

Torsión de epiplón mayor como causa de abdomen agudo. A propósito de dos casos

L. C. Capitán Morales, M. Naranjo Capitán, J.M. Pacheco García, O. Araji, A. Nogales Muñoz, A. Galnares Jiménez, R. Balongo García, J.M. Ortega Bevia y J. Cantillana Martínez
Servicio de Cirugía General y Digestiva (Prof. J. Cantillana Martínez). Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

La torsión de epiplón mayor, con el consiguiente infarto epiploico que origina, es una rara causa de abdomen agudo. Su diagnóstico preoperatorio es sumamente difícil, ya que habitualmente se piensa en otras causas más frecuentes de abdomen agudo, llegándose al diagnóstico de certeza en el acto operatorio.

Presentamos 2 casos de torsión aguda de epiplón mayor atendidos en el servicio de urgencias de nuestro centro, uno de ellos asociado a hernia inguinal incarcerada y el otro a enteritis regional.

Palabras clave: *Torsión de epiplón. Infarto epiploico. Abdomen agudo.*

TORSION OF GREATER OMENTUM CAUSING ACUTE ABDOMEN: REPORT OF TWO CASES

The torsion of greater omentum, with the resulting omental infarction, is a rare cause of acute abdomen. It is highly difficult to diagnose preoperatively because other more common causes of acute abdomen are generally considered. Thus, the definitive diagnosis is reached during the surgical procedure.

We present two cases of acute torsion of greater omentum treated in the Emergency Unit of our center, one of which was associated with incarcerated inguinal hernia and the other with regional enteritis.

Key words: *Omental torsion. Omental infarction. Acute abdomen.*

Introducción

La torsión aguda de epiplón mayor (TAE) es una rara causa de abdomen agudo que ocurre cuando un segmento del mismo gira alrededor de su eje, originando un infarto epiploico en la porción distal a la zona torsionada.

El cuadro clínico que origina es indistinguible del de otros procesos abdominales agudos mucho más frecuentes, lo que hace que generalmente el paciente sea intervenido con otro diagnóstico, siendo en el mismo acto operatorio cuando se diagnostica la torsión del epiplón.

A continuación presentamos 2 casos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla por presentar un cuadro de dolor abdominal agudo que requirió tratamiento quirúrgico, encontrándose durante el acto operatorio una torsión de epiplón mayor.

Casos clínicos

Caso 1

El primer caso se trataba de un varón de 28 años de edad que ingresó de urgencias con un cuadro de dolor abdominal intenso, localizado inicialmente en fosa ilíaca y región inguinal derechas, con posterior generalización al resto del abdomen, acompañado de náuseas, vómitos y fiebre, así como deterioro del estado general. Entre los antecedentes del paciente se encontraban la presencia de una hernia inguinal y criptorquidia derechas.

En la exploración destacaba la existencia de dolor abdominal generalizado a la palpación, siendo de mayor intensidad en fosa ilíaca derecha, donde se apreciaba contractura muscular y signo de Blumberg positivo. En la región inguinal derecha se encontró una hernia inguinal irreductible, aunque sin signos de estrangulación.

En la analítica practicada de urgencias destacaba una leucocitosis con neutrofilia, siendo la radiografía simple de abdomen normal.

Con el diagnóstico de hernia inguinal derecha incarcerada se intervino quirúrgicamente de urgencia encontrando, una vez abierto el saco, que el contenido del mismo era epiplón mayor

Correspondencia: Dr. L.C. Capitán Morales.
Residencial Milanos, 3.ª Fase, casa 11.
41007 Sevilla.

Aceptado para su publicación el 12 de abril de 1993.

