

UNA RARA CAUSA DI DOLORE ADDOMINALE DA NON DIMENTICARE! CASE REPORT DI APPENDAGGITE EPIPLOICA.

Ivan Comelli¹, Giuseppe Capriati², Bernardo Palladini², Andrea Magnacavallo²

1) Emergency Department, Academic Hospital of Parma. 2) Emergency Department, Hospital of Piacenza

BACKGROUND

L'appendaggite epiploica rappresenta una rara causa di dolore addominale dovuta all'insorgenza di flogosi che coinvolge una appendice epiploica. Si caratterizza per una presentazione clinica che può simulare altre patologie come: diverticolite, colecistite, appendicite ecc. 1) L'incidenza stimata è di 8.8 casi per milione /anno. Il profilo del 'paziente tipo' è rappresentato da un soggetto giovane/di mezza età. Sintomi gastrointestinali, febbre, incremento di globuli bianchi, sono spesso assenti, mentre è tipico un incremento della PCR. La risoluzione, spontanea, avviene in media in 8 giorni. Al fine di porre una corretta diagnosi è necessario valutare con attenzione le scansioni con TAC per evitare interventi chirurgici inutili. 2-3)

CASE REPORT

Descriviamo il caso di un Paziente di anni 80, affetto al Pronto Soccorso di Piacenza in data 28/02/2016, lamentando da circa una settimana dolore addominale esacerbato agli atti inspiratori e alla digitopressione locale del fianco destro. Non presentava febbre, né vomito, né dischezia, né disuria.

In anamnesi: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, cardiopatia ischemica (già sottoposto a PTCA).

In terapia domiciliare con: bisoprololo 1,25 mg, lansoprazolo 30 mg, cardioasa 100 mg, ramipril 2,5 mg, ezetimibe 10 mg.

All' esame obiettivo: Paziente lucido e orientato, apiretico, eunoico, emodinamicamente stabile. L'addome si presentava trattabile ma dolorabile alla palpazione in ipocondrio destro, con Murphy moderatamente positivo, Giordano e McBurney negativi. Non masse pulsanti palpabili. Venivano richiesti esami ematici: emocromo con formula, sierologici, coagulazione, (nulla da segnalare) PCR pari a 1.13 mg/dl. Si eseguiva ecografia addome al letto del Paziente: colecisti alitiasica, cisti renali bilaterali, le maggiori delle quali delle dimensioni di 5,22 cm per 5,36 cm al polo superiore del rene destro e a sinistra, al polo inferiore, di circa 8,31 cm per 7,66 cm. Modesto versamento libero tra le anse all'emiaddome destro. Si richiedeva successivamente TAC addome senza e con mezzo di contrasto, che evidenziava in sede sotto epatica, in rapporto con la parete del colon ascendente, una formazione ovalare (4 per 1,5 cm circa sul piano assiale) come da appendaggite epiploica. Alla luce della clinica e degli accertamenti eseguiti si concludeva per quadro di appendaggite epiploica del colon ascendente, consigliando al Paziente breve periodo di osservazione (OBI). Il Paziente edotto dei rischi rifiutava, preferendo rientrare per rivalutazione a distanza. Veniva quindi dimesso con terapia antibiotica per os, (ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore) eventuale terapia antidolorifica con paracetamolo e dieta senza scorie. Al follow up eseguito a 6 giorni di distanza, il Paziente si è presentato del tutto asintomatico.

DISCUSSION

L' appendaggite epiploica è una patologia poco frequente, di norma a risoluzione spontanea, ma capace di imitare altri processi patologici potenzialmente più gravi. Per questi motivi, in particolare nei casi subdoli è da tenere sempre in considerazione in diagnosi differenziale.

REFERENCES

- 1) Lorente C1, Hearne CB1, Taboada J1. Recurrent epiploic appendagitis mimicking appendicitis and cholecystitis Proc (Bayl Univ Med Cent). 2017 Jan;30(1):44-46.
- 2) Ozdemir S1, 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. 1.
- 3) de Brito P, Gomez MA, Besson M, Scotto B, Hutten N, Alison D. [Frequency and epidemiology of primary epiploic appendagitis on CT in adults with abdominal pain]. J Radiol. 2008 Feb;89(2):235-43.