



## Clínica cotidiana

# Causa poco frecuente de dolor abdominal: infarto omental

Enrique Rodríguez de Mingo\*, Andrea Fraga Pérez, María Alameda Pita da Veiga,  
 Jairo Mazuecos Fernández

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2017

Aceptado el 17 de marzo de 2017

On-line el 6 de julio de 2018

#### Palabras clave:

Dolor abdominal

Omento

Isquemia

#### Keywords

Abdominal pain

Omentum

Ischemia

### R E S U M E N

El infarto omental es una entidad poco frecuente y poco conocida. Puede simular distintas patologías y su etiología en muchos casos es desconocida.

Presentamos el caso de un paciente que sufrió un infarto omental y revisamos esta enfermedad: explicamos cómo se llegó a establecer un diagnóstico certero, se seleccionó el tratamiento que se consideró más adecuado y se llevó a cabo el seguimiento posterior.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Uncommon cause of abdominal pain: omental infarction

#### A B S T R A C T

Omental infarction is an uncommon and little-known entity. It may simulate different conditions and its etiology is unknown in many cases.

We present a case of a male patient who suffered omental infarction and review this disease. We explain how an accurate diagnosis was established, how the most adequate treatment considered was selected and how the subsequent follow-up was conducted.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eroddemin@gmail.com](mailto:eroddemin@gmail.com) (E. Rodríguez de Mingo).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.027>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 27 años de edad, con antecedentes de esofagitis eosinofílica y úlcera duodenal, en tratamiento con esomeprazol y sin otros antecedentes de interés.

Acude a atención primaria por dolor abdominal en el flanco izquierdo, de dos días de evolución, que empeora con los movimientos y al toser, acompañado de meteorismo. No tiene relación con las comidas. No refiere alteraciones en el hábito intestinal, sintomatología irritativa miccional, vómitos o fiebre.

En la exploración física el paciente se encuentra con buen estado general, tensión arterial de 125/95 mmHg, frecuencia cardíaca de 83 lpm, saturación de oxígeno basal de 99 % y está afebril. El abdomen presenta ruidos hidroaéreos normales, blando, con molestias con la palpación profunda en el flanco izquierdo y con la movilización del tronco, sin defensa ni signos de irritación peritoneal.

Inicialmente se decide observación domiciliar durante 24-48 horas. Se pauta analgesia con metamizol.

Debido a la persistencia e intensificación del dolor abdominal, el paciente acude a urgencias hospitalarias al día siguiente. En la exploración el paciente persiste hemodinámicamente estable, afebril y con una exploración abdominal similar a la del día anterior, sin defensa ni signos de irritación peritoneal, pero con puño-percusión renal izquierda positiva.

En la analítica se observa leucocitosis (23.000/ $\mu$ l) con neutrofilia (88 %), junto con una PCR elevada (106,4 mg/dl); los niveles de creatinina, urea, electrolitos, lipasa, amilasa y LDH se encuentran dentro de los límites de la normalidad.

El sistemático de orina no muestra alteraciones.

Radiografía de abdomen inespecífica, sin datos de obstrucción o litiasis evidentes.

Tomografía axial computerizada (TAC): muestra hallazgos sugestivos de infarto omental (Fig. 1); no se aprecia un claro engrosamiento de las paredes del colon, así como tampoco divertículos asociados.

Se decide tratamiento conservador. Se deja al paciente en observación hasta el día siguiente con dieta absoluta.

Al cabo de 24 horas, en la nueva analítica se observa mejoría de los parámetros inflamatorios; hay mejoría clínica y buena tolerancia oral. Se decide alta hospitalaria para posterior control por parte de su médico de atención primaria. Se cita al paciente en la consulta de Cirugía General al cabo de tres semanas.

La evolución en los días posteriores es satisfactoria. Continúa seguimiento en las consultas de Aparato Digestivo.

