



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**APENDICITIS EPIPLOICA. CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN
AGUDO EN NIÑOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN
DE LA LITERATURA**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA**

PRESENTA:

DR. JOSÉ GOBÉN ARREDONDO VILLANUEVA

TUTORES:

DRA. SARA ALEJANDRA SOLÓRZANO MORALES



INP MÉXICO, D.F.

MÉXICO D.F. 2 DE MAYO DEL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**APENDICITIS EPIPLOICA. CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN
AGUDO EN NIÑOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE
LA LITERATURA**



DR. ALEJANDRO SERRANO SIERRA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE

ESPECIALIZACIÓN PEDIATRÍA



DRA. ROSAURA ROSAS VERGAS

DIRECTORA DE ENSEÑANZA



DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO



DRA. SARA ALEJANDRA SOLÓRZANO MORALES

TUTOR DE TESIS

ÍNDICE

Objetivo.....	4
Introducción.....	4
Caso Clínico.....	5
Conclusiones.....	11
Referencias.....	12

APENDICITIS EPIPLOICA. CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN AGUDO EN NIÑOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

OBJETIVO

Recabar toda la información disponible y actualizada acerca de la apendicitis epiploica, incluyendo sus características clínicas y diagnósticas para establecer criterios y pautas de manejo.

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 iliaca derecha o izquierda, con síntomas gastrointestinales mínimos, que simula un cuadro de abdomen agudo y que 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, que se describen como una masa oval, hiperecoica no compresible y en ocasiones con un halo periférico hipoecoico. Esta masa se adhiere a la pared abdominal anterior, y permanece fija durante la inspiración profunda. Los hallazgos tomográficos se han descrito 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 iliaca derecha de tipo cólico, de intensidad moderada, sin irradiaciones, que aumentaba con el movimiento. Veinticuatro horas antes, el dolor le impedía la ambulación. Fue tratado por un médico con ranitidina y trimebutina, sin mejoría, por lo que acude a esta Institución.

En la exploración física se encontró abdomen globoso debido a abundante pániculo adiposo; blando, depresible, doloroso a la palpación de la fosa iliaca derecha, con signo de rebote positivo. Signos Vitales: Temperatura 36.7°C; Tensión Arterial 110/65 mmHg; Frecuencia Respiratoria 22 rpm; Frecuencia Cardíaca 88 lpm. Biometría hemática: Hemoglobina 14.3, hematocrito 43.7, leucocitos 12800, neutrófilos 68%, linfocitos 25%, monocitos 7, plaquetas 295000. Examen general de orina normal.

Diagnóstico dudoso de probable apendicitis, por lo que se solicita ultrasonido abdominal; se observó una masa ovoidea, ecogénica mal delimitada en el sitio del dolor abdominal en el flanco derecho (Fig. 1). Se realizó una tomografía en fase simple, que mostró un área de estriación grasa con halo hiperdenso y contenido grasa en dirección rostro-caudal en el borde antimesentérico del colon transverso;

el apéndice cecal era largo; de grosor normal, sin datos de proceso inflamatorio. No fue necesaria la tomografía contrastada, ya que la grasa del paciente a nivel del panículo adiposo y del epiplón actuó como medio de contraste natural. (Fig. 2)



Figura 1. Masa ovalada que mide 5 x 2 cm en sus ejes mayores, ubicado en flanco derecho en íntimo contacto con la pared abdominal de aspecto heterogéneo, con centro ecogénico.

