

# La torsión del apéndice epiploico como origen del dolor abdominal agudo

Tte. Cor. M.C. Gaspar Alberto **Motta-Ramírez**,\* Mayor M.C. Max Joao **Martínez-Utrera**,<sup>†</sup>  
Dra. Lluvia **González-Merino**,<sup>‡</sup> Tte. Cor. M.C. Antonio **García-Ruiz**,<sup>§</sup> Mayor M.C. María **Ordóñez-Gutiérrez**<sup>||</sup>

Hospital Central Militar/Escuela Militar de Graduados de Sanidad. Ciudad de México.

## RESUMEN

**Objetivo.** Revisar las manifestaciones clínicas y por imagen de la torsión del apéndice epiploico (TAE), como causa bien conocida y establecida, pero inusual de dolor abdominal agudo.

**Material y métodos.** Se presenta una serie de pacientes que ingresaron a nuestra institución en un periodo de un año nueve meses (de enero 2012 a septiembre, 2013) con diagnóstico clínico de síndrome doloroso abdominal agudo y en los que se indicó TCMD para precisar el origen.

**Resultados.** Se muestran 21 casos en los que se identificó TAE y que en todos ellos el síntoma cardinal que motivó la consulta médica fue el dolor abdominal, el diagnóstico fue establecido principalmente por TC y que no ameritaron tratamiento quirúrgico. En 62% sucedieron en el sexo masculino, con un promedio de edad de 46.5 años y con localizaciones tan diversas, más allá de la rectosigmoidea (5%), en topografía del colon derecho (15%) e izquierdo (80%), condicionando cuadros clínicos dolorosos abdominales inespecíficos.

**Conclusiones.** La TC desempeña un papel importante en el diagnóstico del dolor abdominal agudo detectando las diferentes causas de origen intraabdominal entre ellas a la TAE. La TAE frecuentemente mimetiza síntomas que simulan un cuadro doloroso abdominal agudo ya sea como apendicitis o diverticulitis, condicionando una eventualidad no quirúrgica que de realizarla sería innecesaria.

**Palabras clave:** Dolor abdominal, torsión del apéndice epiploico, apendagitis, apéndice epiploico, apendicitis epiploica, epiploitis, infarto focal de grasa intraabdominal (IFGI).

## *Torsion of epiploic appendix as the source of acute abdominal pain*

### SUMMARY

**Objective.** To review the clinical and image of the torsion of epiploic appendix (TEA, *appendagitis*) as cause well known and established, unusual of acute abdominal pain.

**Material and methods.** We present a series of patients admitted to our institution over a period of 1 year 9 months (January, 2012 to September, 2013) with a clinical diagnosis of acute abdominal pain syndrome in which MDCT indicated to clarify the origin.

**Results.** Showing 21 cases in which identified TEA. In all the cardinal symptom prompting medical consultation was abdominal pain and the diagnosis was established mainly with CT, without needed surgical treatment. In our population we found that 62% of cases the patients were male, from the 5th decade of life and with such diverse locations, beyond the rectosigmoid (5%) in topography of right colon (15%) and left colon (80%).

**Conclusion.** CT plays an important role in the diagnosis of acute abdominal pain to detect the different causes of abdominal origin. TEA frequently mimic symptoms of an abdominal surgical emergency, often leading to clinical misdiagnosis of appendicitis or diverticulitis.

**Key words:** Abdominal pain, torsion of epiploic appendix, *appendagitis*, epiploic appendix, epiploic *appendagitis*, epiploitis, intrabdominal intraperitoneal fat focal infarction (IFFI).

\* Médico Radiólogo. Departamento de Radiación Ionizante, HCM. <sup>†</sup> Médico Cirujano, Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, E.M.G.S. <sup>‡</sup> Médico Radiólogo, Hospital Ángeles del Pedregal, Sistemas de Salud Grupo Ángeles. <sup>§</sup> Cirujano General, HCM. <sup>||</sup> Médico Cirujano, Curso de Especialización y Residencia en Cirugía General, E.M.G.S.

Copias (copies): Tte. Cor. M.C. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correspondencia: Dr. Gaspar Alberto Motta-Ramírez  
Correo-e: radbody2013@yahoo.com.mx

Recibido: Enero 7, 2014.

Aceptado: Febrero 27, 2014.

## Introducción

El uso de la tomografía computada (TC) en el estudio del síndrome doloroso abdominal incluyendo al abdomen agudo ha permitido demostrar procesos de tratamiento no quirúrgico.

El dolor abdominal agudo es un síntoma frecuente en la práctica médica general, siendo necesario un diagnóstico diferencial preciso con vistas a un adecuado tratamiento, médico o quirúrgico.