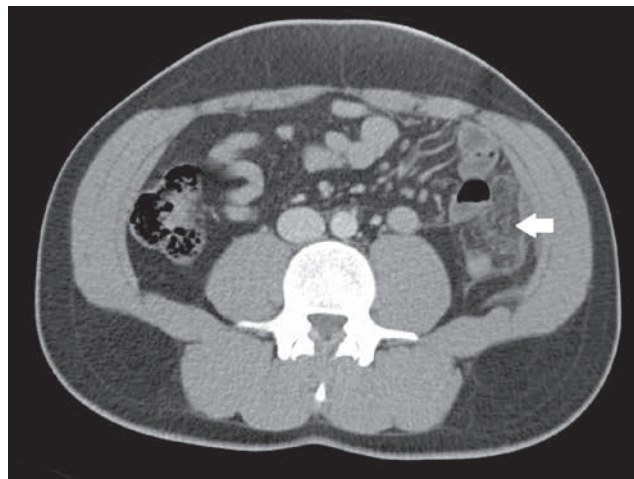
Tras más de 6 meses de seguimiento, el paciente continúa asintomático y no ha tenido complicaciones.

## Comentario

El infarto omental constituye una entidad clínica poco frecuente. Se da sobre todo en varones de 30-50 años<sup>1</sup>.

En su desarrollo se genera una isquemia de la grasa del epiplón mayor, generalmente en su porción derecha por una torsión del mismo, aunque hay descritos casos sin dicha torsión<sup>2</sup>.

Según la clasificación propuesta por Leitner<sup>3</sup>, puede ser primario (idiopático) o secundario. En ambos casos se produce estasis venosa, trombosis, edema y congestión con necrosis hemorrágica y extravasación del fluido peritoneal.



**Figura 1 – Tomografía axial computerizada: se evidencia en la región súpero-externa de la grasa peritoneal adyacente al colon izquierdo (flecha) un aumento de la trabeculación de la grasa que se intercala con zonas con índices de atenuación negativos; a su vez todo ello está rodeado por una fina cápsula. Estos hallazgos sugieren un infarto omental.**

Los casos secundarios son más frecuentes. Suelen aparecer tras intervenciones quirúrgicas abdominales y a veces se asocian a patologías abdominales como quistes, tumores, hernias, adherencias... Como factores de riesgo parecen estar implicados la obesidad, el ejercicio extenuante, las comidas abundantes, los traumatismos, las variantes anatómicas, los estados de hipercoagulabilidad o los usos laborales de herramientas vibratorias<sup>2,3</sup>. En nuestro caso no se ha podido establecer la causalidad.

El cuadro se suele presentar con dolor abdominal agudo que va aumentando progresivamente en intensidad, de localización generalmente en la fosa iliaca derecha. Los pacientes no suelen presentar sintomatología digestiva asociada (náuseas, vómitos, diarrea, anorexia o fiebre).

Los hallazgos analíticos son inespecíficos, como en nuestro caso (leucocitosis leve o ausente con posible elevación de reactantes de fase aguda como la PCR).

Dada su forma de presentación, es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, ya que puede simular una apendicitis aguda, una diverticulitis aguda, una apendicitis epiploica o una paniculitis mesentérica<sup>3</sup>.

Las pruebas de imagen tienen una gran importancia para el diagnóstico, identificación de sus complicaciones y descartar otras patologías, lo que permite optar entre un tratamiento conservador o quirúrgico.

La ecografía puede ayudar en el diagnóstico, pero la TAC constituye la prueba de elección<sup>4</sup>. En ella el infarto omental muestra un área focal bien o mal definida, con densidad grasa adyacente al colon ascendente o transversal en el lado derecho del abdomen, con halo hiperatenuado periférico<sup>5</sup>.

