

**Ciencia Latina**  
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2024,  
Volumen 8, Número 1.

**DOI de la Revista:** [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1)

**EPIPLOITIS ABSCEDADO: COMPLICACIÓN DE  
EPIPLOITIS AGUDA: CAUSA INUSUAL DE  
ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO.  
REVISIÓN DE CASO**

**ABSCEDDED EPIPLOITIS: COMPLICATION OF ACUTE  
EPIPLOITIS: UNUSUAL CAUSE OF ACUTE SURGICAL  
ABDOMEN. CASE REVIEW**

**Dr. Víctor Raúl Luraschi Centurión**  
Investigador Independiente, Paraguay

**Dra. Montserrat Almada Ruiz Diaz**  
Investigador Independiente, Paraguay

**Dra. Roun Kim**  
Investigador Independiente, Paraguay

**Dra. Lia Macarena Theys**  
Investigador Independiente, Paraguay

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v8i1.10067](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10067)

## **Epiploitis Abscedado: Complicación de Epiploitis Aguda: Causa Inusual de Abdomen Agudo Quirúrgico. Revisión de caso**

**Dr. Víctor Raúl Luraschi Centurión<sup>1</sup>**[Luracho@gmail.com](mailto:Luracho@gmail.com)

Hospital General de Luque

Paraguay

**Dra. Roun Kim**[rouni87@hotmail.com](mailto:rouni87@hotmail.com)

Hospital General de Luque

Paraguay

**Dra. Montserrat Almada Ruiz Diaz**[mardmoon2013@gmail.com](mailto:mardmoon2013@gmail.com)

Hospital General de Luque

Paraguay

**Dra. Lia Macarena Theys**[theysliamacarena@hotmail.com](mailto:theysliamacarena@hotmail.com)

Hospital General de Luque

Paraguay

### **RESUMEN**

La Epiploitis Aguda (EA), también conocida como Apendicitis Epiploica, Apendagitis, Epiplopericolitis o Infarto grasa focal intraabdominal se define como un proceso inflamatorio que afecta a los apéndices epiploicos (Fig. 1). Es una causa benigna autolimitada y poco frecuente de Abdomen Agudo, que requiere un alto índice de sospecha. Puede simular múltiples entidades de las principales causas de Abdomen Agudo Quirúrgico.<sup>1</sup> Las complicaciones (raras) incluyen adherencias, absceso local, oclusión intestinal y peritonitis. <sup>2</sup>La TAC (Tomografía Axial Computarizada con o sin contraste) es el método de elección para el diagnóstico. El tratamiento de la EA es conservador, en caso de intervención quirúrgica el tratamiento consiste en la exéresis (por vía laparoscópica o laparotomía) del apéndice epiploico. Presentamos un caso de complicación de epiploitis aguda con Absceso (Epiploitis Abscedado) el cual requirió tratamiento quirúrgico.

**Palabras clave:** epiploitis aguda, apendicitis epiploica, abdomen agudo médico, epiploitis abscedado

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [Luracho@gmail.com](mailto:Luracho@gmail.com)

## **Absceded Epiploitis: Complication of Acute Epiploitis: Unusual Cause of Acute Surgical Abdomen. Case review**

### **ABSTRACT**

Acute epiploic appendagitis (EA), also known as Epiploic Appendicitis, Epiplopericolitis or focal intra-abdominal fat infarction is defined as an inflammatory process that affects the omental appendages. It is a rare, self-limited benign cause of Acute Abdomen, which requires a high index of suspicion. It can simulate multiple entities of the main causes of Surgical Acute Abdomen. Complications (rare) include adhesions, local abscess, intestinal occlusion and peritonitis. CT is the method of choice for diagnosis. The treatment of EA is conservative, in case of surgical intervention the treatment consists on excision (laparoscopic or laparotomy) of the epiploic appendix. We present a case of acute epiploitis complication with Abscess (Abscessed Epiploitis) which required surgical treatment.

**Keywords:** acute epiploitis, epiploic appendicitis, acute medical abdomen, abscessed epiploitis

## INTRODUCCIÓN

### Caso Clínico

Paciente sexo femenino de 58 años acude a Urgencia de Cirugía General por cuadro de 12 horas de evolución de dolor tipo puntada a nivel de hipogastrio, de moderada intensidad que irradia a ambas fosas ilíacas. El cuadro se acompaña náuseas y vómitos en 3 (tres) oportunidades.

