

Apendicitis epiploica. Causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Solórzano-Morales SA¹, Castillo-Rodríguez SA², Laurindo-Mariano de Oliveira G², Arredondo-Villanueva JG³, Ridaura-Sanz C⁴

Resumen

ANTECEDENTE: la apendicitis epiploica es el infarto hemorrágico de un apéndice epiploico cuando existe torsión u ocurre una trombosis espontánea de su drenaje venoso central. Generalmente su diagnóstico es incidental en estudios radiológicos de abdomen que se realizan por otras causas de dolor abdominal. Clínicamente puede simular un cuadro de abdomen agudo, principalmente quirúrgico en niños. Por ello, es importante conocer esta entidad, ya que su diagnóstico correcto hace innecesaria la hospitalización y la cirugía. Por lo general, la apendicitis epiploica se resuelve espontáneamente en cinco a siete días y sólo requiere tratamiento con analgésicos. La mayoría de los casos han sido descritos en pacientes adultos; sin embargo, el caso que presentamos es el segundo diagnosticado en el Instituto Nacional de Pediatría.

CASO CLÍNICO: niño de 9 años con diagnóstico clínico presuntivo de apendicitis, se diagnosticó por ultrasonido y tomografía computada como apendicitis epiploica, lo que se corroboró en la pieza anatómopatológica.

CONCLUSIONES: nuestro propósito es describir la apendicitis epiploica en niños como causa de abdomen agudo, así como los hallazgos clínicos, ultrasonográficos, de tomografía computada e histopatológicos de esta patología como causa rara de abdomen agudo. Es importante que se conozca el valor de los estudios de imagen de esta entidad a fin de evitar tratamientos invasivos innecesarios.

PALABRAS CLAVE: dolor abdominal, torsión del apéndice epiploico, epiloítis, apendicitis epiploica.

Acta Pediatr Mex. 2016 Mar;37(2):88-93.

Epiploic appendicitis a rare cause of acute abdomen in children. Report of a case and review of the literature

Solórzano-Morales SA¹, Castillo-Rodríguez SA², Laurindo-Mariano de Oliveira G², Arredondo-Villanueva JG³, Ridaura-Sanz C⁴

Abstract

Epiploic appendicitis is a hemorrhagic infarction of an epiploic appendix, caused by a spontaneous twist or thrombosis. Usually the diagnosis is incidental in abdominal radiological studies performed for other

¹Radióloga Pediatra. Responsable del Servicio de Ultrasonido.

²Radiólogo. Médico Residente de Alta Especialidad en Radiología Pediátrica.

³Residente de Cirugía Pediátrica.

⁴Jefatura del Servicio de Patología Postmortem. Instituto Nacional de Pediatría.

Recibido: 3 de noviembre del 2015

Aceptado: 4 de febrero del 2016

Correspondencia

Sara Alejandra Solórzano Morales
Instituto Nacional de Pediatría
Av. Insurgentes Sur 3700-C
CP 04530 Ciudad de México
Teléfono: 10840900 ext. 1248
dras.solorzano@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como

Solórzano-Morales SA, Castillo-Rodríguez SA, Laurindo-Mariano de Oliveira G, Arredondo-Villanueva JG, Ridaura-Sanz C. Apendicitis epiploica. Causa poco común de abdomen agudo en niños. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Acta Pediatr Mex. 2016;37(2):88-93.

causes of acute abdominal pain, its important to keep in mind entity, A correct diagnosis makes avoids hospitalization and surgery. Epiploic appendicitis usually resolves in 5-7 days. It is treated usually only with analgesics. Most cases are described in adults but in our institution is the second diagnosed case.

CLINICAL CASE: We present a 9 year old male patient with a presumptive diagnosis of appendicitis. The definitive diagnosis was made with ultrasound tomography with which an omental appendicitis was documented. It was corroborated by pathologic examination.

CONCLUSIONS: Our purpose is to describe the epiploic appendicitis in children as a cause of acute abdomen, as well as clinical, ultrasonographic, computed tomography and histopathology findings of this disease as a rare cause of acute abdomen. It is important to emphasize the value of imaging studies of this entity, in order to avoid unnecessary surgical procedure is known.

KEYWORDS: Abdominal pain; epiploic appendicitis; epiploitis

¹Radióloga Pediatra. Responsable del Servicio de Ultrasonido.

²Radiólogo. Médico Residente de Alta Especialidad en Radiología Pediátrica.

³Residente de Cirugía Pediátrica.

⁴Jefatura del Servicio de Patología Post-mortem.

Instituto Nacional de Pediatría.

