



Revista Clínica de Medicina de Familia

ISSN: 1699-695X

[info@scamfyc.org](mailto:info@scamfyc.org)

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina  
de Familia y Comunitaria  
España

López Rubio, María Antonia; Martínez Ruiz, Yolanda

Una causa infrecuente de dolor abdominal: el infarto de Omento

Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 4, núm. 3, octubre, 2011, pp. 254-255

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Albacete, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169622220013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Una causa infrecuente de Dolor Abdominal: El Infarto de Omento

María Antonia López Rubio<sup>a</sup>, Yolanda Martínez Ruiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de Villarrobledo (Albacete).

Correspondencia: María Antonia López Rubio, Servicio de Urgencias, Hospital de Villarrobledo, Avenida Miguel de Cervantes s/n, 02600 - Villarrobledo, Albacete (España). Telf.: 967133000, e-mail: versus311080@hotmail.com.

Recibido el 12 de abril de 2011.

Aceptado para su publicación el 26 de abril de 2011.

### RESUMEN

El infarto de omento es un proceso raro, poco conocido, que puede simular otras causas de dolor abdominal y no suele constituir un diagnóstico de presunción. El omento o epiplón mayor es un repliegue peritoneal formado por cuatro capas de tejido adiposo, cuya función es limitar la diseminación de procesos infecciosos e inflamatorios. Se origina en la curvatura mayor del estómago, colgando caudalmente por delante del colon transversal e intestino delgado. Presentamos el caso de un varón de 29 años que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda.

**Palabras Clave.** Epiplón, Dolor Abdominal.

### ABSTRACT

#### **A rare cause of Abdominal Pain: Omental infarction**

Omental infarction is a rare, little known process that can simulate other causes of abdominal pain and does not usually constitute a presumptive diagnosis. The greater omentum or epiplon, is a peritoneal fold made up of four layers. Its function is to restrict the spread of infectious or inflammatory processes. It originates in the greater curvature of the stomach and hangs in front of the transverse colon and small intestines.

We report a case of a 29 year old man who complained of abdominal pain in the left iliac fossa.

**Key words.** Omentum, Abdominal Pain.

### INTRODUCCIÓN

El infarto segmentario de omento es un proceso raro, poco conocido, que puede simular otras causas de dolor abdominal y no suele constituir un diagnóstico de presunción. Es más común en la cuarta y quinta década de la vida, y afecta mayoritariamente a hombres (ratio 2:1)<sup>4</sup>. Supone un 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo, con una incidencia probablemente subestimada<sup>3</sup>.

El omento o epiplón mayor es un repliegue peritoneal formado por cuatro capas de tejido adiposo, cuya función es limitar la diseminación de procesos infecciosos e inflamatorios. Se origina en la curvatura mayor del estómago, colgando caudalmente por delante del colon transversal e intestino delgado.

Cuando un segmento de esta estructura se infarta se produce una necrosis aséptica, generándose un proceso inflamatorio que frecuentemente afecta al peritoneo parietal e incluso a pared abdominal. De causa desconocida en la mayoría de los casos, una teoría lo atribuye a una irrigación vascular anómala o frágil, que afecta con más frecuencia a la mitad derecha, de mayor longitud y movilidad. En otros casos puede ser secundario a patologías intraabdominales (hernias, condiciones inflamatorias crónicas, adherencias, neoplasias, etc.)<sup>5</sup>. Se relaciona con factores de riesgo como el ejercicio extenuante, comidas abundantes, obesidad, traumatismo o cirugía abdominal previa.

El cuadro clínico consiste en dolor abdominal súbito, intenso y localizado, por lo general en fosa ilíaca derecha. Asimismo, puede existir un signo de rebote positivo o palparse una masa o zona empastada en flanco o fosa ilíaca derecha<sup>3</sup>. Otras veces, el cuadro es inespecífico, simulando otras patologías abdominales (apendicitis, colecistitis, etc.). Síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos o diarrea, son infrecuentes<sup>1,3</sup>.