Además, sensación febril no graduada y dificultad para miccionar. Niega deposiciones líquidas y otros síntomas. Al examen físico: signos vitales dentro de parámetros normales, sin repercusión sistémica. Al examen abdominal, abdomen distendido, a la palpación poco depresible, doloroso, con defensa y con irritación en todos los cuadrantes, a predominio de hipogastrio. Al tacto vaginal: no se constatan datos positivos y al tacto rectal: FSD no abombado, pero doloroso al tacto. Resto del examen físico sin datos de valor.

Se solicita laboratorios al ingreso, que informa Hb de 12,7 gr/dL, Hto de 36 %, GB 15,700 (88N), plaquetas de 321,000, TP 86%, amilaseemia 34 U/L, creatinina en 0,6 mg/dL y urea 41 mg/dL. Orina simple no patológica.

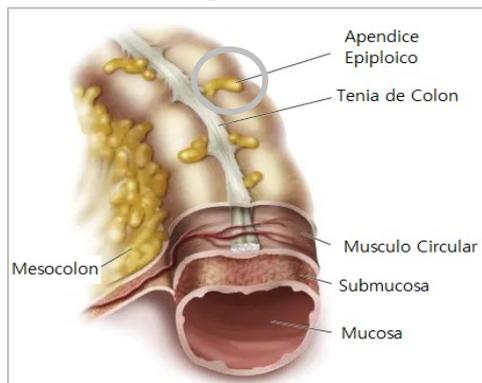
Se realiza FAST al ingreso donde se observa líquido libre en hipogastrio en escasa cantidad. (Fast +)

Se decide cirugía de urgencia por presentar irritación peritoneal al examen físico, con un diagnóstico presuntivo de peritonitis generalizada de origen a filiar.

Hallazgo quirúrgico: Se realiza laparotomía mediana. Se constata líquido de aspecto purulento de 200cc aproximadamente en hipogastrio. Masa de 5 x 6cm a nivel de apéndice epiploico de sigmoides, con salida de secreción purulenta que está firmemente adherida a mesocolon y sigmoides sin comunicación con la luz del mismo. (Fig.1) Maniobra de gomer: Negativa. Los demás apéndices epiploicos engrosados. Apéndice cecal de característica congestiva.

Se procede a la resección de la tumoración con Ligasure®, Apendicectomía, toma de muestra de la secreción para estudio de cultivo, lavado de cavidad con suero fisiológico al 0,9% y aspirado.

**Figura 1.** Apéndice Epiploico. Son prolongaciones peritoneales que contienen vasos y grasa. Se localizan en la superficie serosa de colon, desde el ciego hasta la unión recto-sigmoidea.



## DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

Apendicitis Epiploica (AE), también llamada como Apendagitis epiploica, Epiploitis Aguda o Hemorrágica, Epiplopericolitis, infarto graso focal intraabdominal, se define como un proceso inflamatorio que afecta los apéndices epiploicos.

Los apéndices epiploicos (**Fig. 2**), son formaciones de grasa pediculares y móviles, de 0,5 – 5cm de longitud, rodeada por peritoneo visceral y ancladas a dos cintas longitudinales (anterior y posterior) que discurren desde el ciego hasta el sigma, que son 50-150 en total, más frecuentes y mayores en el colon izquierdo. Poseen una vascularización terminal, 1-2 arteriolas y 1 vénula) y su función no ha sido aún esclarecida.<sup>3</sup>

**Figura. 2.** Pieza Quirúrgica. Masa de 5 x 6cm aprox. a nivel de apéndice epiploico del sigmoides que está firmemente adherido a mesocolon y sigmoides, compatible con Epiploitis Abscedada. (Flecha: Perforación de Absceso)



La primera descripción clínica del cuadro fue descrita en el año 1904, por *Tomellini* y en el año 1986 por *Danielson* sus características tomografías.<sup>4,5</sup>

AE representa una causa poco frecuente de abdomen agudo, con una prevalencia estimada de 2-8% de todos los pacientes con sospecha clínica de diverticulitis aguda. Suele presentarse en varones (70-85%) en la 4ta – 5ta década de la vida. Puede ser:

**Primaria:** Se describe dos mecanismos fisiopatológicos:

- Torsión del pedículo a lo largo de su eje longitudinal
- Trombosis venosa espontánea

**Secundaria:**

- Inflamación de órganos adyacentes (diverticulitis, apendicitis, colecistitis, pancreatitis, salpingitis, etc.)

