

Nombre:	Andrea
Apellido:	Domínguez Igual
Otros Autores:	María del Mar García Gallardo, Antonio Ruiz Salas, Tania Diaz Antonio
E-mail:	<a href="mailto:adiigual@gmail.com">adiigual@gmail.com</a>
Hospital:	Universitario Virgen de la Victoria
Ciudad:	Málaga
Título:	Apendagitis epiploica. Dolor en fosa ilíaca izquierda en urgencias no es sinónimo de diverticulitis
Presentación:	Varón de 59 años que acude de forma repetida a Urgencias por dolor en FII que no cede a tratamiento analgésico.No otra sintomatología.Única alteración analítica PCR elevada. Ante la sospecha de diverticulitis aguda se realiza TC de abdomen c/c visualizandose un área ovoidea de densidad grasa adyacente a la unión de colon descendente/sigmoide asociado a aumento de la atenuación de la grasa circundante.Pese a la presencia de divertículos en colon sigmoide estos no muestran cambios inflamatorios.Hallazgos compatibles con apendagitis epiploica.
Discusión :	<p>La apendagitis es un proceso infrecuente, benigno y autolimitado que afecta con mayor frecuencia a varones en la 4ª-5ª década de la vida. La localización más frecuente es en cuadrantes inferiores, en las áreas adyacentes a sigma y ciego (casi siempre fosa ilíaca izquierda)debido a una torsión/oclusión del vaso central de un apéndice epiploico condicionando un cuadro autolimitado de inflamación y eventualmente infarto isquémico.</p> <p>Ante un cuadro de dolor en FII es importante establecer la correlación con los datos analíticos, exploratorios y las pruebas de imagen planteándose el diagnóstico diferencial con otras entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diverticulitis (presencia de divertículos en el marco cólico con parámetros inflamatorios alterados)</li> <li>- Colitis (afectación inflamatoria del colon de diversa etiología)</li> <li>- Infarto omental (más frecuente en hipocondrio/flanco derecho y puede presentarse en la infancia)</li> </ul>
Conclusión:	El TCMC adquiere gran importancia en el estudio del dolor FII en Urgencias, confirmando la etiología, valorando la severidad/complicaciones asociadas al cuadro y el manejo terapéutico ante el mismo.
Bibliografía:	<p>- Roig Salgado, E.Santa Eulalia Mainegra, D.Yago Escusa, G,Martinez Sanz, E.Y. Vilar Bonasa, F.O.Lenghel. Apendagitis y su diagnóstico diferencial. Congreso SERAM 2014, S-1174. Presentación electrónica.</p> <p>- M.Carreras Aja, I. Arrieta Artieda. Manejo radiológico del abdomen agudo no traumático. J.L.del Cura, S.Pedraza, A.Gayete. Radiología Esencial. 2ªed.Madrid.Panamericana; 2010. 569-571.</p>
Pie de foto:	1.Corte axial de TCMC de abdomen c/c. Área ovoidea de baja densidad rodeada asociada a aumento de la atenuación de la grasa circundante. 2. Mínimos cambios inflamatorios en la unión del colon descendente/sigmoide, adyacente a la lesión sin imagen de divertículo asocia a dicho nivel. 3. Reconstrucción coronal de TC de abdomen del mismo paciente localizando el área afecta a nivel de FII.