Correspondence

Sara Alejandra Solórzano Morales
Instituto Nacional de Pediatría
Av. Insurgentes Sur 3700-C
CP 04530 Ciudad de México
Teléfono: 10840900 ext. 1248
dras.solorzano@yahoo.com.mx

INTRODUCCIÓN

La apendicitis epiploica aguda es un proceso autolimitado y poco común, que se debe al infarto hemorrágico de un apéndice epiploico, cuando éste se torsiona u ocurre trombosis de su drenaje venoso central, lo cual da lugar a un proceso inflamatorio focal. Generalmente se presenta en adultos en la cuarta o quinta décadas de la vida y son muy pocos los casos descritos en niños.¹⁻³ Nuestro caso es el segundo descrito en el Instituto Nacional de Pediatría.⁴

El diagnóstico clínico es difícil, ya que no existen datos patognomónicos. El dolor se presenta en forma repentina, generalmente en la fosa ilíaca derecha o izquierda, con síntomas gastrointestinales mínimos, que simula un cuadro de abdomen agudo y requiere tratamiento quirúrgico. Es importante conocer esta entidad ya que su diagnóstico correcto hace innecesaria la hospitalización y la cirugía. La apendicitis epiploica por lo general se resuelve espontáneamente en cinco

a siete días y requiere solo tratamiento con analgésicos.⁵

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. Los hallazgos tomográficos la describen como una masa en contacto con la superficie serosa del colon adyacente y con índices de atenuación semejantes a la grasa. El estudio histopatológico mostrará signos de inflamación e infarto hemorrágico, con necrosis grasa y exudado fibrino leucocitario.⁶⁻¹⁰

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años de edad, obeso, previamente sano y sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Tres días antes de su internamiento tuvo dolor en fosa ilíaca derecha de tipo cólico, de intensidad moderada, sin irra-

diaciones, que aumentaba con el movimiento. Veinticuatro horas antes, el dolor le impedía la deambulaci3n. Fue tratado por un m3dico con ranitidina y trimebutina, sin mejoría, por lo que acudi3 a esta instituci3n.

En la exploraci3n f3sica se encontr3 abdomen globoso debido a abundante pan3culo adiposo; blando, depresible, doloroso a la palpaci3n de la fosa il3aca derecha, con signo de rebote positivo. Signos vitales: temperatura 36.7°C; tensi3n arterial 110/65 mmHg; frecuencia respiratoria 22 rpm; frecuencia cardiaca 88 lpm. Biometr3a hemática: hemoglobina 14.3, hematocrito 43.7, leucocitos 12,800, neutr3filos 68%, linfocitos 25%, monocitos 7, plaquetas 29,5000. Examen general de orina normal.

Diagn3stico dudoso de probable apendicitis, por lo que se solicit3 ultrasonido abdominal; se observ3 una masa ovoidea, ecog3nica mal delimitada en el sitio del dolor abdominal en el flanco derecho (Figura 1), se realiz3 una tomograf3a en fase simple, que mostr3 un 3rea de



Figura 1. Masa ovalada que mide 5 × 2 cm en sus ejes mayores, ubicada en flanco derecho en íntimo contacto con la pared abdominal de aspecto heterog3neo, con centro ecog3nico.

estriaci3n grasa con halo hiperdenso y contenido grasa en direcci3n rostro-caudal en el borde antimesent3rico del colon transverso; el ap3ndice cecal era largo de grosor normal, sin datos de proceso inflamatorio. No fue necesaria la tomograf3a contrastada, ya que la grasa del paciente a nivel del pan3culo adiposo y del epipl3n actu3 como medio de contraste natural (Figura 2).

Las posibilidades diagn3sticas de la imagen mencionada fueron apendicitis epiploica *versus* infarto omental. A pesar de que los estudios de imagen descartaron un proceso inflamatorio apendicular y de emitir el diagn3stico de apendicitis epiploica, el paciente continu3 con abdomen agudo, motivo por el cual fue intervenido quir3rgicamente.

Nota quir3rgica: se realiz3 laparotom3a exploradora; se extrajo la masa de 7 × 5 cm del epipl3n del colon transverso parasagital derecho. Se ligaron vasos epiploicos y se envi3 la masa a patolog3a. Por 3ltimo, se realiz3 apendicectom3a profil3ctica.

