



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

USCÁTEGUI C., HENRY

Torsión primaria de epiplón. Caso clínico

Revista Chilena de Cirugía, vol. 62, núm. 4, agosto-, 2010, pp. 408-411

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531943016>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

 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

Torsión primaria de epiplón. Caso clínico*

Drs. HENRY USCÁTEGUI C.¹

¹ Departamento de Cirugía General Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander. Santander, Colombia.

Abstract

Primary omental torsion. Report of one case

We report a 40 years old female consulting in the emergency room for abdominal pain and a mass in the left lower quadrant. An abdominal CAT scan showed an omental torsion. The patient was operated, excising the involved omentum. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged three days after admission.

Key words: Omental torsion, intestinal obstruction, omentum.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de una paciente con torsión de epiplón manejado en nuestra institución. Se trata de una paciente de sexo femenino de 40 años de edad, que se presenta al servicio de urgencias por clínica de dolor abdominal de una semana de evolución asociado a masa abdominal en flanco izquierdo, en quien se realiza tomografía que revela cambios compatibles con torsión de epiplón por lo cual es llevada a cirugía realizándose resección de todo el omento.

Palabras clave: Omento, epiplón, torsión, abdomen agudo.

Introducción

La torsión primaria del epiplón es una condición clínica poco frecuente y se debe considerar dentro de las causas de abdomen agudo. Su principal manifestación es el dolor abdominal, que puede simular otras patologías quirúrgicas intraabdominales, como apendicitis, diverticulitis, colecistitis e incluso patologías de origen ginecológico^{1,2}. El diagnóstico generalmente se realiza durante la laparotomía siendo la resección quirúrgica el manejo definitivo de dicha entidad.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 40 años quien consulta al servicio de urgencias del hospital universitario de Santander por presentar dolor abdominal de 8 días de evolución, de inicio en epigastrio, que posteriormente se irradia y localiza en flanco y fosa iliaca izquierda, sin presentar fiebre ni vómitos. No refiere antecedentes de importancia. Al examen se encuentra paciente estable hemodinámicamente, signos vitales dentro de límites normales, en abdomen se encuentra dolor a la palpación en flanco

*Recibido el 28 de Diciembre de 2009 y aceptado para publicación el 24 de Febrero de 2010.

Correspondencia: Dr. Henry Uscátegui C.
Calle 16 N° 28-40 Bucaramanga, Santander, Colombia.
E-mail: huscategui@hotmail.com

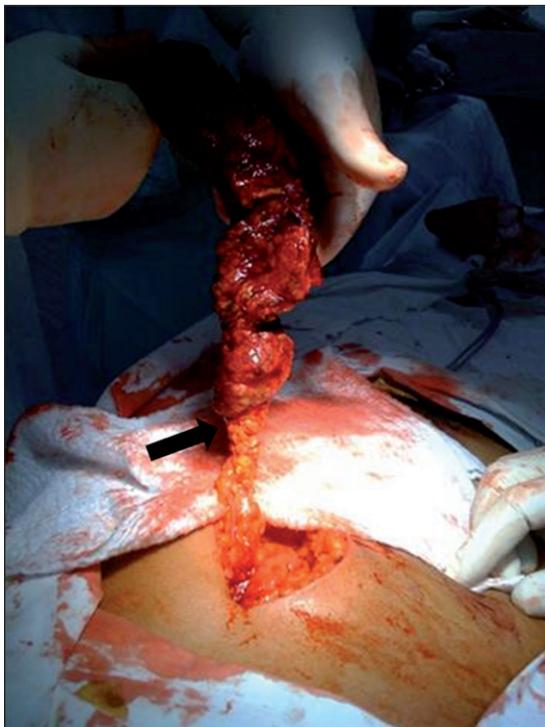


Figura 1. Paciente con torsión de epiplón. Nótese el punto de origen de la torsión (flecha).



