

APENDAGITIS EPIPLOICA: UNA CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

EPIPLOIC APPENDAGITIS: AN UNUSUAL CAUSE OF ACUTE ABDOMINAL PAIN

Glency Lara Fuentes¹, Juan David Jaimes Jaramillo²

Recibido: 15 de Noviembre de 2025.

Aprobado: 15 de Diciembre de 2025

RESUMEN

Objetivo: Describir un caso clínico de apendicitis epiploica como causa poco frecuente de dolor abdominal agudo, destacando su diagnóstico diferencial, manejo y clasificación con la literatura científica. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes médicos de importancia, que presentó dolor abdominal de cuatro días de evolución localizado en mesogastrio e hipogastrio, con migración a fosa ilíaca izquierda, sin fiebre ni vómitos. La ecografía abdominal mostró signos inflamatorios compatibles con apendicitis aguda, por lo que fue llevado a cirugía. Durante la laparotomía se encontró un apéndice epiploico necrótico en colon sigmoide, el cual fue resecado junto con el apéndice cecal. **Evolución postoperatoria favorable.** **Resultados:** El examen histopatológico confirmó necrosis isquémica y proceso inflamatorio agudo del apéndice epiploico, así como cambios congestivos en el apéndice cecal. **Conclusiones:** La apendicitis epiploica es una entidad poco frecuente que puede simular un abdomen agudo quirúrgico. El reconocimiento clínico e imagenológico oportuno evita procedimientos innecesarios y favorece el manejo conservador.

Palabras clave: Dolor abdominal, apéndice epiploico, apendagitis epiploica, necrosis aséptica.

ABSTRACT

Objective: To describe a clinical case of epiploic appendagitis as a rare cause of acute abdominal pain, highlighting its differential diagnosis, management, and classification with the scientific literature. **Case presentation:** A 32-year-old male patient with no significant medical history presented with four-day history of abdominal pain located in the mesogastrium and hypogastrium, migrating to the left iliac fossa, with no fever or vomiting. Abdominal ultrasound showed inflammatory signs compatible with acute appendicitis, which is why the patient was taken to surgery. During laparotomy, a necrotic epiploic appendix was found in the sigmoid colon, which was resected along with the cecal appendix.

Cómo citar este artículo: Lara Fuentes G, Jaimes Jaramillo JD. Apendagitis epiploica: una causa inusual de dolor abdominal agudo, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(1):60-68. Enero 2026, ISSN 2981-5800



Favorable postoperative outcome. Results: Histopathological examination confirmed ischemic necrosis and acute inflammatory process of the epiploic appendix, as well as congestive changes in the cecal appendix. Conclusions: Epiploic appendagitis is a rare entity that can mimic acute surgical abdomen. Timely clinical and imaging recognition avoids unnecessary procedures and favors conservative management.

Key words: Abdominal pain, epiploic appendix, epiploic appendagitis, aseptic necrosis.

Introducción:

El dolor abdominal es sin lugar a duda, una de las causas más frecuentes de la consulta de urgencias, estos cuadros los podemos dividir según su necesidad de intervención quirúrgica para la resolución del cuadro evitando posibles complicaciones o, por el contrario, un manejo farmacológico exclusivamente.

Si bien la etiología de estos cuadros abarcan un amplio abanico de posibilidades, el conocimiento anatómico, fisiopatológico y semiológico ayudan al médico tratante para descifrar su etiología y el paso a seguir; sin embargo, en algunos casos este motivo de consulta sigue siendo un reto diagnóstico, requiriendo imágenes avanzadas, las cuales no siempre están disponibles en todos los sitios de práctica médica o incluso, dichas imágenes ante ojos no experimentados pueden generar más dudas que respuestas.

Ante estas situaciones el papel de la exploración de la cavidad abdominal directa bien sea mediante laparotomía o laparoscopia según la experticia del cirujano y los equipos disponibles sigue siendo una opción fiable para descifrar la causa del dolor abdominal, encontrando incluso sorpresas en la exploración de la cavidad, encontrando hallazgos poco comunes en la práctica clínica.

Una de las causas de dolor abdominal que fácilmente pueden mimetizarse con diferentes cuadros clínicos es la inflamación de los apéndices epiploicos, la inflamación de estas estructuras recibe en la literatura nombres variados, como Apendagitis epiploica, apendicitis epiploica o epiploitis, las cuales dependiendo de su causa se puede dividir en primaria y secundaria.

