

CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL, NO TODO ES APENDICITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Torre Francisco, R. Medina Castillo, L. Perriñez Vázquez, J. Heras Sánchez, E. Aguado Roncero, P. Pérez Tejerizo, G.

CASO CLÍNICO:

Niño de 12 años traído a Urgencias por **dolor abdominal en FID** de 8 horas de evolución. Dolor continuo, no irradiado, sin clínica acompañante. A la EF presenta: Peso 60Kg (p50-75), afectación del estado general por dolor. Palidez cutánea. Dolor generalizado a la palpación abdominal con defensa en FID, sin palparse masas ni megalias. Blumberg positivo. Resto de EF sin hallazgos.

Pruebas complementarias:

- Análítica sangre: no elevación de parámetros inflamatorios, hemograma y bioquímica normales.
- Ecografía abdominal (Imagen 1)

Se decide ingreso hospitalario a dieta absoluta para observación clínica.

Nuevas pruebas complementarias:

- Ecografía abdominal: similar a la previa.
- TAC abdomino-pélvico: **confirma apendicitis epiploica/infarto omental en peritoneo anterior derecho.** (Imagen 2 y 3)

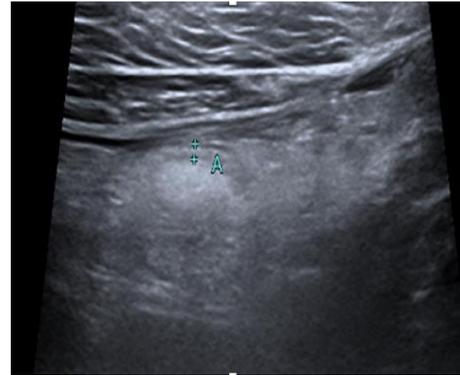


Imagen 1: Masa ovalada e hiperecogénica paraumbilical derecha. Ausencia de flujo central doppler color. Acúmulo de líquido libre en relación con actividad inflamatoria.

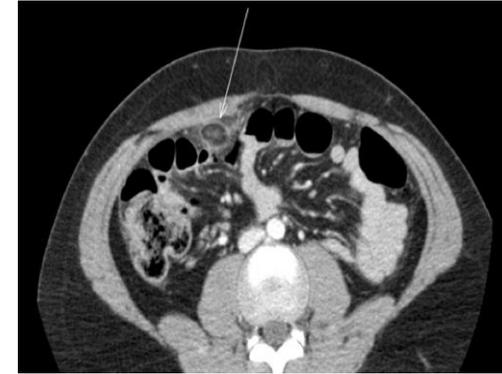


Imagen 2: Masa ovalada con atenuación grasa con ribete y un centro hiperdenso (flecha) localizada en región paraumbilical derecha, adyacente al peritoneo parietal, compatible con apendicitis epiploica/infarto omental.

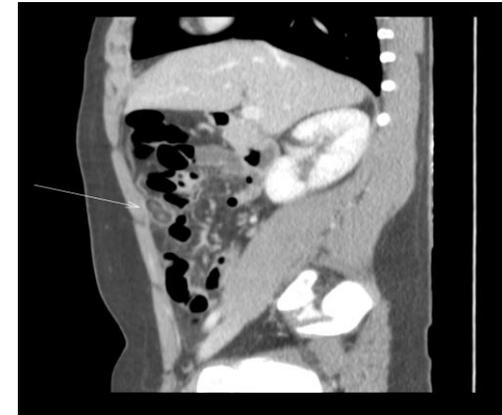


Imagen 3: Imagen ovalada con atenuación grasa con ribete (flecha). Nótese la íntima relación con peritoneo parietal. Hallazgo compatible con infarto omental.

EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO: Permanece **ingresado durante 48 horas, a dieta absoluta y con analgesia iv.**

Posteriormente reducción paulatina del dolor junto a adecuada tolerancia oral con tránsito intestinal normal.

Resolución ecográfica completa (se realiza control a los 15 días y al mes del alta hospitalaria).

COMENTARIOS

- La apendicitis epiploica y el infarto omental **son patologías infradiagnosticadas.**
- Se presentan como **grandes simuladoras** con clínica de dolor abdominal agudo.
- Los principales **factores de riesgo** son la obesidad, pérdida ponderal masiva, ejercicio intenso, traumatismo o intervención quirúrgica previa.
- Ambas entidades, se originan por una estructura pediculada con excesiva movilidad y déficit vascular, lo que ocasiona un riesgo de torsión. Se trata de una **necrosis aséptica, por lo que no está indicada la antibioterapia.**
- El **pronóstico es excelente.**