Figura 2. Paciente con torsión de epiplón. Se evidencia el compromiso isquémico de la totalidad del omento.

y fossa iliaca izquierdos, donde se encuentra masa indurada, móvil, con signos de irritación peritoneal. Hemograma muestra leucocitos de 8.100 con segmentados del 80%. Se realiza tomografía axial de abdomen que muestra una estructura de aspecto helicoidal que se dirige desde la zona media del hipocondrio izquierdo en dirección inferomedial hasta plano supra vesical con una zona central de mayor densidad con escasa impregnación del medio de contraste, estómago retráido hacia la izquierda; considerando como posible diagnóstico, torsión de epiplón o torsión de asa yeyunal. Se realiza laparoscopia diagnóstica en la cual se evidencia torsión de todo el omento mayor. Se convierte procedimiento a laparotomía, encontrando torsión del epiplón desde su raíz (Figura 1), con necrosis del mismo (Figura 2). Se realiza resección del segmento de epiplón comprometido. Paciente durante el post operatorio presenta adecuada evolución por lo cual es dada de alta en el tercer día hospitalario.

Discusión

Descrito por primera vez por Eitel en 1899, se han reportado menos de 300 casos en la literatura

mundial. Esta entidad generalmente se presenta en pacientes adultos entre la cuarta y quinta décadas de vida siendo el género masculino afectado más frecuentemente³. En niños, se ha calculado que en el 0,1% de todas las laparotomías realizadas con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra una torsión de epiplón como causa de su sintomatología^{3,4}.

Esta es una condición en la cual el epiplón se tuerce sobre su eje longitudinal produciendo compresión del pedículo vascular, congestión venosa, exudado inflamatorio y generando lesión isquémica del segmento distal, que si no se corrige lleva a necrosis, con la respectiva sintomatología de abdomen agudo. En algunos casos se puede presentar destorsión espontánea, pero este evento es muy raro^{5,6}.

La torsión de epiplón se puede clasificar en primaria o secundaria. La forma primaria también llamada idiopática es muy poco frecuente y se presenta en ausencia de alguna patología intraabdominal, siendo esta la forma más vista en la edad pediátrica. La forma secundaria está asociada a alguna patología intraabdominal, como quistes, hernias, enfermedades neoplásicas, cicatrices, o en el período postquirúrgico, condiciones que originan un punto de fijación sobre el cual rota un segmento del omento^{6,7}.

La patogénesis de la torsión de epiplón es desconocida, pero se han asociado algunos factores predisponentes, como variaciones anatómicas, incluyendo la presencia de pedículos largos, aumento de la cantidad de tejido graso por obesidad, omentos bífidos y la presencia de omentos accesorios⁷⁻⁹. Otros factores relacionados con esta patología son el trauma abdominal, el ejercicio, la ingesta de comidas copiosas con hiperperistaltismo, cambios súbitos de posición y aumento de la presión intraabdominal como la que se presenta durante accesos de tos^{7,8}. En el caso de nuestra paciente no se encontró ningún factor predisponente siendo incluido en el grupo que se clasifica como idiopático.

Por tratarse de una patología poco frecuente y que no presenta síntomas específicos, el diagnóstico pocas veces se hace en el período preoperatorio siendo más frecuentemente un hallazgo en una laparotomía realizada por otras causas. Es una patología de carácter benigno de buen pronóstico y recuperación completa tras la resección del segmento comprometido^{7,8,9}.

El síntoma más frecuente es el dolor abdominal de localización en hemiabdomen derecho, en algunos casos se logra palpar una masa en dicha zona. En el caso reportado por nosotros la sintomatología predominaba en el lado izquierdo del abdomen, lo cual es poco frecuente. Otros síntomas menos específicos son fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y aumento del recuento de leucocitos⁸⁻¹⁰.

La ecografía abdominal puede ayudar a hacer el diagnóstico al encontrar una masa sólida hiperecogénica que corresponde al tejido graso inflamado y excluyendo otras causas de abdomen agudo como apendicitis o coleistitis. La realización de una TAC evidencia un patrón de tejido inflamatorio de configuración espiral con posibles áreas de necrosis^{11,12}.