Al hablar de la apendagitis primaria nos referimos a un proceso local aislado causado bien por la trombosis del drenaje venoso o bien por la torsión del pedículo, causando ectasia vascular con posterior inflamación y finalmente necrosis aséptica local (1, 2).

En cuanto a la apendagitis secundaria es un proceso causado por la contigüidad a un proceso inflamatorio de un sector adyacente, el cual puede presentarse debido a un amplio número de patologías abdominales y pélvicas, siendo las más comunes diverticulitis, apendicitis, pancreatitis, ileítis de Crohn o adherencias quirúrgicas (2). Dada la amplia distribución de estas estructuras en la cavidad abdominal, puede simular diferentes cuadros clínicos tanto abdominales como pélvicos, simulando incluso dolores abdominales agudos de carácter quirúrgico que requieren una intervención de urgencia.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente masculino de 32 años de edad sin antecedentes patológicos o quirúrgicos de importancia, el cual presentaba un cuadro clínico de 4 días de dolor abdominal de carácter insidioso en mesogastrio e hipogastrio con posterior migración hacia la fosa iliaca izquierda, asociado a malestar general, sin presencia de picos febriles o episodios eméticos; dada la persistencia de dicho cuadro clínico consulta de forma particular por consulta externa, donde solicitan la realización de carácter urgente de ecografía abdominal total, la cual reporta apéndice cecal localizada en hipogastrio como variante anatómica con signos inflamatorios asociado a líquido libre, dado lo anterior paciente consulta a urgencias del hospital san juan de dios de pamplona, donde con reporte de ecografía antes mencionado deciden solicitar de forma urgente la valoración por parte del servicio de cirugía general con toma de hemograma y tiempos de coagulación.

A la valoración por parte de cirujana de turno se encuentra paciente en regulares condiciones generales, con estabilidad hemodinámica, sin signos de deshidratación, con abdomen blando depresible, ruidos intestinales presentes de intensidad normal, con presencia de dolor intenso localizado en fosa iliaca izquierda, con defensa involuntaria, sin signo de rebote u otros signos asociados, sin masas palpables; los paraclínicos previamente solicitados reportaban cuadro hemático con leucocitos dentro de la normalidad, sin neutrofilia, sin alteraciones en línea roja o plaquetaria, tiempos de coagulación dentro de límites; dado lo anterior en conjunto con reporte

ecográfico se decide llevar a quirófano de forma urgente ante la sospecha de apendicitis aguda para su resolución quirúrgica mediante apendicectomía vía laparotómica.

Dada la descripción ecográfica de variante anatómica se decide entrar a cavidad abdominal mediante incisión laparotomía media infraumbilical disecando por planos, realizando evaluación de asas intestinales, encontrándose en el colon sigmoides un apéndice epiploico de aproximadamente 4 cm x 2 cm x 1 cm, de color violáceo oscuro, por lo tanto con signos macroscópicos de necrosis local adherido a pared abdominal ; ante dicho hallazgo se realiza liberación de adherencia a pared abdominal con posterior exéresis del mismo con ayuda de electrocauterio logrando su extracción completa con márgenes de seguridad, posteriormente se continúa con la evaluación de asas intestinales hasta el ciego, localizado posteriormente el apéndice cecal en posición subcecal con signos de hiperemia y congestión local, por lo cual se decide su extracción bajo técnica habitual ligando mesoapéndice con la posterior ligadura en la base apendicular para su posterior extracción, realizando electrofulguración de muñón y ligadura en jareta logrando invaginación de la base; posteriormente se realiza lavado y secado de cavidad comprobando hemostasia, se cierra por planos, terminando procedimiento sin complicaciones, enviando material extraído a evaluación por parte del servicio de patología.

