

Infarto omental

¹Llin Sanz R, ¹Téllez Castillo CJ, ²Penalba Palmi R, ¹Fernández de Castro R, ³Diago Monferrer T, ¹Millán Soria J

¹Servicio de Urgencia Hospitalarias

²Servicio de Cirugía General

³Servicio de Radiología

Hospital Lluís Alcanyis. Játiva (Valencia)

Varón de 44 años de edad, fumador 10 cigarrillos diarios, diagnosticado de síndrome de Gilbert y diabetes mellitus tipo 2, sin tratamiento.

Acude al Servicio de Urgencias del hospital (SUH) por dolor abdominal periumbilical desde hace dos días, que se focaliza en la fosa iliaca derecha (FID).

En la exploración física se encuentra afebril, con abdomen blando, depresible, y dolor localizado en la FID y flanco derecho; Blomberg dudoso y Murphy negativo; tacto rectal normal; resto de la exploración normal.

En la analítica de sangre encontramos leucocitos 8000, granulocitos 65,3 %, PCR 99,6, bilirrubina 2,9, enzimas hepáticas normales y sedimento urinario normal.

En la ecografía abdominal se visualiza alteración importante en la grasa en el flanco derecho, sugestiva de infarto omental.

Se completa el estudio con TAC abdominal en la que se observa alteración de la grasa en el colon ascendente con engrosamiento de la pared, sugestivos de infarto omental (figuras 1 y 2).

Durante la observación en SUH el paciente evoluciona favorablemente. Posteriormente ingresa en la planta del Servicio de Cirugía General durante 3 días y en el momento del alta por mejoría de la sintomatología se instaura tratamiento con dieta blanda progresiva, omeprazol (20 mg/24 horas), dexketoprofeno (25 mg/8 horas) y en caso de dolor paracetamol (1 g/8 horas) por vía oral.

COMENTARIO

El epiplón u omento mayor es un repliegue peritoneal formado por la unión del peritoneo visceral anterior y posterior del estómago. Se origina en la curvatura mayor del estómago, cubre por delante las asas del intestino delgado, se dobla sobre sí mismo y se inserta en el colon transverso¹.

Los apéndices epiploicos son pequeñas prolongaciones peritoneales, de 0,5-5 cm de tamaño, que contienen pequeños vasos y grasa. Se localizan en la superficie serosa del colon, desde el ciego hasta la unión recto-sigmoidea. Ambas estructuras

Figura 1. Aumento de densidad en la grasa adyacente de la pared de colon derecho (flecha), sugestivo de infarto omental.

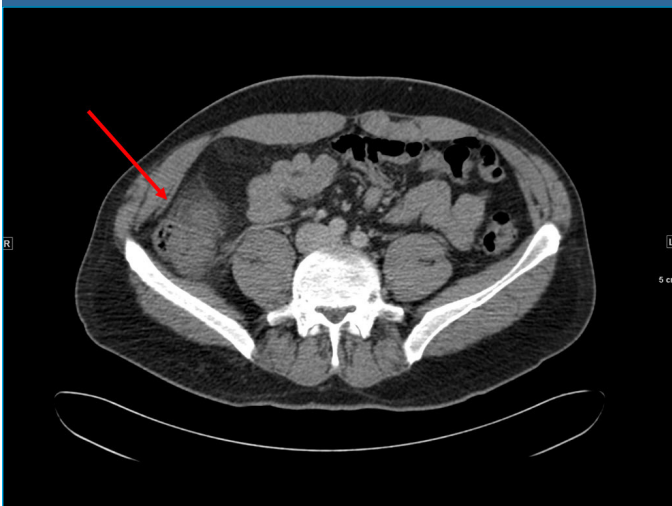
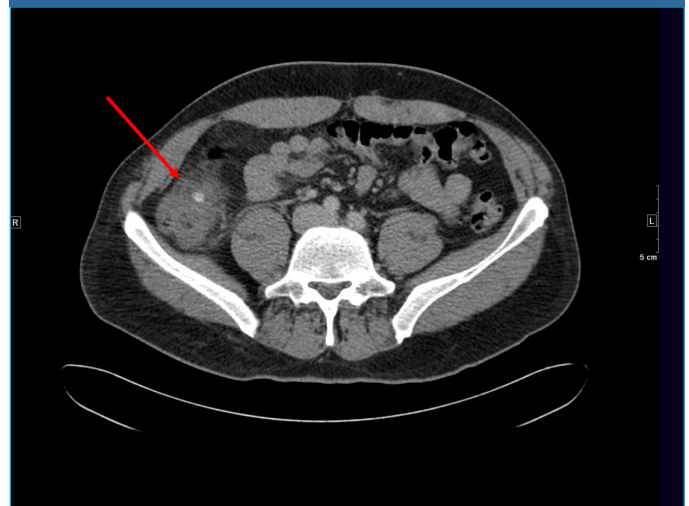


Figura 2. Imagen de aumento de densidad que puede corresponder a mínima hemorragia dentro de los cambios en la grasa mesentérica descrita en figura 1 (flecha)



pueden sufrir ocasionalmente infarto como resultado de una torsión o por trombosis venosa espontánea, lo que se denomina torsión omental o apendicitis epiploica, según afecte al epiplón o a un apéndice epiploico^{2,3}.