Ambos mecanismos implican una alteración de la circulación intraapendicular con infarto del apéndice y necrosis grasa, con posibilidad de convertirse en una masa calcificada o fibrótica residual. Entre los factores de riesgo de AE, destacan, obesidad, pérdida brusca de peso, ejercicio físico intenso, etc.

El cuadro clínico típico es dolor abdominal inespecífico, brusco, continuo e intenso, de menos de una semana de evolución, localizado en el cuadrante inferior izquierdo en la mayoría de los casos que no irradia (puede modificarse con los cambios posturales), con posibilidad de defensa abdominal al examen físico. En 10-30% de los casos se presenta una masa palpable. Típicamente, permanece afebril (fiebre en el 3-15%) y no presenta leucocitosis. Puede o no acompañarse náuseas, vómitos, anorexia y/o alteraciones del ritmo deposicional.

Los estudios de laboratorio, la radiografía simple de abdomen y Ecografía son inespecíficos. La tomografía computarizada es el método de elección para el diagnóstico. Sin embargo, la mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza durante el acto quirúrgico. <sup>6,7</sup>

**Las características ecografías son:**

- Masa oval hiperecoica, lobulada, no compresible, rodeada por un anillo periférico hipoeicoico (60% de los casos), con aumento de ecogenicidad de la grasa circundante y ausencia de flujo central por Eco-doppler. <sup>2,8</sup>
- Masa oval hipodensa pediculada <5cm, en situación anterior o anterolateral al colon. (colon descendente-sigma en el 60-90%), con centro o líneas centrales hiperdensas, rodeada de una anillo

periférico hiperdenso (signo del anillo) y en relación con infiltración de la grasa circundante y engrosamiento del peritoneo parietal vecino.<sup>2,4,8</sup>

Tomografía computarizada, es la prueba más sensible, pero solo se presentan en 50% de los pacientes aproximadamente. (Fig. 3)

**Fig. 3.** TAC Abdomen y pelvis con doble contraste. Se observa alteración de la grasa adyacente al colon descendente.<sup>9</sup>



Estos hallazgos desaparecen progresivamente, con la resolución del cuadro a los 6 meses aprox.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están: diverticulitis aguda, apendicitis aguda, infarto omental, mesenteritis esclerosante, etc.

La AE primaria es una enfermedad autolimitada, con resolución espontánea de los síntomas en menos de 2 semanas.

Las complicaciones (raras) descritas en la literatura incluyen, adherencias, absceso local, oclusión intestinal y peritonitis.

Habitualmente el tratamiento es 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.

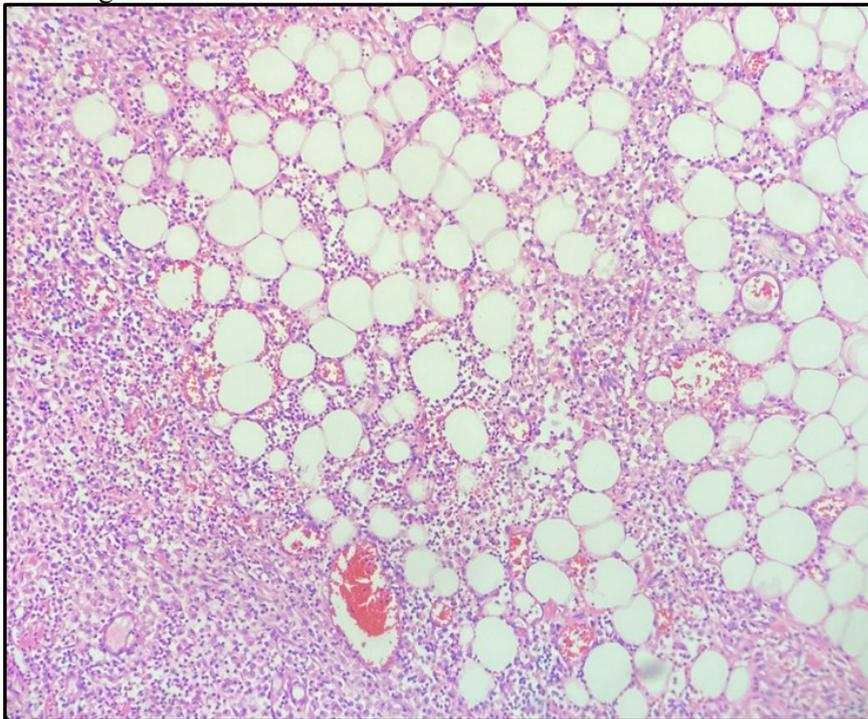
Los antibiótico no están indicados de forma sistemática. La literatura confirma buena evolución clínica mediante manejo conservador con una eficacia de 98 -100%. En caso de intervención quirúrgica, el tratamiento consiste en la exéresis (laparoscópica o por laparotomía) del apéndice epiploico.