Hay numerosas causas a tener en cuenta que en ocasiones pueden ser motivo de error, con la consiguiente falla en el juicio clínico y/o complicaciones para el paciente. Por ello, es necesario conocer una amplia gama de diagnósticos diferenciales y entre ellos considerar a la torsión de apéndice epiploico (TAE).

La TAE también referida en la literatura como apendicitis epiploica o bien epiploitis, es el resultado de la inflamación aguda o del infarto, por torsión o por trombosis venosa, de los apéndices epiploicos del colon, que son pequeñas proyecciones peritoneales, en forma de lágrima, adheridas a la superficie serosa del colon por un pedículo vascular.<sup>1,2</sup>

La torsión, la isquemia o la inflamación de los apéndices epiploicos son eventos que ocurren espontáneamente y el cuadro clínico se denomina *appendagitis* en inglés.

Los apéndices epiploicos son vascularizados a través de un pedículo estrecho mediante una o dos arteriolas aferentes y una sola vena de drenaje.

En el caso de la torsión, el componente venoso es quien se afecta primeramente con la subsecuente inflamación. El apéndice epiploico tiene un aporte vascular limitado y en conjunción con su morfología pedunculada y su excesiva movilidad, predispone al apéndice epiploico a la torsión, a la isquemia y al infarto hemorrágico.

La TAE se manifiesta con dolor en cualquier localización del abdomen, aunque preferentemente se localiza en fosa ilíaca izquierda. Su tratamiento es conservador y tiene un pronóstico excelente; por este motivo, aún cuando es una entidad relativamente infrecuente, hay que tenerla presente dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, ya que condiciona una actitud terapéutica coherente posterior.

### Recuerdo anatómico

Los apéndices epiploicos son estructuras de tejido adiposo suberoso, de morfología peduncular y digitiforme que se localizan en la superficie serosa del colon protruyendo hacia la cavidad abdominal. Se localizan desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea en un número aproximado de 50 a 1,00<sup>3,4</sup> o 100 a 1,50<sup>5</sup> (siendo de mayor volumen los localizados en colon descendente y colon sigmoides).

Se desconoce su función exacta aunque se considera como soporte a la peristalsis, como reservorio de sangre y depósito energético, auxiliar en la respuesta en procesos inflamatorios, etc.

Los apéndices epiploicos en condiciones normales no se visualizan en los estudios de imagen, ya que se confunden con la grasa peritoneal. Sólo se visualizan si están inflamados o en la ascitis, en el hemoperitoneo o posterior a la inyección de contraste intraabdominal. La vascularización del apéndice epiploico es provista por dos arterias y una vena.

### Fisiopatología

La TAE primaria es un proceso inflamatorio de origen vascular debido a la torsión de estos apéndices sobre sí mismos o bien por la trombosis de su vena de drenaje, produciéndose, en consecuencia, una isquemia y/o infarto de la estructura adiposa. Su inflamación puede ser secundaria a otros procesos vecinos como en una diverticulitis colónica.

La obesidad y el sobrepeso se consideran factores de riesgo, ya que aumentan los apéndices epiploicos tanto en su número y como en su medida, y se movilizan dentro de la cavidad abdominal; la actividad física y los cambios posturales también pueden facilitar su torsión. Las comidas abundantes pueden predisponer a la trombosis de la vena de drenaje debido a una ectasia venosa esplácnica. La TAE se presenta a cualquier edad, pero se ha observado predilección por adultos jóvenes y en el sexo masculino.

### Panorama actual

La TAE se solía diagnosticar en el mismo acto quirúrgico o posteriormente, a partir del estudio histológico de la pieza quirúrgica.

Los hallazgos de imagen fueron descritos por primera vez en 1986 por Danielson y cols.<sup>6</sup> y hasta entonces el diagnóstico era quirúrgico, sólo en 2.5% de los casos se realizaba una valoración correcta prequirúrgica.<sup>6</sup>

Hoy en día el aumento en su incidencia es debido al desarrollo de las técnicas de imagen y su aplicación masiva en el estudio del dolor abdominal agudo.

Respecto a las pruebas de imagen, el ultrasonido (US) o la TC abdominopélvica suelen ser suficientes para su diagnóstico. No obstante, el US abdominal que es dependiente más de la experiencia del explorador y, en pacientes obesos y/o localizaciones profundas, llega a ser difícil identificar el foco inflamatorio.

La TC abdominopélvica constituye un método diagnóstico altamente sensible y específico para la valoración del dolor abdominal; se considera la prueba de elección, mostrando característicamente a la TAE.

### Objetivos

Revisar las manifestaciones clínicas y por imagen de la TAE.

