



Reporte de Caso

Torsión de apéndices epiploicos. Abordaje laparoscópico

Dr. Salvador Navarrete * Dr. Héctor Cantele *
Dr. José Leyba ** Br. Salvador Navarrete Llopis ***

SUMMARY

Epiploicae appendices can be a source of diverse pathological processes and its diagnosis is frequently done during an acute abdomen laparotomy. The use of laparoscopy represents a method that allows a precise diagnosis and an effective treatment of this pathology as well. The following text describes the laparoscopic way to handle two cases of epiploic appendix torsion.

Correspondencia: Dr. José Leyba
Clínica Santa Sofía
Caracas - Venezuela

Recibido: Octubre 10, 2000
Aprobado: Octubre 19, 2000

INTRODUCCION

El abdomen agudo es uno de los problemas más apasionantes que existen en la medicina. Desde la apendicitis aguda como causa frecuente, hasta la torsión del apéndice epiploico como problema infrecuente, existe una serie de entidades clínicas de difícil diagnóstico preoperatorio.

Los desórdenes derivados de los apéndices epiploicos rara vez son diagnosticados preoperatoriamente y usualmente resultan de la torsión y subsecuente necrosis del mismo (1).

El presente trabajo tiene como objetivo presentar dos casos de abdomen agudo debido a torsión de

apéndices epiploicos, cuyo diagnóstico y tratamiento fueron posibles mediante el abordaje laparoscópico.

PACIENTES Y METODOS

Caso 1

Se trata de paciente femenina de 46 años de edad, quien consulta por presentar dolor severo, punzante, continuo, de 24 horas de evolución, en fosa ilíaca izquierda. Al examen físico se aprecia dolor a la palpación en dicha zona con defensa y signos de irritación peritoneal. En los exámenes paraclínicos había leucocitosis de 15,000/mm³ con desviación a la izquierda. El resto de los exámenes no arrojó datos positivos.

Luego de 6 horas de observación sin tener diagnóstico definitivo y ante la persistencia del dolor se decidió realizar laparoscopia diagnóstica en quirófano y bajo anestesia general. El hallazgo laparoscópico fue un apéndice epiploico del colon sigmoides, de 3cm de diámetro, adherido al peritoneo parietal anterior de la fosa ilíaca izquierda, torcido y necrosado.

Se procedió entonces a la colocación de un trocar de 10 mm, a 2cm de la espina ilíaca anterosuperior derecha y otro de 5 mm a 3 cm del pubis en la línea media infraumbilical para realizar la extirpación laparoscópica previa colocación de dos clips de titanio en el pedículo del apéndice epiploico torcido. Debido al ancho de la pieza hubo necesidad de ampliar la incisión del hipogastrio para la extracción de la misma.

* Profesor Cátedra Quirúrgica. Universidad Central de Venezuela - Venezuela

** Cirujano General. Clínica Santa Sofía. Caracas - Venezuela

*** Interno de Medicina. Hospital Universitario de Caracas. Caracas - Venezuela

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresada a las 48 horas.

Caso 2

Se trata de paciente masculino de 12 años de edad quien consulta por presentar dolor severo, punzante, continuo, de 6 horas de evolución, en el epigástrico cercano a la línea medioclavicular izquierda, acompañado de náuseas y vómitos alimentarios. Al examen físico se aprecia dolor a la palpación en dicha zona con defensa y signos de irritación peritoneal. En los paraclínicos había leucocitosis de $12,500/\text{mm}^3$ con desviación a la izquierda y al ultrasonido se evidenciaba una zona de engrosamiento debajo de la pared abdominal anterior difícil de definir.

Ante la persistencia de los síntomas y al no tener un diagnóstico preciso se decidió llevar al paciente a quirófano para la realización de una laparoscopia diagnóstica bajo anestesia general.

Mediante la técnica de Hasson, igual que en el caso anterior, se introdujo un trocar de 10 mm por debajo de la cicatriz umbilical y se realizó neumoperitoneo con CO₂. Como hallazgo laparoscópico se encontró un apéndice epiploico del colon transversal, de 2 cm de diámetro, adherido al peritoneo parietal del epigastrio, torcido y necrosado.

Con el cirujano a la izquierda del enfermo y el ayudante a la derecha, se procedió a la colocación de un trocar de 10 mm a 2 cm de la cresta ilíaca izquierda en la línea axilar anterior y otro de 10 mm a 2 cm por debajo del reborde costal izquierdo sobre la misma línea.

Se procedió de igual manera que en el caso anterior, colocando dos clips de titanio sobre el pedículo del apéndice epiploico torcido para su resección y extracción de la cavidad abdominal previa ampliación de la herida más inferior.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, egresando el paciente a las 48 horas sin complicaciones.

DISCUSION

Los apéndices epiploicos fueron descritos como entidades independientes por primera vez por Vesalius en 1543 (2).