Los exámenes de laboratorio suelen ser normales, pudiendo hallarse leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva. En el TAC se observa una zona circunscrita triangular o una masa de tejido adiposo denso, mal delimitada, con imágenes lineales finas en su espesor, que no depende de las paredes del colon<sup>1,2,7</sup>. Si los estudios son inespecíficos, puede ser necesaria una laparotomía exploradora y/o terapéutica, en la que se objetiva una masa grasa de aspecto hemorrágico en epiplón, sin patología abdominal alguna asociada<sup>5</sup>.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 29 años que consultó por dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, con irradiación a zona lumbar ipsilateral, náuseas y vómitos. Afebril, sin sintomatología a otros niveles. Como antecedentes personales destacaba una hernia de hiato con reflujo gastroesofágico leve. No consumo de fármacos.

En la exploración destacaba un dolor intenso en fosa ilíaca izquierda, con puño-percusión renal izquierda dudosa, sin más hallazgos. Se pautó tratamiento sintomático y se solicitaron pruebas complementarias, obteniéndose una bioquímica, hemograma, coagulación, radiografías de abdomen y de tórax sin alteraciones. En un análisis de orina destacaron 250 hematías, con 50-100 hematías/campo en el sedimento.

Con la presunción diagnóstica de cólico nefrítico refractario a tratamiento médico, se solicitó una ecografía abdominal, no concluyente, por lo que se decidió ampliar el estudio con un TAC, que informó de una rarefacción de grasa peritoneal, de 1,5 cm de diámetro, adyacente a peritoneo parietal anterior, en región de flanco y fosa ilíaca izquierdos, compatible con un infarto omental en dicha localización.

El paciente ingresó para tratamiento laparoscópico, realizándose una resección parcial de epiplón. Tras tres días de evolución favorable, fue dado de alta asintomático.

### COMENTARIOS

En este paciente nos hallamos ante un dolor abdominal con mala respuesta al tratamiento médico, siendo las pruebas complementarias iniciales poco concluyentes y tendiendo incluso a confundirnos. El diagnóstico se estableció finalmente mediante un TAC. Revisando la bibliografía publicada con respecto al infarto de omento, cabe señalar como atípicos en este caso la localización y los síntomas gastrointestinales asociados, lo cual todavía dificultaría más la sospecha y diagnóstico final.

El manejo de esta entidad es controvertido, optándose en este caso por manejo quirúrgico. Algunos autores lo defienden, justificándose en una

recuperación más temprana y con menor tasa de complicaciones que con tratamiento conservador<sup>5,6</sup>. Otra opción es el manejo médico, mediante medidas dietéticas y control sintomatológico, reservándose la cirugía ante complicaciones o falta de respuesta al tratamiento<sup>3</sup>. Las complicaciones, infrecuentes con ambos manejos, consisten en compresión, obstrucción, invaginación o perforación a nivel del colon adyacente.

En conclusión, no hay que olvidar el infarto de omento en el diagnóstico diferencial de cuadros de dolor abdominal, particularmente cuando no encontramos una causa y/o las pruebas complementarias no son orientativas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Varela C, Fuentes M, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: Hallazgos en tomografía computada. *Revista Chilena de Radiología*. 2004; 10(1):28-34. Disponible en <http://www.scielo.cl>.
2. Singh A, Gervais D, Hahn P, Sagar P, Mueller P, Novelline R. Acute epiploic appendagitis and its mimics. *RadioGraphics*. 2005; 25:1521-34.
3. Soobrah R, Badran M, Smith SG. Conservative management of segmental infarction of the greater omentum: a case report and review of literature. *Case Report Med*. 2010; 2010. pii:765389. Epub 2010 Sep 19.
4. Kavalakot AJ, Varghese CJ. Laparoscopic management of an uncommon cause for right lower quadrant pain: A case report. *Cases J*. 2008; 1(1):164.
5. Safioleas M, Stamatakis M, Giaslaktiotis K, Smirnis A, Safioleas P. Acute abdomen due to primary omentitis: a case report. *Internal Seminars in Surgical Oncology*. 2007; 4:19.
6. Roffi F, Sebban V, Fernandez P, Meskine N, Serfaty JM, Laissy JP, et al. What is your diagnosis? Segmental infarction of the left border of the greater omentum. *Journal of Radiology*. 2006; 87:399-401.
7. Paroz A, Halkic N, Pezzetta E, Martinet O. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum: a rare cause of acute abdomen. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2003; 7(6):805-8.
8. Bush P. A case of haemorrhage into the greater omentum. *Lancet*. 1896;1:286.



**Figura 1.** Imagen de rarefacción de grasa peritoneal en el TAC, compatible con un infarto omental.