Nuestro paciente presentó el infarto en el lado izquierdo del abdomen, lo que es poco frecuente. Cuando la causa es una torsión del omento, es característica la presencia de un patrón de líneas concéntricas hiperatenuadas en la masa grasa ("signo de giro")<sup>4,6</sup>.

El diagnóstico definitivo se establece por anatomía patológica en los casos en los que se realiza una intervención quirúrgica<sup>4,7</sup>.

El tratamiento depende de la causa o de sus complicaciones<sup>8</sup>. Se puede optar por un tratamiento médico si el diagnóstico es claro, no hay complicaciones<sup>2,9</sup> y si la evolución del paciente es buena. Generalmente es autolimitado y el tratamiento médico incluye analgésicos, antiinflamatorios y en ocasiones antibióticos<sup>1,7</sup>.

Hay autores que siguen prefiriendo el abordaje quirúrgico (4), fundamentalmente por laparoscopia, argumentando que la cirugía permite confirmar el diagnóstico, evita complicaciones en la evolución, acorta el tiempo de estancia hospitalaria y conlleva un menor número de pruebas complementarias y visitas en el seguimiento posterior que precisan los pacientes.

Aunque no está claramente establecido, cuando se opta por tratamiento conservador, los pacientes que han sufrido un infarto omental deberían ser seguidos durante 2-3 años con ecografías de control iniciales y TAC anuales<sup>4</sup>.

Algunos autores sugieren que, dada la relación entre infarto omental y obesidad, con el aumento de la prevalencia de obesidad se puede dar un aumento de la incidencia de casos en los próximos años<sup>1</sup>. En nuestro caso no se observa esta relación, dado que nuestro paciente tenía normopeso cuando presentó el infarto.

Todo médico que se enfrenta a un dolor abdominal debería incluir en el diagnóstico diferencial el infarto omental. La detección precoz y el establecimiento con prontitud de medidas de apoyo adecuadas en el hospital pueden marcar el pronóstico de los pacientes con esta patología y evitar en muchos casos intervenciones innecesarias. El médico de familia puede desempeñar un papel primordial a la hora de sospechar este cuadro y tomar la decisión de derivar de forma urgente al hospital a los pacientes susceptibles de padecer esta patología, además de ser una pieza fundamental en el seguimiento posterior de los casos confirmados.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-López-Gay J, Becerra-Almazán JM, Reyes-Aguilar R, Rodríguez-Barón B, Navarro-Duarte JC. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental. *Semergen*. 2017; 43: 534-6.
2. Naffa 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.
3. Tonerini M, Calcagni F, Lorenzi S, Scalise P, Grigolini A, Bemì P. Omental infarction and its mimics: imaging features of acute abdominal conditions presenting with fat stranding greater than the degree of bowel wall thickening. *Emerg Radiol*. 2015; 22: 431-6.
4. Sánchez PA, López V, Febrero B, Ramírez P, Parrilla P. Infarto omental: ¿manejo quirúrgico o conservador? *Cir Esp*. 2015; 93: 473-81.
5. Wasnik AP, Maturen KE, Kaza RK, Al-Hawary MM, Francis IR. Primary and secondary disease of the peritoneum and mesentery: review of anatomy and imaging features. *Abdom Imaging*. 2015; 40: 626-42.
6. Litzau M, Lall MD. Idiopathic left upper quadrant omental infarction: diagnosed and managed conservatively in the ED. *Am J Emerg Med*. 2015; 33: 741.e1-2.
7. Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW, et al. Omental infarction: case series and review of the literature. *J Emerg Med*. 2012; 42: 149-54.
8. Khouli M, Ribas MA, Crespo PE. Causa infrecuente de abdomen agudo. *FMC*. 2012; 19: 631-7.
9. Amo-Alonso R, De-la-Peña-Cadenato J, Loza-Vargas A, Santos-Santamarta F, Sánchez-Ocaña-Hernández R, Arenal-Vera JJ. Infarction of the greater omentum: case report. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*. 2015; 107: 706-7.