### Material y métodos

Se presenta una serie de pacientes que ingresaron a nuestra institución, con diversos diagnósticos clínicos, en un periodo de un año nueve meses (de enero 2012 a septiembre,

2013) y que en forma incidental se demostró a la TAE, como causa bien conocida y establecida de síndrome doloroso abdominal agudo (Sx.DAA) que cedió con manejo médico.

Los estudios se realizaron en equipos de TC 16 y de 64 detectores, con protocolo abdomino-pélvico en fase simple y con contrastes oral e intravenoso-portal-. Durante ese tiempo, 21 meses, se realizaron por lo menos estudios de TCMD por dolor abdominal en estudio, lo que condiciona el que se acumulasen un total aproximado de 1,000 tomografías por Sx.DAA en estudio.

## Resultados

### Casos de TAE

Se demostraron 21 casos en los que se identificó TAE y en los que en todos ellos el síntoma cardinal que motivó la consulta médica fue el dolor abdominal (*Cuadro 1*).

Dicho número de pacientes incluyó 13 pacientes masculinos (62%) y ocho pacientes femeninos (38%) con rangos de edad de 19 a 74 años. Si bien el dolor abdominal fue el síntoma cardinal en todos ellos, se señaló únicamente como motivo del estudio, Sx.DAA inespecífico en nueve pacientes (43%); Sx.DAA tipo cólico renal un paciente (5%); Sx.DAA con sospecha clínica diagnóstica de enfermedad diverticular complicada en nueve pacientes (43%), así como Sx.DAA con sospecha clínica diagnóstica de enfermedad diverticular complicada versus enfermedad inflamatoria pélvica aguda en dos pacientes, representando 9%.

En un abordaje únicamente topográfico del Sx.DAA se identificó su origen, a la izquierda de la cavidad abdominal en 17 pacientes (80%), a la derecha de la cavidad abdominal en 3 pacientes (14%), así como difuso, sin una localización precisa, aun cuando se señaló en el historial

clínico la sospecha de enfermedad diverticular complicada, en un paciente (6%).

En la práctica hospitalaria del H.C.M. es rutinaria la realización de un abordaje sistemático del Sx.DAA mediante estudios radiológicos simples de abdomen, US y TC abdominopélvica acorde a la protocolización que se hace en la subsección de TC.

Con base en la sospecha clínica señalada se realizaron 12 estudios de TC multifásica, siete ColoTC, uno UroTC y uno TC en fase simple. En tan sólo un caso (caso número 4) se realizó inicialmente estudio de US y que motivó la realización de TC multifásica.

Así, del total de casos, se identificó a la TAE como explicación del cuadro doloroso, siendo negativa para patología anexial, enfermedad diverticular complicada y/o obstrucción litiasica renoureteral. En el caso número 14 en el que la sospecha clínica fue de litiasis renal con proceso inflamatorio sobreagregado, se demostró por TC a la TAE.

Las características por imagen conocidas de la TAE permitieron establecer con precisión el diagnóstico lo que condicionó el que se tomaran decisiones médicas acordes, resultando el que no se realizara ninguna intervención quirúrgica una vez identificado el origen del Sx.DAA.

Asimismo, si bien en la gran mayoría de los pacientes presentados –nueve (43%)– la sospecha clínica de enfermedad diverticular fue la principal indicación de estudio y motivó una toma de decisiones multidisciplinaria, o bien sospecha de patología anexial vs. sospecha clínica de enfermedad diverticular –dos (9%)–, donde el Sx.DAA se notificó que clínicamente el cuadro doloroso fue señalado como inespecífico –nueve pacientes (43%)–.

La TAE de mayores dimensiones fue de 4.1 por 1.7 cm, que fue identificada en el colon derecho, y las menores di-