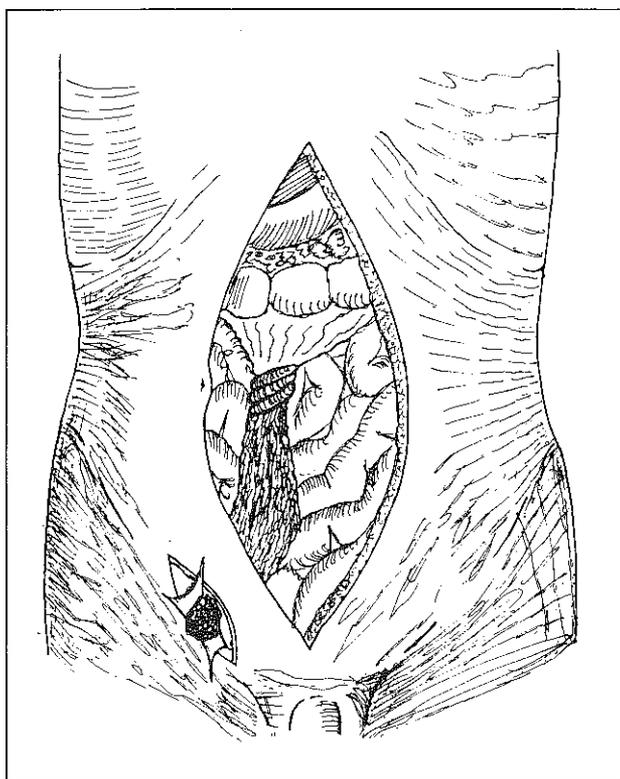


Fig. 1. Representación gráfica del caso 1. Observese el epiplón torsionado y necrosado adherido al saco herniario (abierto).



Fig. 2. Fotografía del acto operatorio del paciente número 2. Epiplón torsionado y adherido al ileon terminal, que muestra signos de ileítis regional.

adherido al fondo del mismo y necrosado más allá del anillo herniario, motivo por el que se decidió practicar una laparotomía media que demostró la existencia de una torsión proximal del epiplón mayor que había provocado una necrosis del mismo en su totalidad (fig. 1). Por este motivo se realizó una resección de dicho omento.

Como hallazgo incidental encontramos un testículo criptorquídico, que se extirpó dada la edad del paciente y el riesgo de malignización, demostrándose en el estudio anatomopatológico

la existencia de un seminoma *in situ*. El informe anatomopatológico del omento extirpado fue de infarto epiploico.

Caso 2

El segundo caso corresponde a un varón de 36 años que ingresó en el servicio de urgencias con un cuadro de dolor abdominal en fosa iliaca derecha acompañado de fiebre, náuseas y vómitos. Los antecedentes personales y familiares del paciente carecían de interés.

La exploración física reveló dolor intenso a la palpación en fosa iliaca derecha con defensa abdominal localizada y signo de Blumberg positivo. Sin embargo, la analítica practicada y la radiografía simple de abdomen no revelaron datos patológicos.

Con el diagnóstico de sospecha de apendicitis aguda fue intervenido, practicándose una incisión de McBurney en fosa iliaca derecha que demostró un apéndice normal y una tumoración abdominal que no podía ser suficientemente explorada por dicha vía, por lo que se decidió realizar una laparotomía media. Se comprobó que la tumoración en realidad correspondía al extremo distal del epiplón mayor torsionado y necrosado que se encontraba adherido al fleon terminal que a su vez se hallaba inflamado por una enteritis regional (fig. 2) que se confirmó por biopsia de adenopatía mesentérica. Ante estos hallazgos se realizó resección del epiplón necrosado, cuyo estudio anatomopatológico demostró la presencia de infarto epiploico.

Discusión

El primer caso de TAE como abdomen agudo fue publicado por Eitel en 1889¹. Dicho cuadro es muy infrecuente, habiéndose descrito hasta 1964 sólo 165 casos². Adams³ añade 25 casos más hasta 1973, lo que prueba su carácter excepcional.

Es útil realizar una división inicial entre la TAE y el infarto epiploico idiopático, dos entidades similares cuya diferencia radica en la presencia o no de torsión⁴. Así mismo, la TAE puede ser primaria o secundaria, existiendo en la segunda una causa intraabdominal que coexiste con ella y la determina (adherencia, hernia interna, etc.).