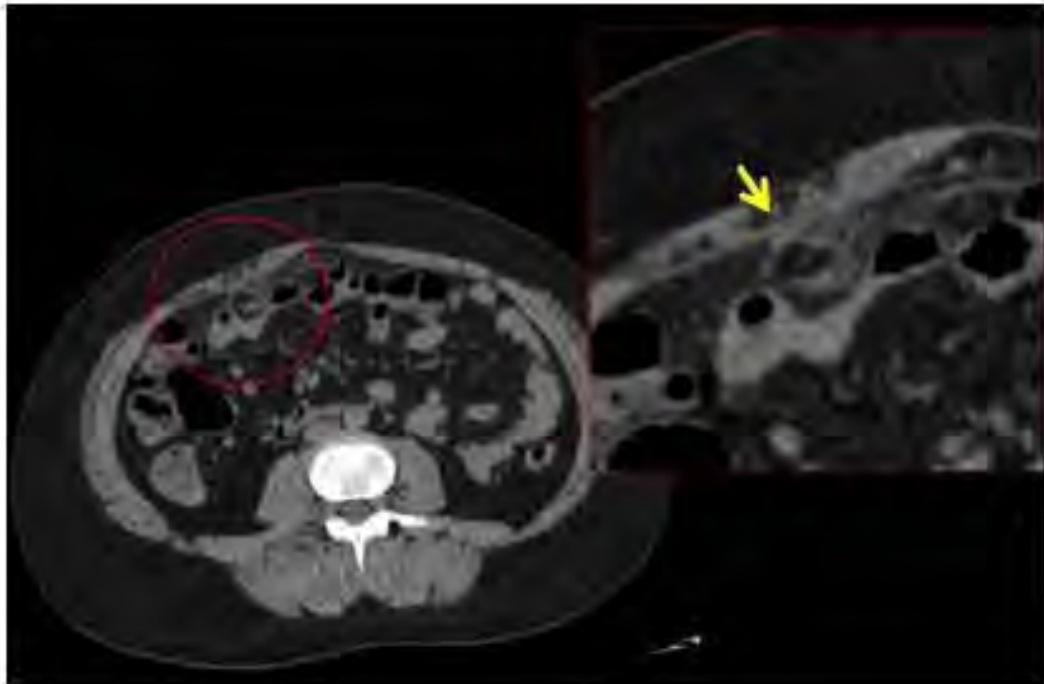


Figura 2. En la tomografía en fase simple se corrobora la presencia de la lesión descrita en el ultrasonido de forma ovoidea, con estriación grasa y halo hiperdenso de contenido graso en el borde antimesentérico del colon transverso. Se observa además engrosamiento focal del peritoneo adyacente a la lesión.

Las posibilidades diagnósticas 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 diagnóstico de apendicitis epiploica, el paciente continuó con abdomen agudo motivo por cual fue intervenido quirúrgicamente

Se realizó laparotomía exploradora; se extrajo la masa de 7 x 5 cm. del epiplón del colon transverso parasagital derecho. Se ligaron vasos epiploicos, se envió la masa a patología. Se realizó apendicectomía profiláctica.

Informe de Patología: El tejido estudiado consta de una estructura de aspecto hemorrágico de 8 x 6 x 2 cm de superficie lobulada. Los cortes 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 inicios de reparación con proliferación fibrovascular. El apéndice cecal no muestra alteraciones. (Figs. 3-7)

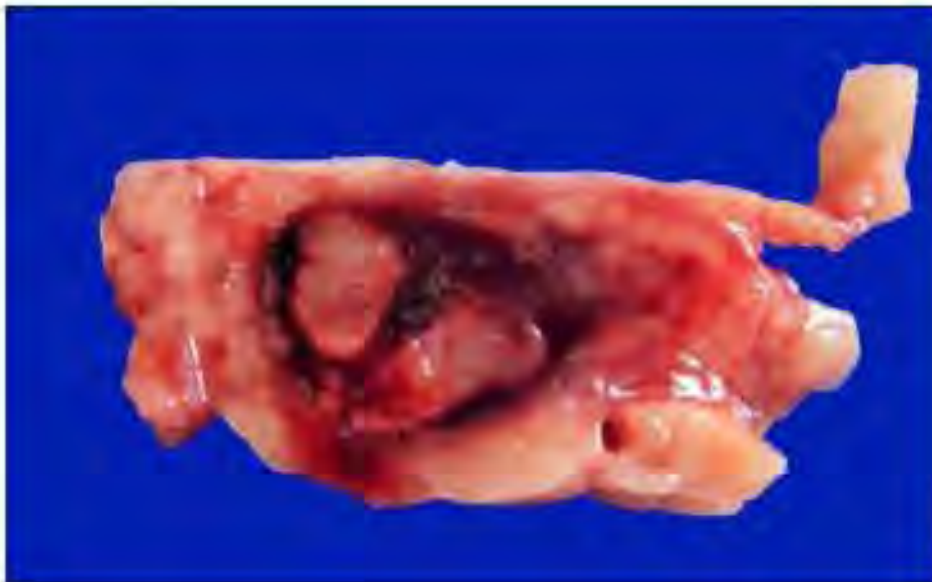


Figura 3. El tejido estudiado consta de una estructura de aspecto hemorrágico de 8 x 6 x 2 cm de superficie lobulada.



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

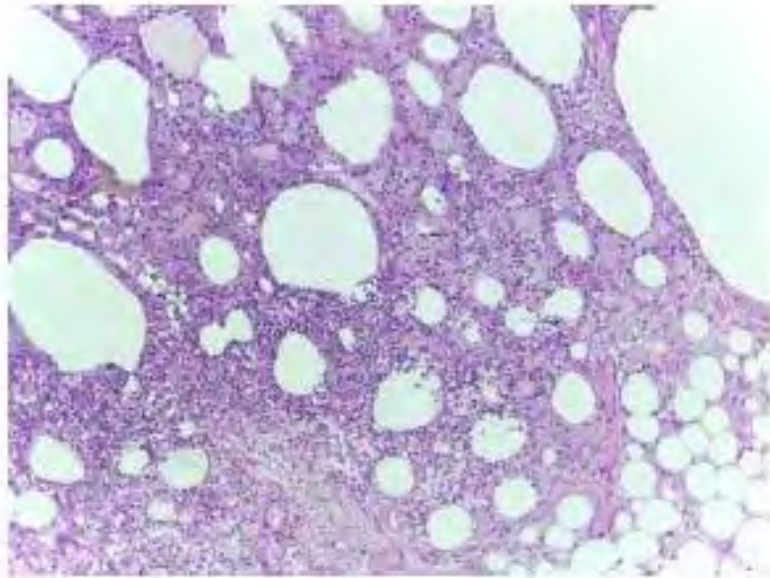


Figura 5. En el tejido inflamado hay numerosos macrófagos de citoplasma espumoso que debido a la fagocitosis del tejido graso necrosado.