**Cuadro 1.** Casos de torsión de apéndice epiploico (TAE).

Núm.	Sexo	Edad	Clínica	Estudio	Topografía	TAE	Dimensiones (cms)
1	Masc	36	Sx.DAA inespecífico	ColoTC	Colon izq	Izquierdo	2.7 por 1.1
2	Fem	53	Sx.DAA, ED vs EIPA	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	2.1 por 1.0
3	Masc	50	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	2.9 por 1.4
4	Fem	35	Sx.DAA inespecífico	PSA, US, TC	Colon izq	Izquierdo	2.0 por 1.2
5	Masc	19	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon der	Derecho	4.1 por 1.7
6	Masc	20	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon der	Derecho	3.7 por 1.2
7	Masc	53	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon der	Derecho	2.7 por 1.4
8	Fem	48	Sx.DAA inespecífico	ColoTC	Colon izq	Izquierdo	2.3 por 1.4
9	Masc	38	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	2.4 por 1.0
10	Fem	57	Sx.DAA, ED complicada	ColoTC	Colon izq	Izquierdo	1.8 por 1.2
11	Masc	33	Sx.DAA inespecífico	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	1.9 por 1.5
12	Fem	55	Sx.DAA, ED vs EIPA	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	3.1 por 1.5
13	Fem	48	Sx.DAA, ED complicada	ColoTC	Colon izq	Izquierdo	3.5 por 2.0
14	Fem	74	Sx.DAA, ED complicada	TC abdpelv, fs	Colon izq	Izquierdo	1.2 por 1.1
15	Masc	47	Sx.DAA, ED complicada	ColoTC-agua-	Colon izq	Izquierdo	2.7 por 0.9
16	Masc	40	Sx.DAA cólico renal	UroTC	Colon izq	Izquierdo	1.7 por 0.7
17	Masc	44	Sx.DAA, ED complicada	ColoTC	Colon izq	Izquierdo	2.1 por 1.2
18	Masc	42	Sx.DAA, ED complicada	ColoTC-agua-	Colon izq	Izquierdo	3.0 por 2.4
19	Masc	72	Sx.DAA, ED complicada	TC abdpelv	Sigmoides	Sigmoides	2.7 por 1.5
20	Fem	34	Sx.DAA, ED complicada	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	2.3 por 0.8
21	Masc	35	Sx.DAA, ED complicada	TC abdpelv	Colon izq	Izquierdo	1.6 por 0.8

mension de 1.2 por 1.1 cm. La medición promedio de la TAE, con base en las mediciones axiales realizadas y anotadas en los informes radiológicos, resultó ser de 2.5 por 1.6 cm (*Cuadro 1*).

## Discusión

### Sobre la denominación, nomenclatura

En la ciencia, el idioma inglés ha tomado la posición preponderante que alguna vez tuvo el latín. Creemos más en las cosas escritas en inglés, y las publicaciones científicas (que muchos llaman “literatura” a secas); quizá por la cercanía geográfica con la cultura norteamericana, hemos adoptado terminología y hasta estilos semánticos que nada tienen que ver con el español. Ésta no es una costumbre exclusiva de la medicina, y puede ser producto del subdesarrollo, más que de la pedantería.<sup>7,8</sup>

No hay “appendages” en español, ni usamos doble p en nuestro idioma; sólo se me ocurre una manera de describir el desconocimiento de la existencia de un término correcto en español, como apendicitis epiploica, para hacer referencia a la “*appendagitis*” que afecta a los angloparlantes: “Apendejaditis”.<sup>7,8</sup>

El uso descuidado del idioma en los informes médicos ha llegado al extremo de enviar reportes automatizados escritos completamente en inglés, o, lo que puede ser peor, con algunos comentarios en *espanglish*.<sup>7,8</sup>

El término apendicitis epiploica fue introducido en 1956 por Lynn y cols.,<sup>9</sup> y las características de este proceso en la TC fueron inicialmente descritas en 1986 por Danielson y cols.<sup>6</sup>

En un artículo publicado en 1999, van Breda Vriesman utilizó el término IFFI (de las siglas en inglés *Intraperitoneal Fat Focal Infarction*, infarto focal de grasa intraperitoneal, IFGI) para agrupar ciertas condiciones clínicas abdominales agudas con el común denominador de dolor abdominal agudo y necrosis del tejido graso con los mismos signos clínicos, etiológicos, características por imagen, pronóstico y tratamiento siendo diferentes únicamente en lo que se refiere a su localización anatómica y a sus dimensiones.<sup>10</sup>

El concepto de necrosis/infarto focal de la grasa intraabdominal (IFGI) agrupa dos entidades distintas, que comparten presentación clínica (dolor abdominal agudo localizado, de forma precisa, sin fiebre, sin o con discreta leucocitosis), sustrato histológico de necrosis grasa, aspecto radiológico y resolución espontánea.<sup>10</sup> Nuestra intención es nombrar correctamente esta entidad como torsión de apéndice epiploico (TAE) refiriéndonos a la entidad también descrita como epiploitis aguda,<sup>5</sup> apendicitis epiploica primaria, como “la otra apendicitis”.<sup>11</sup>

El término *appendagitis* no parece el más correcto ni etimológicamente ni semánticamente para definir la inflamación de los apéndices epiploicos. En nuestro medio podríamos proponer como nomenclatura más exacta la de epiploitis o bien la de apendicitis epiploica, términos que tienen una fonética menos forzada, aunque esto último es más una apreciación personal.<sup>13</sup>

### Sobre los hallazgos característicos por TC

El diagnóstico preciso y certero de la TAE es factible en las manos de un médico radiólogo con experiencia a la revisión e interpretación de las imágenes de TC y con ello se evitarán hospitalizaciones innecesarias, así como cirugías.<sup>14</sup>

El diagnóstico rara vez es sospechado clínicamente, y condiciona confusión al presentarse como un síndrome doloroso abdominal hasta un cuadro de abdomen agudo que simula apendicitis, diverticulitis y otras serias condiciones, incluso con enfermedad inflamatoria pélvica; de hecho 1% de los pacientes con sospecha de apendicitis y entre 2 a 7% de los pacientes con sospecha de diverticulitis en realidad presentan una TAE.<sup>11</sup>

Debido a que es poco frecuente y no existe un signo patognomónico, el diagnóstico es difícil. Lo relativamente raro de esta entidad, su frecuente omisión en los diagnósticos diferenciales, su característico aspecto en las imágenes y la controversia en su manejo hacen de su reconocimiento un factor importante.