En su etiopatogenia se incluyen unos factores predisponentes, entre los que se encuentran las alteraciones anatómicas congénitas del epiplón mayor, tal y como es el epiplón bifido, distribución anómala de la grasa epiploica en los obesos, así como una mayor tortuosidad de las venas que favorecería su "retorcimiento" alrededor de un punto fijo.

Entre los factores desencadenantes cabe citar traumatismos abdominales cerrados, ejercicios violentos, tos, estornudos, hiperperistaltismo, así como también cambios bruscos en la posición del cuerpo.

Se han elaborado, incluso, hipótesis enrevesadas, como la teoría hemodinámica, que sugiere que tras una ligera torsión del omento se produce una ingurgitación de las venas en el segmento afectado; por ello, estas venas resultan distendidas por el aumento de presión, lo que acabaría produciendo un efecto de torsión al colocarse estas venas de forma espiral alrededor del eje arterial. Sin embargo, no existen datos objetivos que permitan sustentar estas teorías enunciadas⁵.

Microscópicamente, el epiplón torsionado muestra congestión vascular con hemorragia intersticial y focos de necrosis, siendo el diagnóstico anatomopatológico de infarto hemorrágico. Habitualmente no se encuentran trombos en las luces vasculares.

Clínicamente el dolor abdominal es la forma más característica de presentación⁶, siendo en muchas ocasiones indistinguible de apendicitis, colecistitis agudas^{7,8}, úlcera perforada o torsión de ovario. De la revisión realizada por Mainzer² en 1964, de 165 casos sólo en uno se realizó el diagnóstico preoperatorio.

En uno de nuestros casos, la presencia de una hernia inguinal irreductible planteó un diagnóstico preoperatorio de complicación herniaria, diferente a los citados.

Como exploraciones complementarias útiles en caso de sospecha diagnóstica, ya que el laboratorio no suele diferenciar ningún proceso, se han citado la TAC⁹ y la ecografía¹⁰.

La práctica de una laparotomía es indispensable para realizar el diagnóstico de certeza y, en nuestros 2 casos, para proceder a la resección del epiplón torsionado y necrosado, a pesar de que muchos autores piensan que la incisión de McBurney es suficiente para tal menester. La presencia de un exudado serohemorrágico o la visión de omento de aspecto isquémico son signos que nos obligarán a revisar la cavidad en busca de esta patología.

En uno de nuestros casos es de destacar, a título anecdótico, la asociación con una neoformación maligna, ya que dicha concomitancia no se ha visto recogida en la literatura consultada.

Bibliografía

1. Eitel C. Rare omental torsion. N J Med Rec 1899; 55:715. (Citado por Choen S y Nambiar R).
2. Mainzer RA, Simoes A. Primary idiopathic torsion of the omentum. Arch Surg 1964; 88:974-983.
3. Adams JT. Primary torsion of the omentum. Am J Surg 1973; 126:102-105.
4. Martínez F, Martínez M. Torsión aguda primaria de epiplón mayor. A propósito de tres observaciones. Cir Esp 1987; 41:366-369.
5. Carrillo A, Hernández N, Alarcó A, Soriano A, González F. El infarto epiploico. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. Cir Esp 1986; 40:1.403-1.409.
6. Choen S, Nambiar R. Primary torsion of the greater omentum. Acta Chir Scand 1990; 156:171-172.
7. Barcia PJ, Nelson TG. Primary segmental infarction of the omentum with and without torsion. Am J Surg 1973; 126:328-331.
8. Sweeney MJ, Blestel GA, Ancalmo N. Primary torsion of the greater omentum. A rare cause of abdominal pain in children. JAMA 1983; 249:3.073.
9. Ceuterick L, Baert A, Marchal G, Kerremans R, Geboes K. CT diagnosis of primary torsion of greater omentum. J Comput Assist Tomogr 1987; 11:1.083-1.084.
10. Marcote E, Bengoechea M, Baltasar A. Torsión aguda de epiplón mayor. A propósito de dos casos secundarios a hernia inguinal derecha. Cir Esp 1991; 49:456-458.