En nuestro paciente se procedió a realizar laparotomía por presentar cuadro dudoso de abdomen agudo quirúrgico, donde se realizó resección del mismo, con el retorno de los informes de anatomía patológica y cultivo de la secreción de cavidad.

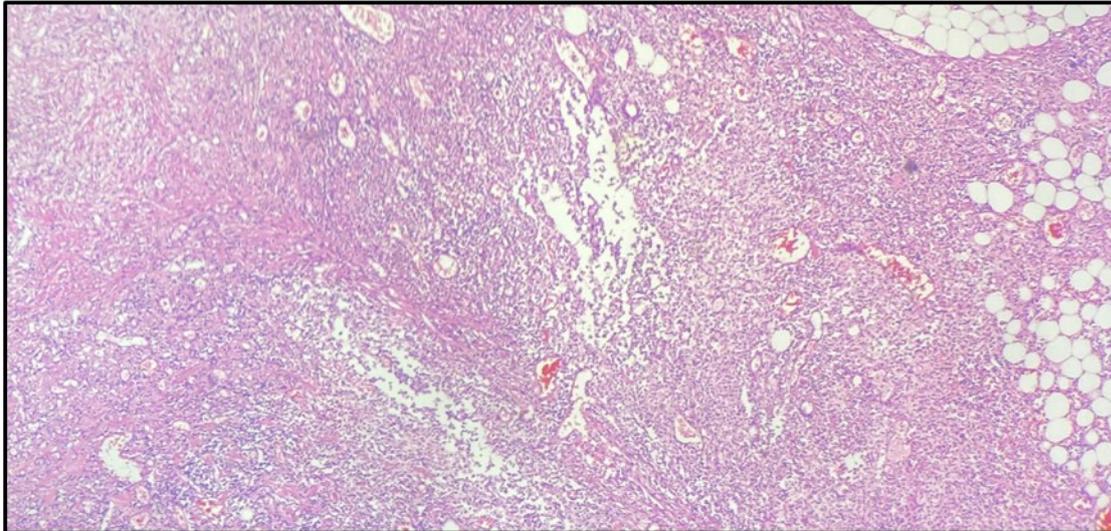
- **Informe de Anatomía Patológica.** Fragmentos de epiplón con severo infiltrado inflamatorio agudo y crónico, con áreas de abscedificación. Se nota fibroblastos y mesotelio con cambios reactivos. Así como marcada vasocongestión y áreas de hemorragia reciente. No se observa proceso neoplásico maligno. (Fig. 4,5,6)
- **Retorno de resultado de Cultivo de la secreción de la cavidad abdominal.** Se aísla *Escherichia coli*. Sensible a *amplicilina-sulbactam*, *ceftazidima*, *cefepima*, *imipenem*, *amicacina* y Resistente a *Ciprofloxacina*.

La paciente recibió amoxicilina-sulbactam durante su internación y fue dada de alta en buenas condiciones.