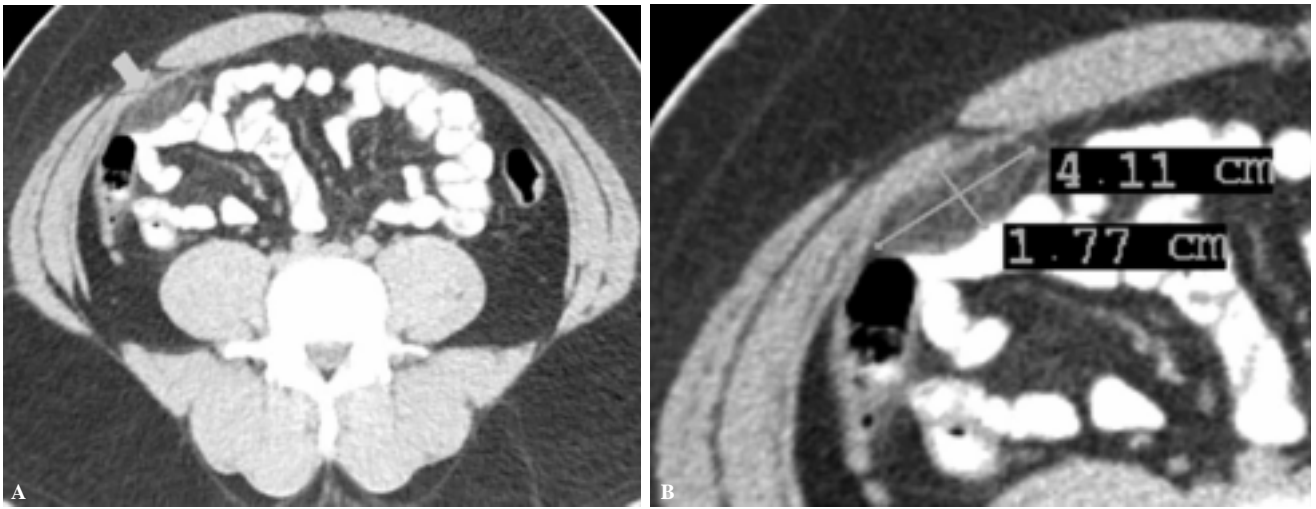
Es una entidad a tomar en cuenta en un paciente con dolor abdominal severo, habitualmente en hemiabdomen inferior, sin fiebre, sin vómitos y con pocas alteraciones en los exámenes de laboratorio; donde las imágenes desempeñan un papel crucial en su correcta identificación y posterior manejo.

La TAE es una causa rara de dolor abdominal focal en pacientes sanos. En la actualidad, y con el uso de los métodos de imagen, al identificar la TAE a muy pocos pacientes, si no es que ninguno, se les realizará una laparotomía diagnóstica para definir el origen del dolor abdominal.<sup>12</sup>

Los criterios por TC de la TAE<sup>10,12,13</sup> son:

1. Una lesión bien definida ovalada paracólica de densidad grasa (que es el apéndice epiploico inflamado y/o trombosado), de 1-4 cm, adyacente al borde antimesentérico del colon (*Figura 1*).
2. Con un círculo periférico hiperdenso consiste en una fina hiperdensidad anular, de 0.2-0.3 cm de grosor que representa el peritoneo visceral inflamado rodeando al apéndice epiploico (engrosamiento anular peritoneal, signo del anillo hiperdenso) (*Figura 2*).
3. Con una zona de atenuación central que se manifiesta como una imagen puntiforme o lineal hiperdensa (signo del punto central denso) en el centro de la lesión y representa los vasos centrales engrosados o trombosados (vena epiploica trombosada o área central de hemorragia).
4. Asociado a heterogeneidad de la grasa periférica (cambio inflamatorio) que son típicamente más extensos, desproporcionados al compararse con el volumen del apéndice epiploico complicado (*Figura 3*).