Posterior al procedimiento paciente permanece internado dos días en hospitalización para vigilancia postoperatoria, antibioticoterapia con

Cómo citar este artículo: Lara Fuentes G, Jaimes Jaramillo JD. Apendagitis epiploica: una causa inusual de dolor abdominal agudo, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(1):60-68. Enero 2026, ISSN 2981-5800



ampicilina, dada la buena evolución post quirúrgica de paciente se decide su egreso con antibioticoterapia oral, analgesia, reposo, recomendaciones generales, retiro de puntos en 12 días, control postquirúrgico en dos semanas con reporte de patología. el control postquirúrgico se realizó 21 días después de intervención quirúrgica, encontrando a paciente en buen estado general, sin alteraciones del tracto gastrointestinal, dolor o molestias locales, el reporte de patología con el análisis de las dos piezas quirúrgicas reportaba apéndice cecal provista de meso con medidas de 7 cm x 1 cm x 1 cm de superficie lisa, color pardo a expensas de áreas congestivas, al corte con luz dilatada y ocupada por materia fecal, a la observación microscópica se encontró infiltrado polimorfonuclear permeando la mucosa con folículos linfoides hiperplásicos y vasocongestión; por otra parte el apéndice epiploico se encontró a la observación macroscópica con formación irregular de tejido color violáceo de medidas 3.7 cm x 2 cm x 1 cm, encontrándose en cortes seriados color homogéneo en su superficie interna, a la observación microscópica se encontró tejido adiposo con severo infiltrado agudo con necrosis isquémica, infiltrado de fibrina, hematíes y proliferación de fibroblastos.

Discusión

Los apéndices epiploicos son estructuras adiposas pediculadas recubiertas por peritoneo que se localiza a lo largo del intestino grueso recubriendo el mismo desde el ciego hasta la unión rectosigmoidea, encontrándose normalmente en un número variable de entre 50 a 100 de estas estructuras con un tamaño variable ,(3), discurrendo por dos

de las tres tenías del intestino grueso, la tenía libera y tenía omental ;dichas estructuras a su vez están irrigados por ramas terminales de las arterias colónicas, contando con una única vena central (la cual condiciona su susceptibilidad a la torsión e infarto), adicionalmente poseen en la base del pedículo un ganglio linfático responsable del rico drenaje linfático de estas estructuras (1); si bien son estructuras ampliamente caracterizadas en cuanto a su morfología, su función sigue siendo desconocida en la actualidad.

La mayoría de las pacientes que presenta esta enfermedad se encuentran entre la cuarta y quinta década de vida (1), siendo los principales afectados personas del sexo masculino de aproximadamente 40 años (1,4), siendo cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres (4). Los principales factores de riesgo encontrados son los pacientes obesos con aumento de la cantidad de tejido adiposo abdominal (5).

Si bien en la mayoría de los casos el dolor se caracteriza por un inicio agudo y continuo, siendo frecuente que los pacientes puedan delimitarlo a una zona en específico “con la punta de un dedo” (6), mayormente sobre la fosa iliaca izquierda, seguido de la fosa iliaca derecha, de forma rara se han descrito casos en otras áreas del abdomen (7), presentando una masa palpable entre el 10%-30% de los pacientes(1,4,6) .Dado el carácter local del proceso, es infrecuente la aparición de síntomas sistémicos o anomalías en los estudios de laboratorio, siendo infrecuente la leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda (1-4,6).

Cómo citar este artículo: Lara Fuentes G, Jaimes Jaramillo JD. Apendagitis epiploica: una causa inusual de dolor abdominal agudo, Revista Ciencias Básicas En Salud, 4(1):60-68. Enero 2026, ISSN 2981-5800



Dado la falta de pruebas imagenológicas en tiempos pasados, el diagnóstico de esta patología era principalmente intraoperatorio secundario a una intervención laparotómica bajo la cual se obtiene una visualización directa del apéndice omental afectado, las pruebas imagenológicas como la ecografía abdominal y la tomografía abdominal se han vuelto las principales formas de diagnóstico en la actualidad; a nivel ecográfico efecto de masa oval no compresible e hiperecoica adherida a la pared del colon, con halo perilesional sin vascularización al flujo doppler (3,4,5); mientras que en la tomografía se encuentra una lesión ovalada con atenuación de tejido graso rodeada por un anillo de hipoatenuación, con frecuencia se visualiza una región central de alta atenuación que indica trombosis venosa (8) en ausencia de otros procesos agudos clásicos como la apendicitis o diverticulitis.

La importancia de las pruebas imagenológicas radica en disminuir dichas intervenciones quirúrgicas, ya que, en su causa primaria, esta entidad presenta un carácter benigno y autolimitado, dada la presencia de una necrosis grasa aséptica, el tratamiento antibiótico no tiene una indicación primaria, siendo el tratamiento principal la analgesia con analgésicos no esteroideos (AINES) (1-4), logrando la auto resolución del cuadro por completo en un periodo de entre una a dos semanas.

