

Cartas al Editor

Infarto de epiplón mayor. Caso clínico

Palabras clave: Omento. Torsión. Necrosis.

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una mujer de 65 años que acudió al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal en cuadrante superior derecho y fiebre de 38 °C. A la exploración se palpa masa dolorosa a unos 10 cm por debajo del reborde costal derecho. Analíticamente, se objetiva leucocitosis y leve desviación izquierda, con aumento de los reactantes de fase aguda. Se sospecha inicialmente tumor en colon derecho complicado. Se realiza radiografía de abdomen, sin hallazgos, y colonoscopia, que resulta normal. En la tomografía computarizada (TAC), se observa imagen de engrosamiento de la grasa del omento mayor con efecto masa, compatible con torsión de epiplón mayor (Fig. 1). El resto de estructuras abdominales no presentaba alteraciones.

Se decide tratamiento conservador desapareciendo la fiebre y disminuyendo la sintomatología, siendo la paciente dada de alta al séptimo día. Se realiza TAC control a los 15 días del alta, con buena evolución clínica y radiológica. Tres meses después, la paciente está asintomática y la exploración abdominal es normal.

Discusión

El infarto de epiplón mayor se produce por rotación del mismo sobre su eje axial, pudiendo producir un compromiso vascular con estrangulación, necrosis y/o infarto. Se da más frecuentemente en edad pediátrica. No tiene una etiología conocida. Como

factores predisponentes se reconocen cambios de consistencia del epiplón, malformaciones anatómicas o anomalías vasculares, asociadas a factores desencadenantes como la obesidad o el ejercicio. La torsión secundaria es más frecuente y se asocia a enfermedad herniaria, inflamación intra-abdominal, laparotomía previa o tumores, que originan un punto de fijación sobre el cual rota un segmento del omento.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal de localización en hemi-abdomen derecho. Por ello el diagnóstico diferencial incluye apendicitis, colangitis, diverticulitis, etc. Es frecuente que asocie una masa en dicha zona a la palpación. Otros síntomas y signos menos específicos son fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y aumento del recuento de leucocitos. La técnica de elección para el diagnóstico es la TAC (1), donde se observa, como en nuestro caso, masa abdominal bien delimitada, compuesta por pliegues grasos y fibrosos entremezclados, que se distribuyen de manera concéntrica o en espiral, y que en su centro pueden contener una estructura hiperdensa vascular que desciende perpendicular al plano axial.

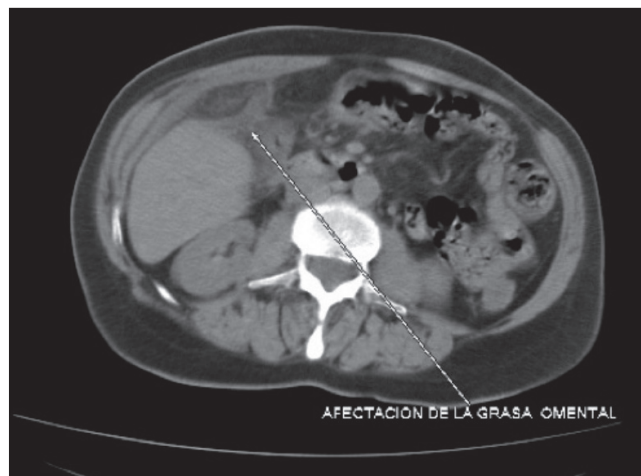


Fig. 1.

Tradicionalmente se optaba por tratamiento quirúrgico, pero se ha observado buena evolución en pacientes tratados de forma conservadora, especialmente en caso de infartos segmentarios (2), que no presentaban complicaciones inmediatas. La TAC (3) permite el diagnóstico preoperatorio, para evitar cirugía de urgencia y mantener una actitud expectante (4), y así actuar en función de la evolución del paciente, sin reportar aumento considerable de las complicaciones. Existe una revisión de 43 casos, en el que la recomendación es el tratamiento conservador, para lo que el diagnóstico preoperatorio por imagen es fundamental (4). No obstante, algunos pacientes así tratados pueden presentar complicaciones como sepsis o formación de abscesos y adherencias. Ante tratamiento conservador no efectivo, debe considerarse la intervención quirúrgica (5,6).

Rebeca Amo Alonso¹, Jaime de la Peña Cadenato²,
Andrea Loza Vargas¹, Fernando Santos Santamarta¹,
Ramón Sánchez-Ocaña Hernández¹ y Juan José Arenal Vera³

¹Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. Servicios de ²Radiología y ³Cirugía General. Hospital Campo Grande. Valladolid

Bibliografía

1. Marcos R, Fernández JM, Lozano O, et al. Complete torsion of the greater omentum as a cause of acute abdomen. Contribution of computerized axial tomography to preoperative diagnosis. *Cir Esp* 2002;72:362-4.
2. Fernández-Rey CL. Primary omental infarction as cause of non-surgical acute abdomen: Imaging diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig* 2010;102:498-9. DOI: 10.4321/S1130-01082010000800007
3. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omental torsion and infarction: Case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2003;27:116-8 DOI: 10.1016/S0899-7071(02)00524-7
4. Park TU, Oh JH, Chang IT, et al. Omental infarction: Case series and review of the literature. *J Emerg Med* 2012;42:149-54. DOI: 10.1016/j.jemermed.2008.07.023
5. Hirano Y, Oyama K, Nozawa H, et al. Left-sided omental torsion with inguinal hernia. *World J Gastroenterol* 2006;12:662-4
6. Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, et al. Acute abdomen due to primary omental torsion and infarction. *Case Rep Surg* 2014;2014:208382. DOI: 10.1155/2014/208382