En ocasiones hay focos de hemorragia o fibrosis que pueden llegar a calcificarse e incluso desprenderse a la cavidad peritoneal y a aparecer como un cuerpo extraño libre o fijo a



**Figura 1. (A y B).** Caso Núm. 5. Paciente masculino de 19 años con Sx.DAA inespecífico al que se le realiza estudio de TC abdominopélvico y en el que se demuestra TAE en topografía del colon derecho, con dimensiones axiales de 4.1 por 1.7 cm. En la ampliación del área de interés se delimitan las características específicas tales como la lesión bien definida ovalada paracólica de densidad grasa, el signo del anillo hiperdenso y el signo del punto central denso.

una superficie visceral, reciben el nombre de “apéndice epiploico parasitario”.

#### Sobre nuestra casuística

En nuestra serie la TAE se presentó en 62% en el sexo masculino, con un promedio de edad de 46.5 años, lo que corrobora la predilección por adultos masculinos jóvenes.

Se demostraron 21 casos, en los que se identificó TAE y en todos ellos el síntoma cardinal fue el Sx.DAA (100%): caracterizado como inespecífico en 43%; Sx.DAA tipo cólico renal en 5%; Sx.DAA con sospecha clínica diagnóstica de enfermedad diverticular complicada en 43%, así como Sx.DAA con sospecha clínica diagnóstica de enfermedad diverticular complicada vs. enfermedad inflamatoria pélvica aguda en 9%.

En un abordaje únicamente topográfico del Sx.DAA, éste se identificó principalmente a la izquierda de la cavidad abdominal en 80% y a la derecha de la cavidad abdominal en 15%, generando también confusión con la afección apendicular aguda, en 5% se identificó difuso, principalmente pélvico.

En la práctica hospitalaria del H.C.M. es rutinaria la realización de un abordaje sistemático del Sx.DAA acorde a la protocolización que se hace en la subsección de TC. Se realizaron 21 estudios de TC con diferentes protocolos: TC multifásica, ColoTC, UroTC y TC en fase simple identificando en todos ellos los hallazgos característicos de la TAE, lo que condicionó el que se tomaran decisiones médicas acordes, sin necesidad de intervención quirúrgica.

La imagen en la TC de la TAE es una lesión oval paracólica de menos de 5 cm de diámetro (que en nuestra casuística resultó en promedio ser de 2.5 por 1.6 cm) y densidad grasa, con una zona atenuación central (vena epiploica trombosa) que se continúa con la pared anterior del colon y aumen-

to de la densidad de la grasa alrededor, secundaria a la inflamación adyacente.

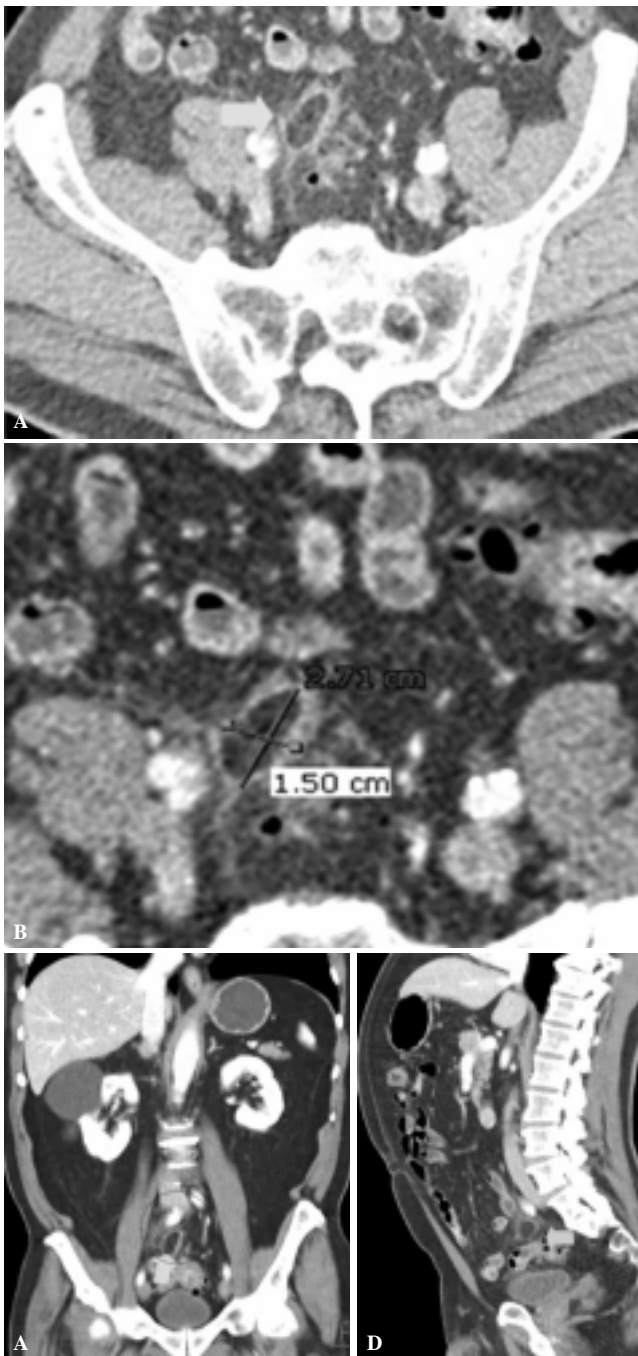
El tratamiento es conservador con antiinflamatorios orales. El cuadro clínico remite en la mayoría de los casos en 10-14 días, pero los cambios radiológicos pueden demorarse hasta seis meses.