El apéndice epiploico es una masa lobulada de grasa subserosa de aproximadamente 1-2 cm de grosor y 2-3 cm de longitud que se encuentran a lo largo del intestino grueso ubicados sobre dos líneas adyacentes a las tenias colónicas. Cada apéndice recibe su irrigación sanguínea a través de una rama terminal de la vasa recta que suple la pared colónica adyacente. El drenaje venoso es a través de una vena apendicular la cual posee un trayecto más tortuoso.

Aunque se desconoce a ciencia cierta su función, se ha postulado que pudieran participar como reservorios de la vasa recta, como mecanismo de defensa sobre procesos inflamatorios similar al omento y como reservorio de energía a ser utilizada durante el ayuno (2,3).

Los apéndices epiploicos pueden verse envueltos en diversas patologías como torsión, obstrucción intestinal, necrosis hemorrágica y hernias; las cuales pueden manifestarse como un abdomen agudo

(2,4,5). El colon sigmoide es el sitio más frecuente de este desorden con 41,5 %, y la apendicitis aguda el diagnóstico diferencial preoperatorio más común 37,7% (1,6).

Las manifestaciones clínicas van a depender de la localización del apéndice afectado; usualmente estos pacientes son sometidos a laparotomía bajo el diagnóstico de apendicitis aguda, diverticulitis perforada, colecistis, lesiones tumorales u otros procesos abdominopélvicos (2,6,7).

El cuadro clínico se acompaña con frecuencia de fiebre y leucocitosis (1,2). Recientemente se han definido criterios tomográficos que sugieren el diagnóstico (9). Aunque se ha descrito el manejo médico de esta entidad, también se ha reportado casos fatales, por lo que la mayoría de los autores recomiendan la resección del apéndice involucrado como tratamiento definitivo (9,10).

Mediante la laparoscopia es posible tanto el diagnóstico preciso de esta entidad como su tratamiento con bajos índices de morbilidad (1,8). En estos casos el uso de electrocoagulación bipolar para realizar la exéresis y la hemostasia puede ser suficiente (1), sin embargo se debe tener cuidado en que ésta última sea adecuada ya que la vasa recta que irriga el apéndice así como el drenaje venoso del mismo es una fuente importante de hemorragia postoperatoria. Un método más seguro consiste en la aplicación de clips metálicos sobre la base del apéndice previo a su resección como lo sugiere Habib en su trabajo sobre hernias encarceladas de apéndices

epiploicos (2).

La patología de los apéndices epiploicos es infrecuente, sus manifestaciones clínicas simulan a las de otras causas más frecuentes de abdomen agudo como apendicitis aguda y diverticulitis por lo que debe tenerse en mente cuando se está ante un cuadro de dolor abdominal de etiología poco clara (1,2,7).

El uso de la laparoscopia como método diagnóstico y terapéutico representa el abordaje ideal en estos pacientes ya que se obtiene un tratamiento efectivo mediante las bondades de los procedimientos laparoscópicos (1,2).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Mazza D, Fabiani P, Baldini E, Gugenheim J, Mouiel J. A rare laparoscopic diagnosis in acute abdominal pain: torsion of epiploic appendix. *Surg Laparosc Endosc* 1997; 7:456-458.
- 2- Habib F, McAleese P, Kolachalam R. Laparoscopic approach to the management of incarcerated hernia of appendices epiploicae. Report of two cases and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8:425-428.
- 3- Ghahremani G, White E, Hoff F, Gore R, Miller J, Christ M. Appendices epiploicae of the colon: radiologic and pathologic features. *Radiographics* 1992; 12:59-77.
- 4- Ghosh S, Bilton J. Torsion and infarction of the appendices epiploicae: report of five cases. *Dis Colon Rectum* 1968; 11:457-461.
- 5- Mittal V, Pierce A, Priestley J, Cortez J. Infarcted small bowel appendix epiploicae: A cause of acute abdomen. *Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg* 1981; 32:23-24.
- 6- Carmicheal D, Organ C. Epiploic disorders. Conditions of the epiploic appendages. *Arch Surg* 1985; 120:1167-1172.
- 7- Chatziioannou A, Asimacopoulos P, Malone R, Pneumatics S, Safi H. Torsion, necrosis, and inflammation of an epiploic appendix of the large bowel: a diagnostic and therapeutic dilemma. *South Med J* 1995; 88:662-663.
- 8- Aronsky D, Z'graggen K, Banz M, Klaiber C. Abdominal fat tissue necrosis as a cause of acute abdominal pain. Laparoscopic diagnosis and therapy. *Surg Endosc* 1997; 11:737-40.
- 9- Lambre H, Manzur R, Oxenghendler G, Castillo C, Miri G, Gramisu M, Friederichs C. Computed tomography of acute primary epiploic appendicitis. *Acta Gastroenterol Latinoam* 1998; 28: 337-338.
10. Shamblin J, Payne C, Soileau M. Infarction of an epiploic appendix. *South Med J* 1986; 79:374-375.