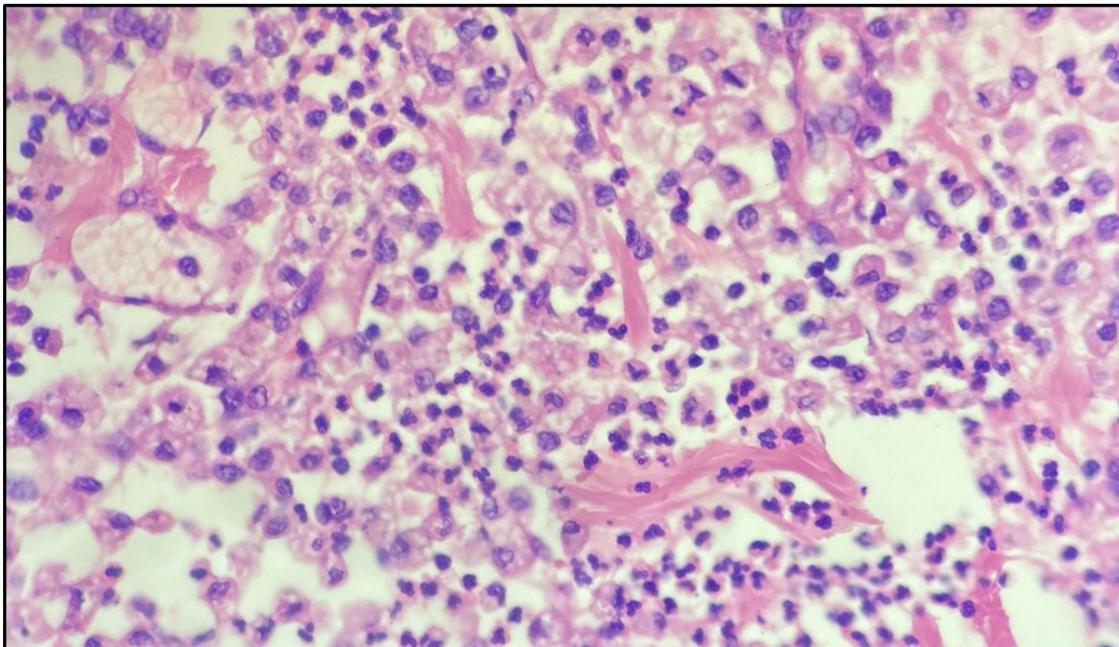
**Figura 4.** Tejido Adiposo (Epiplón) con marcado infiltrado inflamatorio agudo y crónico así como vasocongestión.



**Figura 5.** Áreas de Abscedificación.



**Figura 6.** Se observa numerosos neutrófilos e histiocitos espumosos.



## CONCLUSIÓN

La apendicitis epiploica es una enfermedad relativamente infrecuente dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo. La sospecha clínica y los estudios de imagen pueden evitar errores diagnósticos y terapéuticos innecesarios. Generalmente el manejo es conservador, que es eficaz en la mayoría de los casos. El tratamiento quirúrgico se reserva para los casos complicados, mala evolución o casos dudosos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Breda Vriesman AC, Lohle PN, Coerkamp EG, Puylaert JB. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol* 1999; 9: 1886-1892.

2. M. Sand, M. Gelos, F.G. Bechara, D. Sand, T.H. Wiese, L. Steintraesser, *et al.* Epiploic appendagitis-clinical characteristics of an uncommon surgical diagnosis. *BMC Surgery*, 7 (2007), pp. 11
3. Dr. Zoilo Madrazo González Arantxa García Barrasa a, Richard Mast Vilaseca, Enric Fernández Alsina , Antoni Rafecas Renau. *Cirugia Española. España. Apendicitis epiploica.* 2009
4. F.J. De Castro, J.A. Santos, P. García, J.C. Díez. Epiploic appendicitis. *Rev Esp Enferm Dig*, 98 (2006), pp. 140-142
5. A.K. Singh, D.A. Gervais, P.F. Hahn, P. Sagar, P.R. Mueller, R.A. Novelline. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics*, 25 (2005), pp. 1521-1534
6. Vipul G., Kumar S. Appendicitis epiploicae: An usual cause of acute abdomen in children. *Pediatr Neonat Surg.* 2008; 13 (2): 83-5.
7. Hollerweger A, Macheiner P, Hubner E, Rettenbacher T, Gritzmann N. Epiploic appendangitis: Sonographic findings in 28 cases. *Ultraschall Med.* 2002, 23 (8): 239-44.
8. M. Rioux, P. Langis. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. *Radiology*, 191 (1994), pp. 523-526
9. Elsevier. Zoilo Madrazo González. Arantxa García Barrasa, Richard Mast Vilaseca, Enric Fernández Alsina, Antoni Rafecas Renau. Barcelona, España. Apendicitis epiploica. Vol. 86. Issue 6. Pages 383-385. December 2009.