La identificación por imagen de la TAE establece el origen del dolor abdominal y así la decisión del manejo conservador, como externo del paciente evitando costos quirúrgicos y/o costos adicionales en la atención médica innecesarios.

Una exploración médica física cuidadosa y la observancia del protocolo de estudio de imagen por TC que permita identificar los hallazgos característicos de la TAE establecerá el que la decisión quirúrgica será únicamente para que aquellos pacientes en los que a pesar del manejo conservador persiste la sintomatología o se agregue algún otro dato clínico ominoso y aun con ello deberá siempre establecerse comunicación en el equipo médico.<sup>4,13,15</sup>

En aquellos pacientes con dolor abdominal exquisitamente –muy– localizado hacia la porción inferior del abdomen, así como sensibilidad localizada a esa área y que no se asocia con otra sintomatología o con anomalías de laboratorio, debe establecerse un alto nivel de sospecha de que hay la posibilidad de que se trate de TAE y es recomendable la realización y abordaje temprano por imagen,<sup>16</sup> como lo es para todos aquellos pacientes con dolor abdominal medicado, adultos de la 3a. edad, etc.

Con la llegada y el uso del US y la TC la incidencia de la TAE ha cambiado, ya que algunos grupos han llegado a reportar hasta 14 casos de TAE, como lo hicieron Rioux y Langis<sup>16</sup> en un periodo de 18 meses; Son HJ<sup>17</sup> reportaron ocho casos de TAE en un periodo de 71 meses; Motta-Ramirez y cols.<sup>10</sup> reportaron 28 casos de TAE en un periodo de 43



**Figura 2. (A-D).** Caso Núm. 19. Paciente masculino de 72 años con Sx.DAA y sospecha de enfermedad diverticular complicada al que se le realiza estudio de TC abdominopélvico y en el que se demuestra TAE en topografía del sigmoides, con dimensiones axiales de 2.7 por 1.5 cm. En la ampliación del área de interés **(B)** y en las reconstrucciones multiplanares coronal y sagital **(C y D)** se aprecian sus características específicas. Nótese la afección de la grasa periférica al TAE.

meses; Chen JH y cols.<sup>12</sup> reportaron 21 casos de TAE, en un periodo de 45 meses; Sand M<sup>18</sup> reportaron diez casos de TAE en un periodo de 35 meses; Ozdemir S<sup>19</sup> reportaron 12 casos de TAE en un periodo de 77 meses. Hay un sinnúmero de publicaciones que reportan uno a dos casos de la TAE.<sup>5,8,11</sup>



**Figura 3. (A-C).** Caso Núm. 21. Paciente masculino de 35 años con Sx.DAA y sospecha de enfermedad diverticular complicada al que se le realiza estudio de TC abdominopélvico y en el que se demuestra TAE en topografía del sigmoides, con dimensiones axiales de 1.6 por 0.8 cm. En la ampliación del área de interés se aprecia la heterogeneidad de la grasa periférica (cambio inflamatorio) que estápticamente más extenso, desproporcionados al compararse con el volumen del apéndice epiloico complicado.

Ésta es una incidencia muy alta en una patología poco común.

### Conclusiones

La TAE es considerada una condición inflamatoria que ocurre primariamente por una torsión que causa isquemia e infarto con necrosis grasa aséptica, trombosis venosa es-

pontánea y así provoca inflamación localizada estéril alrededor de apéndice epiploico; con el tiempo se puede calcificar y encontrarse como una calcificación aislada en los recesos peritoneales.

El US es una herramienta muy efectiva en manos del radiólogo para la exploración del abdomen sin necesidad de “abrirlo”. Esta herramienta permite la realización de un examen rápido, barato y dinámico que se puede repetir cuantas veces se considere necesario; pero requiere dedicación, habilidad y experiencia.

Es así que tanto el método de imagen como su responsable han contribuido no sólo al diagnóstico y a la toma de decisiones médico-quirúrgicas, sino también ha ayudado a comprender la incidencia y la evolución natural de muchas condiciones abdominales como la TAE.

