la Salud Humana, Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador

<sup>3</sup> Centro de Salud Lauro Guerrero, Paltas, Loja, Ecuador

<sup>4</sup> SOLCA, Zamora Chinchipe, Ecuador

<sup>5</sup> Gobierno Autónomo Descentralizado de Espíndola, Espíndola, Loja, Ecuador

\* Autor para correspondencia: sarangoscar2@gmail.com

Fecha de recepción del manuscrito: 07/04/2022    Fecha de aceptación del manuscrito: 15/12/2022    Fecha de publicación: 29/12/2022

**Resumen**—La Epiploitis aguda se trata de una nosología clínica sumamente rara, que aparentemente es provocada por una torsión o trombosis del pedículo vascular de un apéndice epiploico; dando como resultado, un infarto isquémico de la grasa acompañado de irritación peritoneal, originando un cuadro de dolor abdominal agudo, similar al de apendicitis aguda o diverticulitis y conducir de este modo a una intervención quirúrgica innecesaria. A continuación, se presenta un caso de epiploitis aguda supurativa de un paciente joven de sexo masculino, presentando síntomas clínicos de abdomen agudo, que después de haber corroborado con los resultados de los exámenes complementarios se cataloga como un abdomen agudo inflamatorio, con peritonitis localizada con datos de laboratorio alterados, el cual se tuvo que intervenir quirúrgicamente previo a una laparoscopia diagnóstica, encontrándose una masa inflamatoria necrosada con fibrina en la cara anterior de epiplón derecho, adherido a borde antimesentérico de colon derecho a 10 cm de la válvula ileocecal, donde se decide realizar bajo criterio de cirugía un clipaje de la base del apéndice epiploico y resección de omento adherido. Se decide realizar un histopatológico del tejido extraído obteniéndose resultado de una epiploitis aguda supurativa. Se concluye, ante un abdomen agudo localizado, sobre todo en paciente joven afebril que presenta alteraciones analíticas; leucocitosis con desviación a la izquierda, confirmando diagnóstico con ecografía y/o tomografía, y de esta manera evitamos iniciar terapia antibiótica o intervenciones quirúrgicas innecesarias. El tratamiento es conservador con analgésicos orales, reservando la cirugía para los casos complicados o con mala evolución clínica.

**Palabras clave**—Apéndice epiploico, Dolor abdominal agudo.

**Abstract**—Acute epiploitis is an extremely rare clinical nosology, which is apparently caused by torsion or thrombosis of the vascular pedicle of an epiploic appendix; resulting in an ischemic infarction of the fat accompanied by peritoneal irritation, causing a picture of acute abdominal pain, similar to that of acute appendicitis or diverticulitis and thus leading to unnecessary surgical intervention. Next, a case of acute suppurative epiploitis is presented in a young male patient, presenting clinical symptoms of an acute abdomen, which, after corroborating the results of the complementary tests, is classified as an acute inflammatory abdomen, with localized peritonitis with altered laboratory data, which required surgical intervention prior to a diagnostic laparoscopy, finding a necrotic inflammatory mass with fibrin on the anterior side of the right omentum, adhered to the antimesenteric edge of the right colon 10 cm from the ileocecal valve, where He decides to perform, under surgical criteria, a clipping of the base of the epiploic appendix and resection of the attached omentum. It is decided to carry out a histopathology of the extracted tissue, obtaining the result of an acute suppurative epiploitis. It is concluded, before a localized acute abdomen, especially in afebrile young patient who presents analytical alterations; leukocytosis with a shift to the left, confirming the diagnosis with ultrasound and/or tomography, and in this way we avoid starting antibiotic therapy or unnecessary surgical interventions. Treatment is conservative with oral analgesics, reserving surgery for complicated cases or with poor clinical evolution.

**Keywords**—Epiploic appendix, Acute abdomen.

## INTRODUCCIÓN

La epiploitis aguda o apendicitis epiploica, según refiere Núñez et al., (2006) es una patología benigna y auto-

limitada, secundaria a la torsión o trombosis espontánea de las venas de drenaje de los apéndices epiploicos que puede simular un abdomen agudo quirúrgico. Los apéndices epiploicos, mencionados la primera vez por Vesalius en 1543,

son pequeños sacos constituidos de estructuras pedunculadas del tejido adiposo, que protruyen del borde antimesentérico del colon y están dispuestos en 2 filas longitudinales que se extienden desde el ciego hasta la unión recto-sigmoidea (Madrazo *et al.*, 2008). Existen de 100 a 150, y su longitud varía entre 0,5 y 5 cm., conteniendo únicamente tejido adiposo y estructuras vasculares. La vascularización es terminal y la extrema movilidad de estas pequeñas estructuras pedunculadas hacen posible su torsión, que representa su patología más frecuente (Herrera *et al.*, 2018). Como consecuencia, se produce un infarto isquémico de la grasa con irritación peritoneal, ocasionando un abdomen agudo, que en ocasiones simula un cuadro quirúrgico (Roldan, *et al.*, 2016)