En un estudio realizado por Jui-Hao Chen y compañía (9) entre enero de 2006 a octubre de 2009 en el Hospital Memorial Shin Kong Wu Ho-Su el cual tuvo como objetivo revisar y describir la presentación clínica y los hallazgos tomográficos (TC) de la apendicitis epiploica, el estudio conto

con 21 pacientes con dicho diagnóstico mediante TAC, de igual forma se registró la información sociodemográfica de estos pacientes, encontrando que el 81% de estos pacientes localizaban el dolor en el cuadrante inferior izquierdo, la mayoría de los pacientes no contaban con anomalías en la línea blanca celular, sin embargo se encontró una desviación a la izquierda en 6 pacientes sin presencia de fiebre, solo 5 pacientes presentaron síntomas gastrointestinales como náuseas, diarrea o vómito; 15 de los pacientes eran de sexo masculino, con una edad media de 40 años, a nivel tomográfico se encontraron que los apéndices epiploicos responsables del cuadro se encontraban en el colon descendente en 18 pacientes, dos en el colon ascendente y uno en el colon sigmoide, la presentación clínica del cuadro duro entre 3 a 7 días.

En el estudio realizado por P de Brito y compañía (10) en el CHRU de Tours en el cual se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas entre 2000 y 2002 en el cual se revisaron 902 pacientes mayores de 16 años a quienes se le realizaron TAC por dolor abdominal, el 55,9% de estos pacientes eran mujeres con una edad promedio de 60,8 años, encontrando que un total de 1,3% de los pacientes presentaba como causa del dolor abdominal apendicitis epiploica primaria; en la revisión bibliográfica realizada encontraron que el curso de la enfermedad era similar al descrito en la literatura, sin embargo encontraron un aumento en los niveles de proteína C reactiva no descrito previamente.

En una revisión realizada por Ozdemir, S y compañía (11) recolectando de forma retrospectiva historias clínicas de 12

pacientes diagnosticados con apendicitis epiploica, provenientes de dos centros médicos de Turquía entre Abril del 2002 y Septiembre del 2008 encontró que el 70% de los pacientes consultaron por dolor en cuadrante inferior izquierdo, la mayoría sin asociarse a otro tipo de síntomas como anorexia, emesis, diarrea, síntomas constitucionales, sin encontrarse datos relevantes al examen físico (Salvo por el útero grávido en una paciente), en 4 de estos pacientes se encontró leucocitosis; cinco de estos pacientes se les realizaron intervenciones quirúrgicas para determinar la causa del dolor abdominal, registrando un paciente donde el apéndice epiploico en la región sigmoidea se encontraba gangrenado y adicionalmente se encontró proceso inflamatorio apendicular agudo; en otro paciente se documentó la formación de un absceso pélvico y parietocólico como causa de la apendicitis epiploica.

En el estudio realizado por Vázquez, Graciela y compañía (12) de carácter retrospectivo entre abril del 2007 a julio del 2013 en el sistema del Hospital Alemán de Buenos Aires, donde se incluyeron 73 casos de Apendicitis Epiploica primaria, de estos pacientes el 89% consultó por dolor en fosa iliaca izquierda, 8% por dolor en fosa iliaca derecha, el restante se encontraba en otras localizaciones, 26 de estos pacientes presentaban IMC mayor a 25; del total de los pacientes, 53 contaban con estudios de laboratorio, encontrando leucocitosis en 14 de estos pacientes. Del total de pacientes, 67 respondieron favorablemente al tratamiento ambulatorio con AINES, dos pacientes requirieron opiáceos ambulatorios, dos pacientes requirieron tratamiento analgésico

intrahospitalario y dos requirieron cirugía laparoscópica.

Conclusión

Es importante reconocer los diferentes cuadros de abdomen agudo y sus diferentes etiologías para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias, ya que aunque raras en algunos casos, son patologías que debemos tener en cuenta a la hora de evaluar nuestros pacientes, de igual forma ante dudas diagnósticas, el uso de imágenes como tomografía abdominopélvica o ecografía son útiles para direccionar nuestras sospechas clínicas siempre que el profesional que realice su lectura esté entrenado en la materia y sepa distinguir los diferentes hallazgos de entre la amplia gama de posibles etiologías.