Esta entidad patológica en nuestra institución tiene escasos o inexistentes reportes y es así como algunos cirujanos mencionan sólo uno o dos casos dentro de su experiencia quirúrgica. Con la llegada y el uso del US y la TC la incidencia de la TAE ha cambiado. Tanto el US y la TC han demostrado la autolimitación de la TAE muchas veces diagnosticada como cuadros de diverticulitis.

#### Rererencias

1. Monill-Serra JM, Pérez-Martínez C. Infección intestinal. Enfermedades difusas del tubo digestivo. Cap. 35. Tomo I. En: Radiología Esencial. Del Cura-Rodríguez JL, Pedraza-Gutiérrez S, Gayete-Cara A (eds.). Edit. Médica Panamericana; 2010, p. 491.
2. Corral de la Calle MA, Gierla-Baena E. Patología del peritoneo, del mesenterio y de la pared abdominal. Cap. 43. Tomo I. En: Radiología Esencial. Del Cura-Rodríguez JL, Pedraza-Gutiérrez S, Gayete-Cara A. (eds.). Edit. Médica Panamericana; 2010:599
3. Almeida AT, Melão L, Viamonte B, Cunha R, Pereira JM. Epiploic *appendagitis*: An entity frequently unknown to clinicians-diagnostic imaging, pitfalls, and look-alikes. AJR 2009; 193: 1243-51.
4. Schnedl WJ, Krause R, Wallner-Liebmann SJ, Tafait E, Mangge H, Tillich M. Insights into epiploic *appendagitis*. Primary epiploic *appendagitis* and successful outpatient management. Med Sci Monit 2012; 18(6): CS48-51.

5. Teijo NC, Seoane ER, Álvarez AS, Olcoz GJL. Epiploitis aguda: una causa inusual de abdomen agudo medico. An Med Int (Madrid) 2006; 23(10): 507-8.
6. Danielson K, Chernin MM, Amberg JR, et al. Epiploic appendicitis: CT characteristics. JACT 1986; 10: 142-3.
7. Morillo AJ. I don't speak spanglish - and proudly so. Encuentros en la Biología. Marzo 2006, Año XIV, Número 109 <http://www.encuentros.uma.es/Artículo> reproducido con autorización de la Asociación Colombiana de Radiología, Revista Institucional Imágenes 2005; 11(6): 7-8.
8. Prim IP, Forteza JC, Catá SM, Pernas-Canadell JC, Ballesta-López C. Apendagitis epiploica primaria. Rev Clin Esp 2004; 204: 45-6.
9. Lynn TE, Dockerty MB, Waugh JM. A clinicopathologic study of the epiploic appendages. Surg Gynecol Obstet 1956; 103: 423-33.
10. Motta-Ramírez GA, Rodríguez Treviño C, Paredes-Manjarrez C, Denis-Echavarry J, Valenzuela-Tamirriz J. Infarto focal de grasa intraperitoneal (IFGI) como causa bien conocida y establecida pero inusual de dolor abdominal agudo. Anales de Radiología México 2009; 4: 281-90.
11. Tovar M, Ramírez N, Milano M. Apendicitis epiploica primaria como “la otra apendicitis”: Reporte de un caso. Revista de la Soc Venezolana de Gastroenterología 2010; 64(2): 122-3.
12. Chen JH, Wu CC, Wu PH. Epiploic *appendagitis*: An uncommon and easily misdiagnosed disease. J Digest Dis 2011; 12: 448-52.
13. Morera-Ocón FJ. ¿On time para vetar el empleo del término *appendagitis*? Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2010; 102(8): 513-14.
14. Molla E, Ripolles T, Martínez MJ, Motote V, Rosello-Sastre E. Primary epiploic *appendagitis*: US and CT findings. Eur Radiol 1998; 8: 435-8.
15. Issa IA, Berjaoui MT, Hamdan WS Primary epiploic *appendagitis*: from A to Z. International Medical Case Reports Journal 2010; 3: 67-9.
16. Schnedl WJ, Krause R, Tafait E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann SJ. Insights into epiploic *appendagitis*. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2011; 8: 45-9.
17. Rioux M, Langis P. Primary epiploic *appendagitis*: Clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology 1994; 191: 523-6.
18. Son HJ, Lee S, Lee JH, Kim JS, Kim YH, Rhee PL, et al. Clinical diagnosis of primary epiploic *appendagitis*. Differentiation from acute diverticulitis. J Clin Gastroenterol 2002; 34(4): 435-8.
19. Sand M, Gelos M, Bechara FG, Sand D, Wiese TH, Steintraesser, et al. Epiploic *appendagitis*-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. BMC Surgery 2007; 7: 11.
20. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu HU, 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: 453-8.