La epiploitis fue descrita por primera vez en 1956 por Lynn y cols.; se presenta de forma más frecuente de la cuarta a la quinta década de la vida, con una tasa de incidencia entre hombres y mujeres de 1:3 (Roldan, *et al.*, 2016). Su localización más habitual es en los cuadrantes inferiores, es decir las adyacentes al colon sigmoideos y ciego. Cabe señalar que puede simular un cuadro quirúrgico que rara vez se sospecha clínicamente y que suele ser un hallazgo radiológico o quirúrgico (Martínez, *et al.* 2010). Desde este punto de vista, existe la necesidad de conocer esta entidad infrecuente en la que el papel del radiólogo es esencial para evitar errores diagnósticos, ingresos hospitalarios y cirugías innecesarias (Valdés, *et al.*, 2022). Aunque es una afección benigna y, a menudo, autolimitada, la capacidad de EA para imitar otros procesos patológicos hace que sea una consideración importante en pacientes que presentan síntomas abdominales agudos (Patel, *et al.*, 2007).

La localización es variable; sin embargo, predomina en fosa ilíaca izquierda, donde los apéndices epiploicos son de mayor número y tamaño simulando una diverticulitis, o la fosa ilíaca derecha. imitando una apendicitis aguda o disponerse en cualquier otra localización (Madrazo, *et al.*, 2008). Se debe tener en cuenta que las pruebas analíticas no suelen mostrar alteraciones destacables o generalmente discreta leucocitosis y/o desviación izquierda y/o incremento de la PCR ni aumento significativo de la VSG. (Núñez *et al.*, 2006). En general no hay defensa abdominal; aunque sí existe Blumberg localizado, palpándose en ocasiones una masa subparietal. Respecto a las técnicas de imagen, la radiografía simple carece de utilidad (Núñez, *et al.*, 2006). Recientemente se han descrito hallazgos ultrasonográficos de esta patología, refiriéndola como una masa oval, hiperecoica no compresible y en ocasiones con un halo periférico hipoeoico. esta masa se adhiere a la pared abdominal anterior, y permanece fija durante la inspiración profunda (Solórzano, *et al.*, 2016). El estudio histopatológico mostrará signos de inflamación e infarto hemorrágico, con necrosis grasa y exudado fibrino leucocitario (Martínez, *et al.*, 2010).

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino, de 29 años de edad, soltero; sin antecedentes patológicos de importancia, que acude a la emergencia por dolor abdominal agudo, localizado en flanco derecho, de inicio insidioso y progresivo de tres días de evolución que cede parcialmente con analgésicos y exacerba hace una hora. Al examen físico, signos vitales estables, IMC: 28. Abdomen suave depresible, doloroso a la palpación superfi-

cial y profundo en flanco derecho, con signos de irritación peritoneal. Analítica: la biometría hemática revela leucocitosis leve con desviación a la izquierda, PCR aumentada. La ecografía revela colecistitis aguda alitásica. Se cataloga como abdomen agudo inflamatorio, se decide realizar laparoscopia diagnóstica y terapéutica encontrándose una vesícula distendida por el ayuno prolongado y una masa inflamatoria necrosada con fibrina de 10 x12 cm adherido a borde antimesentérico de colon derecho a 10 cm de la válvula íleocecal, se realiza clipaje de base de apéndice epiploico y resección de omento adherido, con evolución favorable. El estudio histopatológico reveló una epiploitis aguda supurativa.

## DISCUSIÓN

La apendicitis epiploica primaria. es una enfermedad causada por la inflamación del apéndice epiploico, tejido adiposo subseroso a lo largo del colon (Legome, *et al.*, 2002) lo cual sucedió en nuestro caso; puede ocurrir a cualquier edad, incluida la infancia, con un pico de incidencia en el quinto década, con una ligera preponderancia masculina (Jain, *et al.*, 2008), debido a que nuestro paciente tuvo 29 años no se sospechó en este diagnóstico.