Informe de Patolog3a: el tejido estudiado consta de una estructura de aspecto hemorr3gico de 8 × 6 × 2 cm de superficie lobulada. Los cortes

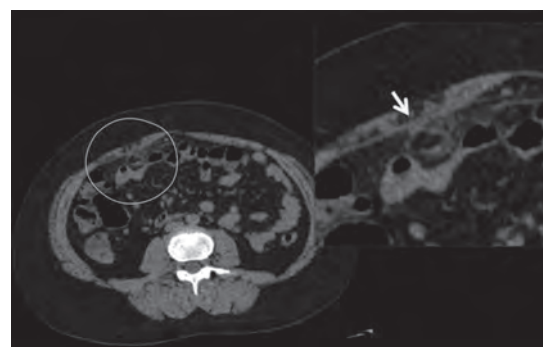


Figura 2. En la tomograf3a en fase simple se corrobora la lesi3n descrita en el ultrasonido de forma ovoidea, con estriaci3n grasa y halo hiperdenso de contenido grasa en el borde antimesent3rico del colon transverso. Se observa adem3s engrosamiento focal del peritoneo adyacente a la lesi3n.

histológicos muestran tejido graso maduro con extensas áreas de hemorragia rodeadas de infiltrado inflamatorio. En el tejido inflamado hay numerosos macrófagos de citoplasma espumoso que resultan de la fagocitosis del tejido graso necrosado. Hay zonas con indicios de reparación con proliferación fibrovascular. El apéndice cecal no muestra alteraciones (Figuras 3-7).



Figura 3. El tejido estudiado consta de una estructura de aspecto hemorrágico de 8 x 6 x 2 cm de superficie lobulada.

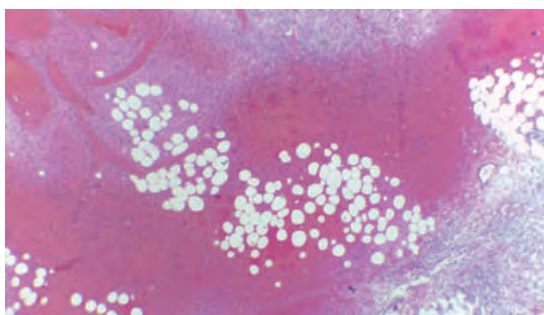


Figura 4. Los cortes histológicos muestran tejido graso maduro con extensas áreas de hemorragia rodeadas de infiltrado inflamatorio.

DISCUSIÓN

Se desconoce la frecuencia de la epiploitis aguda, ya que es probable que muchos casos se autolimiten y pasen inadvertidos o no sean diagnosticados

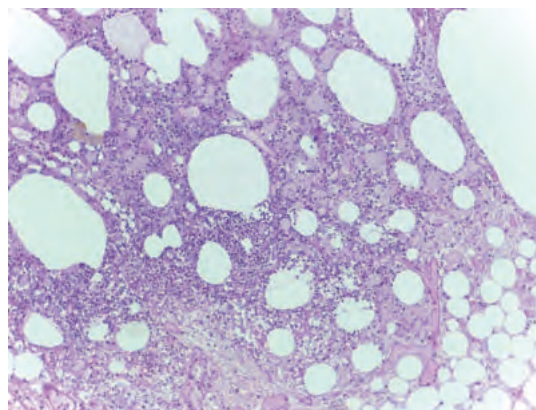


Figura 5. En el tejido inflamado hay numerosos macrófagos de citoplasma espumoso que resultan de la fagocitosis del tejido graso necrosado.

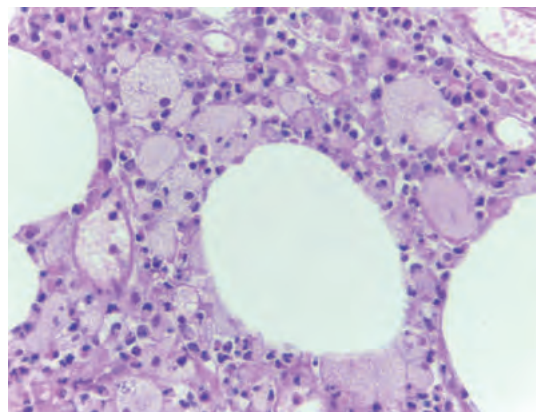


Figura 6. Hay zonas con inicios de reparación con proliferación fibrovascular.

correctamente. Aunque pueden presentarse en cualquier edad suelen ser más frecuentes entre los 40 y 50 años. Los casos pediátricos son muy escasos. Los hombres son los más comúnmente afectados y los factores de riesgo incluyen hernia, obesidad, sedentarismo y pérdida rápida de peso. Clínicamente, los pacientes presentan dolor abdominal en los cuadrantes abdominales inferiores, más frecuentemente del lado izquierdo y el dolor es del tipo agudo.

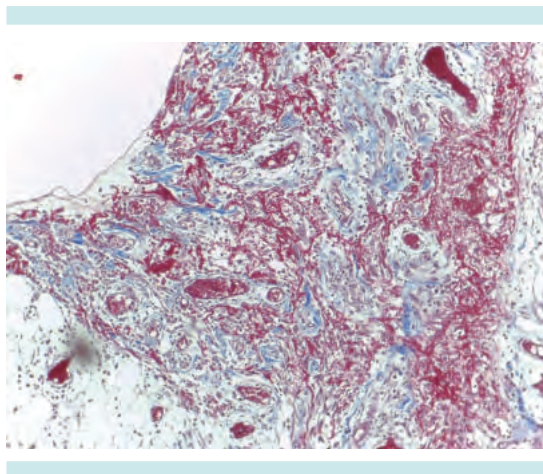


Figura 7. El apéndice cecal no muestra alteraciones.