Actualmente, con la posibilidad de realizar el diagnóstico mediante ecografía o TAC, algunos autores recomiendan un manejo conservador no quirúrgico, sin reportar aumento considerable de las complicaciones, aunque algunos pacientes así tratados pueden presentar sepsis, formación de abscesos y adherencias, mayor dolor, e incremento en la estancia hospitalaria¹³.

Con el advenimiento de la laparoscopia, se puede realizar una cirugía de invasión mínima tanto diagnóstica como terapéutica logrando visualización adecuada y completa de toda la cavidad abdominal^{14,15}. Este abordaje permite el manejo de la patología con la resección y extracción del segmento de epiplón isquémico, evitando la realización de una laparotomía y logrando recuperación más rápida de estos pacientes posiblemente con menores estancias hospitalarias¹⁵.

Conclusiones

La torsión primaria del epiplón con compromiso isquémico del mismo es una entidad rara, que puede simular un abdomen agudo convirtiéndose en una entidad de difícil diagnóstico, pero que debe ser tenido en cuenta por el cirujano general. Cuando se sospecha dicha patología, el examen de elección para su confirmación es la tomografía de abdomen. El manejo de elección es la resección quirúrgica ya sea por laparotomía o mediante abordaje laparoscópico logrando la resolución completa de la patología. Las complicaciones después de la cirugía son poco frecuentes.

Referencias

1. Hederstad G. Intra Abdominal Omental Torsion. Ann Surg 1939; 109: 57-63.
2. Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW, et al. Omental Infarction: Case Series and Review of the Literature. The Journal of Emergency Medicine “(en prensa)”. Disponible en www.sciencedirect.com (Consultado el 28 de Junio de 2009).
3. Thum-Umnuaysuk S. Primary Torsion of the Greater Omentum: Report of a Case. J Med Assoc Thai, 2009; 92: 691-693.
4. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct: Conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. J Pediatr Surg 2009; 44: 953-956.
5. Sánchez J, Rosado R, Ramírez D, Medina P, Mezquita S, Gallardo A. Torsion of the Greater Omentum Treatment by Laparoscopy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12: 443-445.
6. Barut I, Tarhan O, Cerci C, Dinelek H, Bulbul M. Primary Torsion of the Omentum as a rare Cause of Acute Abdomen in Adults: Report of a Case. Tip Fak Derg 2005; 12: 59-61.
7. Atar E, Herskovitz P, Powsner E, Katz M. Primary Greater Omental Torsion: CT Diagnosis in an Elderly Woman. IMAJ 2004; 6: 57-58.
8. Cao W, Zhang J. Primary Omental Torsion in a 12 Years-old Boy. Chin Med J 2001; 114: 202-203.
9. Pinedo J, Guevara L. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. Gac Méd Méx 2007; 143: 17-20.
10. Rimon A, Daneman A, Gerstle T, Ratnapalan S. Omental Infarction in Children. J Pediatr 2009; 155: 427-431.
11. Garg AG, Singh AK, Desai RK, Kandarpa K. Omental Infarction and Its Mimics. Contemp Diagn Radiol 2007; 30: 1-6.
12. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omental torsion and infarction Case report and review of the literature. J Clin Imaging 2003; 27: 116-118.
13. Al-Bader I, Al-Said A, Al-Sharraf K, Behbehani A. Pri-

- mary Omental Torsion: Two Case Reports. *Med Princ Pract* 2007; 16: 158-160.
14. Al Tokhais TI, Bokhari AA, Noureldin OH. Primary Omental Torsion: A Rare Cause of Acute Abdomen. *Saudi J Gastroenterol* 2007; 13: 144-146.
15. Alhaifi MB, Mohammad AI, Juma TH. Primary Torsion of the Omentum: Laparoscopic Diagnosis and Resection. *Kuwait Med J* 2007; 39: 74-75.