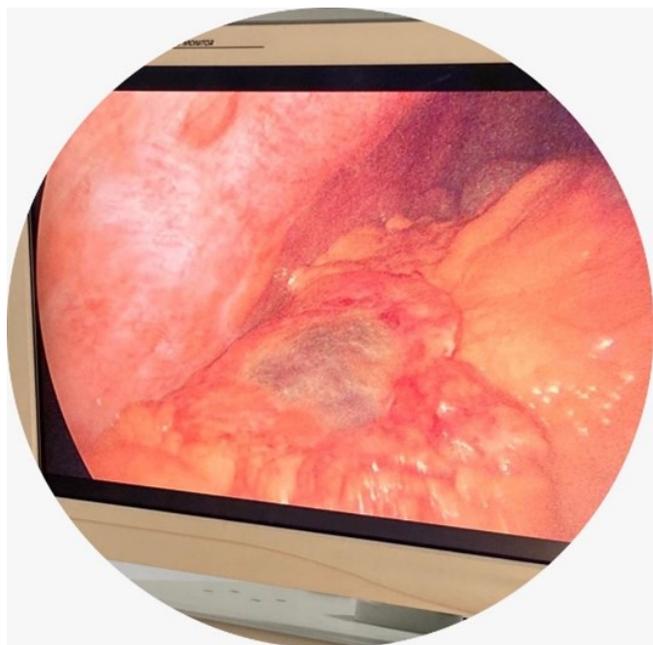
La epiploitis es una causa de dolor abdominal agudo, diagnosticada en raras ocasiones y caracterizada por dolor intenso, permanente, sin o con signos de irritación peritoneal, que muchas veces contrasta con el buen estado general del paciente (Herrera, *et al.* 2018). Es de suma importancia realizar el diagnóstico diferencial con patologías más frecuentes como: la apendicitis, colecistitis, diverticulitis o el infarto omental (Martínez, *et al.* 2010).

En el presente caso, la ecografía reportó colecistitis aguda; por su parte, la tomografía es un estudio de imagen limitado en el hospital donde se presentó el caso, por lo cual se decidió realizar una laparoscopia diagnóstica, observándose una masa inflamatoria (plastrón) con fibrina en el borde antimesentérico de colon derecho a 10 cm de la válvula íleocecal. (Figura 1), Bajo este contexto, se resolvió el caso por vía laparoscópica, con exéresis de plastrón incluyendo el apéndice epiploica comprometida, obteniéndose la muestra como se ve parte de epiplon necrosado (Figura 2). El estudio histopatológico revela epiploitis aguda supurativa. El reconocimiento de los signos de la apendicitis epiploica primaria en la tomografía debería permitir un diagnóstico seguro y evitar una cirugía innecesaria (Sin *et al.*, 2006), sin embargo en centros donde se carece de tomógrafo no se puede realizar

En comparación con un estudio la última actualización de epiploitis en UptoDate, por (Gelrud, *et al.*, 2022), describen en su trabajo los hallazgos principales para diagnosticar mediante TAC: 1) lesión ovoide con densidad de tejido graso en borde antimesentérico del colon; 2) "Signo del anillo hiperdenso" que representa al peritoneo visceral inflamado rodeando al apéndice epiploico; y 3) "Signo del punto central" que se manifiesta como una imagen puntiforme o línea hiperdenso en el centro de la lesión, que representa los casos centrales engrosados o trombosados. En cuanto al estudio realizado por (Tronco, *et al.*, 2012), indica las características de la apendicitis epiploica por tomografía computarizada (TC) son bastante típicas y están bien descritas. Por lo tanto, los médicos deben considerar el papel diagnóstico de la tomografía en esta desafiante enfermedad infradiagnosticada; en el reporte

de este caso el método para llegar al diagnóstico no fue posible por tomografía (por carecer esta casa de salud), y además por los signos de irritación peritoneal, el diagnóstico se realizó por medio de una laparoscopia diagnóstica y sirvió para la resolución definitiva.

En el estudio realizado por Núñez et al., (2006), indica que las pruebas analíticas no suelen mostrar alteraciones destacables o generalmente discreta leucocitosis y/o desviación izquierda, el cual coincide con los resultados de este paciente al valorar la biometría solicitada en primera instancia.



**Fig. 1:** Visión laparoscópica del plastrón provocado por la epiploitis aguda supurativa



**Fig. 2:** Visión macroscópica del espécimen extraído (plastrón por epiploitis aguda)

El tratamiento resulta controvertido, aunque la actitud habitualmente recomendada consiste en un manejo conservador con antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos orales durante 7 - 10 días, reservando la cirugía para los casos complicados o con mala evolución clínica (Roldan et al., 2016). Algunos autores hasta la fecha confirman la eficacia del tratamiento no quirúrgico con tasas de éxito del 97–100 %, que

posibilita el alta precoz (1 – 4 días) e incluso un manejo exclusivamente ambulatorio.