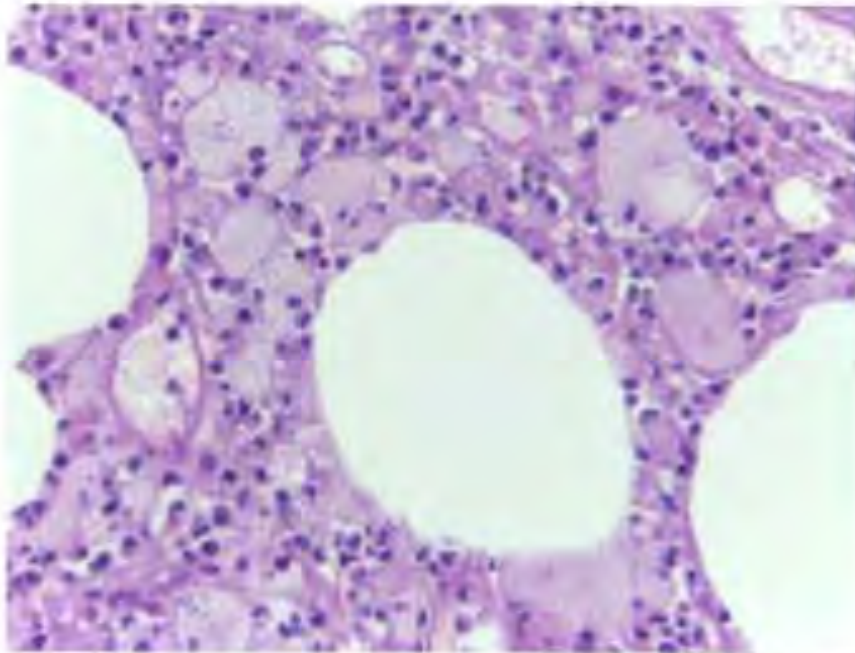


Figura 6. Hay zonas con inicios de reparación con proliferación fibrovascular.

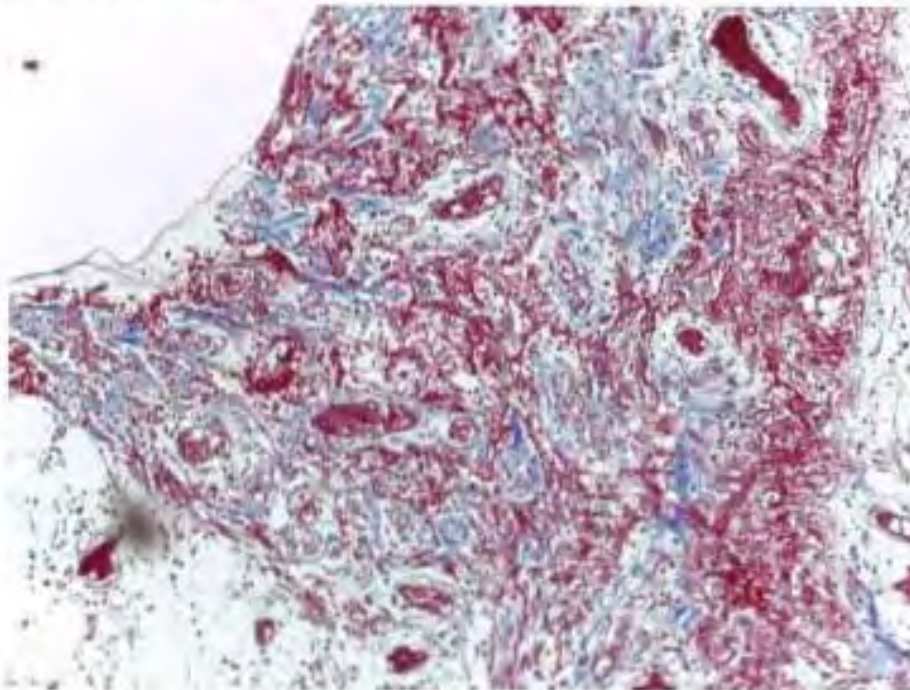


Figura 7. El apéndice cecal no muestra alteraciones.

CONCLUSIONES

Se desconoce la frecuencia de la epiplotis aguda, ya que es probable que muchos casos se autolimiten y pasen inadvertidos o no sean diagnosticados 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 en los cuadrantes abdominales inferiores, más frecuentemente del lado izquierdo y el dolor es del tipo agudo. 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.⁶

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 incluyen infarto omental, mesenteritis esclerosante, paniculitis mesentérica, tumor o metástasis que involucra al mesocolon, apendicitis aguda y diverticulitis aguda. Mientras que en niños sería 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 o deben tenerse en consideración.⁶

En nuestra institución es el segundo caso descrito, por lo que consideramos relevante dar a conocer los hallazgos de imagen que orienten al diagnóstico de apendicitis epiploica en 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 appendagitis 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 Appendagitis: 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.