La resistencia a la palpación abdominal se observa en el 50% de los casos. Los síntomas pueden simular una apendicitis o una diverticulitis aguda, pero a diferencia de estas dos entidades, no produce náusea, vómito, fiebre o leucocitosis importante.⁸

El ultrasonido muestra una masa hiperecogénica rodeada de un halo hipoecoico, no compresible en el punto más doloroso del abdomen. Con la aplicación de Doppler color, la masa no muestra vascularidad intrínseca, este dato es la diferencia con otros procesos inflamatorios como la apendicitis o en adultos la diverticulitis.¹¹

La tomografía computada confirma la naturaleza grasa de la masa en contacto con el colon. La presencia del anillo periférico con realce representa la serosa recubierta con exudado fibrinoleucocitario. La grasa que rodea a la masa muestra mayor densidad en comparación al resto de la grasa abdominal, estriación de la grasa; algunos pueden llegar a presentar un punto central de alta atenuación, probablemente debido a trombosis vascular del apéndice epiploico.¹¹

Las características más frecuentes de la apendicitis epiploica en la tomografía computada son

la forma ovalada, masa hipodensa que contiene grasa, con reforzamiento periférico tras la administración de medio de contraste; infiltración de la grasa periapendicular y engrosamiento del peritoneo parietal.⁸

El principal diagnóstico diferencial en adultos por tomografía incluye infarto omental, mesenteritis esclerosante, paniculitis mesentérica, tumor o metástasis que involucra al mesocolon, apendicitis aguda y diverticulitis aguda. Mientras que en niños serían: apendicitis, adenitis mesentérica y colitis neutropénica. Por otra parte, un diagnóstico clínico diferencial como colecistitis, torsión ovárica, rotura de quiste de ovario, embarazo ectópico, enfermedad de Crohn, rectocolitis ulcerosa deben de tenerse en consideración.⁸

En nuestra institución es el segundo caso reportado, por lo que consideramos relevante dar a conocer los hallazgos de imagen que orienten al diagnóstico de apendicitis epiploica en aquellos pacientes pediátricos que presenten signos y síntomas dudosos, así como datos de laboratorio no concluyentes con un proceso apendicular o de dolor abdominal no característico, ya que este padecimiento se autolimita en 5 a 7 días, no requiere intervención quirúrgica, con lo cual se obtiene un costo-beneficio para el paciente y la institución.

REFERENCIAS

1. Rashid A, Nazir S, Hakim SY, Chalkoo MA. Epiploic appendicitis of caecum: a diagnostic dilemma. *GMS Ger Med Sci* 2012;10:1-4.
2. Christianakis E, Paschalidis N, Filippou G, et al. Cecal epiploic appendix torsion in a female child mimicking acute appendicitis: a case report. *Cases J* 2009;2:8023.
3. Gupta V, Kumar S. Appendicitis epiploicae: An unusual cause of acute abdomen in children. *J Indian Assoc Pediatr Surg*. 2008;13:83-84.
4. León H, Palacios A, Guzmán M, Shalkow K. Apendicitis epiploica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex* 2010;31:6-10.
5. Ahmad S, Khan ZA, Sheikh MY, et al. Primary Epiploic Appendicitis: 3 case reports. *J Pak Med Assoc*. 2011;61:83-85.

6. Sand M, Gelos M, Bechara FG, et al. Epiploic appendagitis—clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery*. 2007;7:11.
7. Lynn TE, Dockerty MB, Waugh JM. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. *Surg Gynecol Obstet*. 1956;103:423-433.
8. Alves GRT, Silva RVA, Corrêa JRM, et al. Epiploic Appendagitis a challenging imaging diagnosis. *Eur J Gen Med* 2012;9:283-285.
9. Boardman J, Kaplan KJ, Hollcraft C, Bui-Mansfield LT. Torsion of the Epiploic Appendage. *AJR* 2003;180:748.
10. Mollà E, Ripollés T, Martínez MJ, et al. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. *Eur Radiol*. 1998;8:435-438.
11. Tutar NU, Ozgul E, Oguz D, et al. An uncommon cause of acute abdomen—epiploica appendagitis: CT findings. *Turk J Gastroenterol*. 2007;18:107-110.

Consulte **Acta Pediátrica de México** en internet:

www.actapediatrica.org.mx



: actapediatricademexico



: @ActaPedMex