El infarto omental (IO) es una causa poco frecuente de abdomen agudo, con una incidencia a menos de cuatro casos por cada 1000 casos de apendicitis⁴. Es una patología benigna, autolimitada y susceptible de ser tratada de forma conservadora. Sin embargo, su presentación clínica con dolor abdominal agudo y signos de irritación peritoneal puede simular un cuadro de abdomen agudo quirúrgico, como diverticulitis, apendicitis o colecistitis, dependiendo de su localización. Por tanto, su diagnóstico preoperatorio es importante porque puede evitar intervenciones innecesarias⁵.

Se visualizan en el estudio ecográfico como una masa sólida hiperecogénica no compresible en el punto de máximo dolor⁴⁻¹⁵. En la TAC se observa una masa de densidad grasa más o menos bien definida, con bandas hiper e hipoatenuantes alternadas¹³⁻¹⁶. El único signo que permite diferenciar las dos entidades es la visualización en la TAC de un anillo hiperdenso central en el interior de la masa de densidad grasa, que corresponde histológicamente al apéndice epiploico torsionado^{13,15,16}.

Es importante conocer esta entidad clínica y sus manifestaciones radiológicas para establecer el diagnóstico en forma oportuna y definir el abordaje clínico más adecuado, habitualmente no quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Abbitt PL. Cavidad peritoneal. En: Abbitt. Ecografía. Patrones de diagnóstico diferencial. 1ª edición en español. Madrid. Marbán Libros 1997; pág 171.
2. Thomas JH, Rosato FE. Epiploic appendagitis. Surg Gynaecol Obstet 1979;138:23-5.
3. Tolenaar PL, Bast TJ. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. Br J Surg 1987;74:1182.
4. Itenberg E, Mariadason J, Khersonsky J, Wallack M. Modern management of omental torsion and omental infarction: a surgeon's perspective. J Surg Educ 2010;67:44-47.
5. 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):395-401.
6. Jennings CM, Collins MC. The radiological findings in torsion of an appendix epiploica. Br J Radiol 1987;60:509.
7. Rutten MJCM, Jager GJ. Epiploic appendicitis: US and CT characteristics. Rofo 1996;164:264-5.
8. Naraynisingh V, Barrow R, Raju GC et al. Segmental infarction of the omentum: diagnosis by US. Postgrad Med 1985;61:652.
9. Karak PK, Millmond SH, Neumann D et al. Omental infarction: report of three cases and review of the literature. Abdom Imaging 1998;23:96-8.
10. Vertuno LL, Dan JR, Wood W. Segmental infarction of the omentum. Am J Gastroenterol 1980;74:443-6.
11. Rao PM, Rhea JT, Wittenberg J, Warshaw AL. Misdiagnosis of primary epiploic appendagitis. Am J Surg 1998;176:81-5.
12. Carmichael DH, Organ CH. Epiploic disorders. Arch Surg 1985;120:1167-72.
13. Ghahremani GG, White EM, Hoff FL et al. Appendices epiploicae of the colon: radiologic and pathologic features. Radiographics 1992;12:59-77.
14. Hollerwerger A, Rettenbacher T, Macheiner P et al. Die spontane ektogewebsnekrose von omentum majus and appendices epiploicae: linisches Bild, Ultraschall- und CT-Befunde. Rofo 165:529-34.
15. Rioux M, Langis P. Primary epiploic appendagitis: clinical, US, and CT findings in 14 cases. Radiology 1994;191:523-6.
16. Puylaert JBCM. Right-sided Segmental Infarction of the Omentum: Clinical, US, and CT Findings. Radiology 1992;185:169-72.
17. Mollá E, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Roselló-Sastre E. Primary epiploic appendagitis: US and CT findings. Eur Radiol 1998;8:435-8.
18. Rao PM, Wittenberg J, Lawrason JN. Primary epiploic appendagitis: evolutionary changes in CT appearance. Radiology 1997;204:713-7.