

Torsión primaria de epiplón mayor como causa de abdomen agudo quirúrgico. Reporte de un caso

Mayor M.C. Luis Manuel **García-Núñez**,* Ricardo **Padilla-Solís**,† Mayor M.C. Carlos Daniel **Léver-Rosas**,‡ Mayor M.C. Eduardo **Rosales-Montes**,§ Mayor M.C. Héctor **Rendón-Dosal**,|| Tte. Coronel M.C. Retirado José María **Rivera-Cruz**¶

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional Ciudad de México.

RESUMEN

Reportamos el caso de un paciente masculino de 44 años de edad, referido de un segundo nivel de atención, debido a que presentó un padecimiento de cinco días de evolución, caracterizado por dolor abdominal y náusea, sin respuesta al tratamiento médico durante 72 horas. En el Servicio de Urgencias se le detectó datos de irritación peritoneal y signo de Murphy. En la laparotomía se encontró torsión del epiplón mayor, fluido serohemorrágico y ausencia de anomalías en el resto de la cavidad. Es importante considerar la existencia de esta entidad al evaluar la cavidad abdominal cuando el cirujano encuentre líquido serohemorrágico en el abdomen.

Palabras clave: Torsión primaria de epiplón mayor, abdomen agudo quirúrgico.

Introducción

La torsión del epiplón mayor es una patología rara que requiere intervención quirúrgica inmediata. Se clasifica en torsión primaria (sin factores desencadenantes obvios) o secundaria (como resultado de una afección abdominal preexistente). Usualmente se presenta en la cuarta y quinta década de la vida y predomina en varones. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil y es común la confusión con el cuadro clínico de la apendicitis o colecistitis aguda. Tres cuartas partes de los pacientes son operados con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda.^{1,2}

Great omentum torsion

causing surgical acute abdomen: case report

SUMMARY

In this article, we report the case of a 44 years-old patient who was transferred from a secondary army health facility because he presented abdominal pain, nausea and lack of response to medical treatment. In emergency department, he presented acute abdomen signs. He underwent surgical treatment. We found great omentum torsion in laparotomy, serohemorrhagic fluid and no-abnormal findings following laparotomy Ellis-system. We emphasize the importance of abdominal-evaluation for intraoperative-diagnosis of this entity, when the surgeon observes abdominal serohemorrhagic fluid.

Key words: Primary great omentum torsion, surgical acute abdomen.

Debido a que se trata de una patología quirúrgica aguda, la torsión primaria del epiplón mayor siempre se diagnostica transoperatoriamente. Cuando se observa el epiplón torcido, no debe destorcerse manualmente debido al riesgo de trombosis y de la subsecuente necrosis hemorrágica: debe de practicarse una omentectomía simple.²

Reporte del caso

Paciente masculino de 44 años de edad, sin antecedentes de importancia, que ingresó por presentar padecimiento de cinco días de evolución, caracterizado por dolor abdominal

* Cirujano general, International Visiting Scholar/Research Fellow, Trauma Surgery and Surgical Critical Care, Department of Surgery/ Division of Trauma, University of Medicine and Dentistry of New Jersey at Newark, Newark, NJ, US. † Cirujano general, Hospital Ángeles de León, León, Guanajuato. ‡ Cirujano general, Residente de la Subespecialidad de Oncología Quirúrgica, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F. § Cirujano general, Hospital Militar Regional, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. || Cirujano general, Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, México, D.F. ¶ Cirujano general, Escuela Médico Militar, Secretaría de la Defensa Nacional, México D.F.

Correspondencia:

Dr. Luis Manuel García-Núñez.

Circuito Naranjeros No. 22, Col. Club de Golf México, C.P. 14620, Deleg. Tlalpan, D.F. Tel.: 5573-0026.

Correo electrónico: lmgarcian@hotmail.com

Recibido: Noviembre 14, 2009.

Aceptado: Enero 18, 2010.

de tipo cólico atípico ubicado en hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico en una ocasión; manejado extrahospitalariamente de forma conservadora con hidratación parenteral y antiespasmódicos, con el diagnóstico de trastorno funcional del colon. Ante la falta de respuesta, el paciente fue llevado a nuestro hospital. En el Servicio de Urgencias se le observó levemente pálido, con mucosa oral moderadamente deshidratada, aumento de la frecuencia respiratoria y disminución en la profundidad de ventilación. El abdomen se encontró plano, con resistencia muscular refleja predominantemente en el hemiabdomen superior. Se encontró signo de Murphy. Ruidos intestinales disminuidos en frecuencia e intensidad. Dolor referido en el hemiabdomen superior al palpar el hemiabdomen inferior. Resto de la exploración física normal. Los estudios de laboratorio mostraron únicamente leucocitosis de 14,000 leucocitos/mL. Radiografías de tórax y de abdomen normales. El estudio ultrasonográfico de hígado y vías biliares reportó engrosamiento de la pared vesicular de 4 mm y ausencia de litos. Se decidió someter al paciente a intervención quirúrgica con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a colecistitis aguda litiásica. En la cavidad peritoneal se encontró fluido serohemorrágico y plastrón inflamatorio por torsión del epiplón mayor, ubicado en el cuadrante superior derecho del abdomen (*Figura 1*). Se exteriorizó el epiplón encontrando rotación dextrogira, signos de necrosis grasa, disminución de la temperatura y trombosis de los trayectos vasculares arteriales y venosos, por lo cual se decidió realizar omentectomía simple (*Figura 2*). Se completó la laparotomía exploradora según el protocolo exploratorio de Ellis, sin encontrar otras alteraciones. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica reportó la presencia de necrosis grasa hemorrágica y trombosis, venosa y arterial.