Reyna y Rondón, (2017), en su caso, manifiesta que la laparoscopia mostró dos estructuras redondeadas, edematosas e hiperemias en la pared anterior del ciego que fueron extirpadas y el laboratorio confirmó el diagnóstico. Es por eso, que se considera la opción de realizar tratamiento quirúrgico, en caso de un cuadro abdominal agudo con signos peritoneales con el objetivo de resolver el proceso patológico de forma definitiva.

## CONCLUSIONES

La epiploitis aguda es una enfermedad muy rara, pero autolimitada, y los síntomas y signos son inespecíficos, lo que a menudo resulta en un diagnóstico clínico erróneo (Yang et al. 2019). Esto también sucedió en nuestro caso haciendo difícil el diagnóstico, de ahí se recomienda apoyarse en estudios de imagen. Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor abdominal intenso, permanente y muy localizado (Solórzano et al., 2016). La localización es variable; sin embargo, predomina en fosa ilíaca izquierda, donde los apéndices epiploicos son de mayor número y tamaño simulando una diverticulitis, o la fosa ilíaca derecha, imitando una apendicitis aguda o disponerse en cualquier otra localización (Madrado et al., 2008).

Entonces, ante un abdomen agudo, sobre todo en paciente joven afebril que presenta alteraciones analíticas; leucocitosis con desviación a la izquierda, está indicado realizar una ecografía y/o tomografía, para confirmar diagnóstico. Los hallazgos clínico-imagenológicos de apendicitis epiploica, una entidad poco conocida que puede simular un abdomen agudo quirúrgico (Dornes et al., (2022).

Una vez diagnosticado, el tratamiento es puramente médico con antiinflamatorios orales (Martínez et al., 2010), reservando el tratamiento quirúrgico en el caso de clínica florida de peritonitis localizada, analítica positiva, a pesar del examen de imagen (ecografía) no hayan sido concluyente como en el presente caso; así como manifiesta Pereira et al.,(2004), que el diagnóstico no invasivo correcto es importante porque los enfoques de tratamiento para estas afecciones van desde la monitorización hasta la cirugía.

## REFERENCIAS

- Dornes R. et al., (2022). Apendagitis epiploica en paciente con la COVID-19. *Revista Cubana de Medicina*, 61(2)1-8.
- Gelrud, A. et al., (2022). Epiploic appendagitis. *UptoDate*. Obtenido de <https://www.uptodate.com/contents/epiploic-appendagitis>
- Herrera, R. et al., (2018). Apendagitis aguda: Caso clínico radiológico, presentación de un caso. *Facultad de Medicina de la UNAM*, 61(4), 3.
- Jain T. et al., (2008). Case of the season: primary epiploic appendagitis: radiological diagnosis can avoid surgery. *Semin Roentgenol.* , 43:4-6.
- Legome, E. et al., (2020). Epiploic appendagitis: the emergency department presentation. *J Emerg Med*, 22:9–13.

- Madrazo, Z. et al., (2008) Apendicitis Epiploica. *Cir. Esp.* 86(6) 383-385.
- Martínez, M. et al., (2010). Apendicitis epiploica primaria: una causa de abdomen agudo no quirúrgico. Elseiver, 3. doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.043
- Núñez, T. et al., (2006). Epiploitis aguda: una causa inusual de abdomen agudo médico. *An. Med. Interna (Madrid)*, 23(10), 507-508.
- Patel, V. et al., (2007). Caecal epiploic appendagitis. a diagnostic andtherapeutic dilemma. *Am Surg.* , 73(8) 28–30.
- Pereira, J. et al., (2004). Disproportionate fat stranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. *RadioGraphics.* , 24:703-15.
- Reyna, E. y Rondón, M. (2017). Apendagitis epiploica primaria simulando apendicitis aguda. *Avances en Biomedicina*, 6(3) 249-252.
- Roldan, J. et al., (2016). Abdomen agudo por apendagitis epiploica: Indicaciones para el tratamiento quirúrgico. *RAPD ONLINE*, 39(3), 3.
- Sin K. et al., (2006). CT Features of primary epiploic appendagitis. *Eur J Radiol.* , 59(2):284-8.
- Solórzano, S. et al., (2016). Apendicitis epiploica. Causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta pediatri. México.* 37(2).
- Tronco, G. et al., (2012). Epiploic Appendagitis a challenging imaging diagnosis. *European Journal of General Medicine- Case Report*, 9(4), 3.
- Valdés, R., (2022). Dolor abdominal en fosa ilíaca derecha en paciente de 79 años. *Sanid. Mil.* 77(4).
- Yang, L. et al., (2019). Primary epiploic appendagitis as an unusual cause of acute abdominal pain in a middle-aged male. *Medicine Baltimore.* 98(33)