Bibliografía

1. Mert A, Mircik E. Primary Epiploic Appendagitis: A Case Report. Cureus. 2021 Mar 23;13(3):e14060. doi: 10.7759/cureus.14060. PMID: 33898143; PMCID: PMC8059666.
2. Yang L, Jia M, Han P. Primary epiploic appendagitis as an unusual cause of acute abdominal pain in a middle-aged male: A case report. Medicine (Baltimore). 2019 Aug;98(33):e16846. doi: 10.1097/MD.00000000000016846. PMID: 31415410; PMCID: PMC6831169.
3. Patel M, Haider I, Cheung A. Primary Epiploic Appendagitis: A Mimicker of Abdominal Pain. Clin Med Res. 2023 Sep;21(3):159-162. doi: 10.3121/cmr.2023.1837. PMID: 37985168; PMCID: PMC10659129.
4. El-Sawaf Y, Alzayani S, Saeed NK, Bediwy AS, Elbeltagi R, Al-Roomi K, Al-

- Beltagi M. Epiploic appendagitis: An overlooked cause of acute abdominal pain. *World J Gastroenterol*. 2025 Aug 28;31(32):109897. doi: 10.3748/wjg.v31.i32.109897. PMID: 40900773; PMCID: PMC12400226.
5. Nugent JP, Ouellette HA, O'Leary DP, Khosa F, Nicolaou S, McLaughlin PD. Epiploic appendagitis: 7-year experience and relationship with visceral obesity. *Abdom Radiol (NY)*. 2018 Jul;43(7):1552-1557. doi: 10.1007/s00261-017-1355-5. PMID: 29043404.
6. Rodríguez Gandía MA, Moreira Vicente V, Gallego Rivera I, Rivero Fernández M, Garrido Gómez E. Apendicitis epiploica: la otra apendicitis [Epiploic appendicitis: the other appendicitis]. *Gastroenterol Hepatol*. 2008 Feb;31(2):98-103. Spanish. doi: 10.1157/13116074. PMID: 18279648.
7. Vázquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemos S, Perret MC, Catalano HN. Apendagitis epiploica primaria. Clínica y evolución de 73 casos [Primary epiploic appendagitis: clinical features in 73 cases]. *Medicina (B Aires)*. 2014;74(6):448-50. Spanish. PMID: 25555004.
8. Patel H, Abdelbaki A, Steenbergen P, Chanana C, Li S. Know the name: acute epiploic appendagitis-CT findings and review of literature. *AME Case Rep*. 2018 Mar 7;2:8. doi: 10.21037/acr.2018.02.02. PMID: 30264004; PMCID: PMC6155571.
9. Chen JH, Wu CC, Wu PH. Epiploic appendagitis: an uncommon and easily misdiagnosed disease. *J Dig Dis*. 2011 Dec;12(6):448-52. doi: 10.1111/j.1751-2980.2011.00543.x. PMID: 22118694.
10. de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. Fréquence et épidémiologie descriptive de l'appendicite épiploïque primitive par l'exploration tomodensitométrique des douleurs abdominales de l'adulte [Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain]. *J Radiol*. 2008 Feb;89(2):235-43. French. doi: 10.1016/s0221-0363(08)70399-8. PMID: 18354354.
11. Ozdemir S, Gulpinar K, Leventoglu S, Uslu HY, Turkoz E, Ozcay N, Korkmaz A. Torsion of the primary epiploic appendagitis: a case series and review of the literature. *Am J Surg*. 2010 Apr;199(4):453-8. doi: 10.1016/j.amjsurg.2009.02.004. Epub 2009 Jun 11. PMID: 19520357.
12. Vázquez GM, Manzotti ME, Alessandrini G, Lemos S, Perret MC, Catalano HN. Apendagitis epiploica primaria. Clínica y evolución de 73 casos [Primary epiploic appendagitis: clinical features in 73 cases]. *Medicina (B Aires)*. 2014;74(6):448-50. Spanish. PMID: 25555004.

¹ Cirujana general , Hospital San Juan de Dios de Pamplona. <https://orcid.org/0009-0009-0435-5013>

² Medico Interno, Hospital San Juan de Dios de Pamplona. <https://orcid.org/0009-0001-2524-6205>, juanjaimesjaramillo@gmail.com