En el postoperatorio el paciente padeció íleo metabólico, el cual se resolvió con manejo conservador. Presentó



Figura 2. Destorsión de epiplón mayor con el fin de facilitar la maniobra de resección.

sangrado de tubo digestivo alto sin repercusión hemodinámica ni hematológica, manifestado por residuos hemáticos “en pozos de café” por la sonda nasogástrica, y el cual se evaluó por medio de panendoscopia. El reporte del estudio fue de desgarro de Mallory-Weiss en fase de cicatrización y sin sangrado activo. El paciente egresó durante el séptimo día postoperatorio, en buenas condiciones generales.

Discusión

La torsión del epiplón fue descrita por primera vez por Eitel en 1899, y es una entidad rara, en la cual el enroscamiento ocasiona una necrosis isquémica. Se han reportado menos de 100 casos en la literatura. La torsión puede clasificarse en primaria y secundaria. La torsión primaria ocurre con más frecuencia en los varones que en las mujeres, con una relación de 2:3 entre los 30 y los 50 años de edad. Debido a su gran peso y soltura, la porción derecha del epiplón mayor con frecuencia es la más afectada. La torsión secundaria por lo general es el resultado de una adherencia (torsión bipolar) o de una hernia.^{1,2}

Algunos factores que ocasionan la torsión del omento son cambios en la posición corporal, tos, movimientos intestinales peristálticos aumentados y ejercicio extenuante. Nihei y cols. reportaron una distorsión espontánea que generó hemorragia sin infarto ni trombosis.^{2,3}

El epiplón afectado muestra congestión, trombosis y hemorragia. Sin tratamiento, la masa de tejido necrótico puede infectarse o, en forma eventual, convertirse en fuente de adherencias y cicatrización.¹

En general, el paciente se queja de dolor moderado a severo, de inicio agudo, que se localiza en la fosa iliaca derecha. Además puede tener náusea y vómito, junto con fiebre y leucocitosis moderadas. El examen revela defensa y sensibilidad abdominales. Por lo tanto, puede diagnosticarse en forma errónea una apendicitis aguda.¹

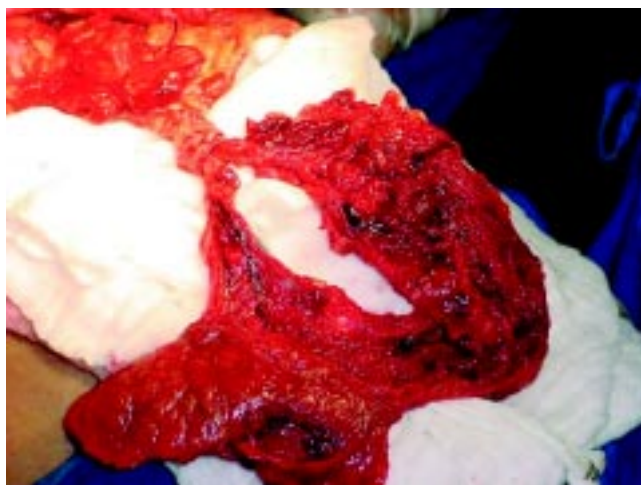


Figura 1. Torsión primaria del epiplón mayor. Se muestra el punto de giro dextrogira y la necrosis grasa hemorrágica. Nótese la trombosis vascular arterial y venosa.

El cuadro clínico simula otras patologías, principalmente trastornos agudos gástricos y hepatobiliares, y los estudios de laboratorio y gabinete usualmente no muestran datos característicos. La ultrasonografía puede mostrar una masa compleja y una mezcla de material sólido y zonas hipoeoicas localizadas entre el estómago y el colon transversal.²

El tratamiento de la torsión del epiplón es la completa escisión del epiplón involucrado. En pacientes con el diagnóstico preoperatorio de apendicitis y cuyo apéndice es normal en el momento de la intervención, debería considerarse la torsión del epiplón, en especial si se descubre líquido peritoneal libre de aspecto serohemorrágico.^{1,4-6}

Referencias

1. Hines OJ, Ashley SW. Lesiones del mesenterio, el epiplón y el retroperitoneo. En: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot (eds.). Operaciones abdominales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998, p. 659.
2. Sarac AM, Yegen C, Aktan AO, Yalin R. Primary torsion of the omentum mimicking acute appendicitis: report of a case. Surg. Today 1997; 27(3): 251-3.
3. Nihei Z, Kojima K, Uehara K, et al. Omental bleeding with spontaneously derotated torsion—a case report. Jpn J Surg 1991; 21(6): 700-2.
4. Gul YA, Jabbar MF, Moissinac K. Primary torsion of the greater omentum. Acta Chir Belg 2001; 101(6): 312-14.
5. Haldar PJ. Primary omental torsion: case report. Trop Gastroenterol 2000; 21(4): 207.
6. Bombardieri T, Cafiero C, Fiumano F, et al. La torsione del grande epiploon quale rara causa di addome acuto. Chir Ital 2000; 52(5): 611-14.

