

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Infarto omental primario como causa de abdomen agudo no quirúrgico: diagnóstico por imagen

C. L. Fernández-Rey

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital El Bierzo. Ponferrada, León

INTRODUCCIÓN

El infarto omental es una entidad benigna, relativamente infrecuente, que por lo general afecta al segmento derecho del omento mayor y que, como su nombre indica, se debe a un infarto focal de la grasa omental (1,2). Frecuentemente, el infarto omental ocurre tras cirugía abdominal reciente. Aunque también han sido descritos casos de infarto omental primario o idiopático, más frecuentes en pacientes obesos. La etiopatogenia es poco conocida. Se postula que existe una redundancia del omento o una anomalía de sus vasos, con mayor susceptibilidad a la torsión e infarto (1). Otras hipótesis señalan como origen una congestión vascular debido a un aumento en la presión intraabdominal o tras ingestas copiosas (1,2).

El infarto omental representa una patología autolimitada y benigna, que no requiere cirugía y que clínicamente puede simular un abdomen agudo quirúrgico. Su detección en las pruebas de imagen es determinante en el manejo del paciente, ya que evita intervenciones quirúrgicas innecesarias.

La ecografía sólo sugiere el diagnóstico (1-3). Sin embargo, la tomografía computarizada (TAC) constituye una herramienta diagnóstica indispensable, ya que no sólo descarta otras causas quirúrgicas de abdomen agudo, sino que realiza un diagnóstico certero del infarto omental (1-3). Su aspecto en TAC es muy característico y distintivo. Se presenta como una lesión de densidad grasa, localizada medial al colon ascendente o anterior al colon transverso, de bordes mal definidos y con estriaciones internas de mayor densidad (2,3). La ausencia de anillo interno y el tamaño superior a 3 cm permite diferenciarlo de la apendicitis epiploica, entidad igualmente de curso benigno y autolimitado (3,4).

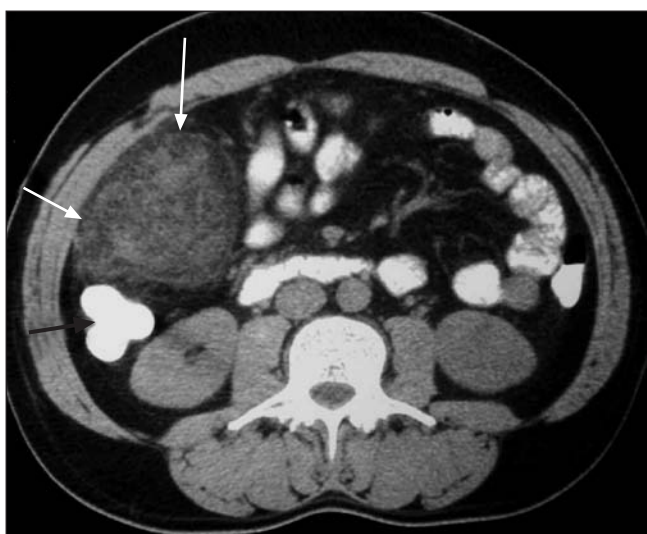


Fig. 1. Imagen axial de TAC sin contraste endovenoso y con contraste oral que demuestra una lesión ovalada, de densidad de grasa y bordes mal definidos con un diámetro aproximado de 5 cm (flechas blancas). En el seno de la lesión se distinguen estriaciones hiper- e hipodensas alternantes. La imagen es diagnóstica de infarto omental.

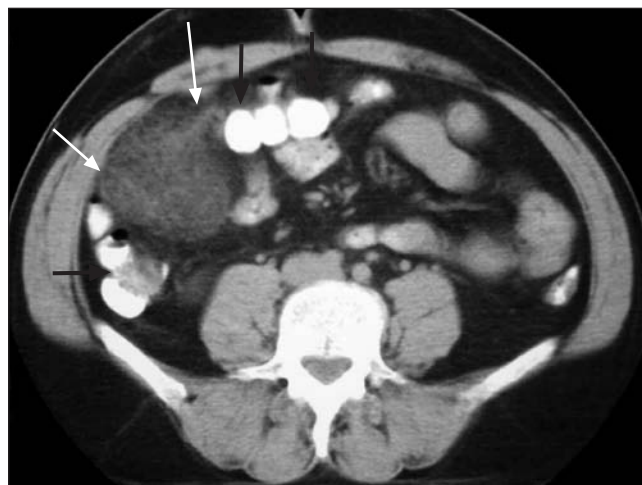


Fig. 2. Imagen axial de TAC sin contraste endovenoso y con contraste oral que muestra las relaciones entre el colon (flechas negras) y el infarto omental (flechas blancas). El infarto se localiza medial al colon ascendente y ligeramente por delante del colon transverso.

CASO CLÍNICO

El caso presentado corresponde a un varón de 43 años con ligero sobrepeso y sin antecedentes médicos de interés. El paciente presenta dolor abdominal intenso en flanco derecho de 48 horas de evolución. En la exploración se aprecian signos de irritación peritoneal en el vacío derecho. No existe fiebre, ni leucocitosis. Ante la sospecha de diverticulitis aguda, se realiza una ecografía abdominal apreciándose una lesión ovalada hiperecogénica en el flanco derecho, dolorosa a la presión, que parece depender del omento mayor. A continuación, se realiza un TAC abdominal demostrándose una lesión de densidad grasa, localizada en la mitad derecha del omento mayor, que presenta estriaciones hiperdensas en su interior y un diámetro aproximado de 5 cm (Figs. 1 y 2). Los hallazgos son diagnósticos de infarto omental. Se decide tratamiento conservador, observándose una buena evolución clínica y comprobándose una resolución en los sucesivos controles de imagen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sierra P, Cabrera R, Fuentealba IM, Soto G, Abud M. Caso clínico radiológico para diagnóstico. *Rev Chil Radiol* 2009; 15(3): 155-8.
2. Varela C, Fuentes M, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada. *Rev Chil Radiol* 2004; 10(1): 28-34.
3. Miguel A, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Ruiz A. Apendicitis epiploica e infarto omental: hallazgos en ecografía y tomografía computarizada. *Radiología* 2001; 43(8): 495-501.
4. Castro García FJ, Santos Sánchez JA, García Íñigo P, Díez Hernández JC. Apendicitis epiploica. *Rev Esp Enferm Dig* 2006; 28(2): 732-3.