

Torsión completa del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TC en el diagnóstico preoperatorio

Ruth Marcos Hernández^a, José Martín Fernández^a, Óscar Lozano Alcalde^a, José Pérez Retortillo^b, Pilar Hernández Juara^a, Alberto Gutiérrez Calvo^a y Javier Granell Vicent^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. ^bServicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Resumen

Se presenta el caso clínico de un varón joven intervenido por un cuadro de abdomen agudo secundario a la torsión completa del epiplón mayor, diagnosticado correctamente de manera preoperatoria mediante la realización de una tomografía axial computarizada. Se discuten los hallazgos clinicoradiológicos típicos, así como el tratamiento óptimo, haciendo una revisión de la bibliografía existente.

Palabras clave: Epiplón mayor. Abdomen agudo. Torsión.

COMPLETE TORSION OF THE GREATER OMENTUM AS A CAUSE OF ACUTE ABDOMEN. CONTRIBUTION OF COMPUTERIZED AXIAL TOMOGRAPHY TO PREOPERATIVE DIAGNOSIS

We present the case of a young man who underwent surgery for acute abdomen secondary to complete torsion of the greater omentum. The correct diagnosis was made preoperatively through computed tomography. We discuss the typical clinical and radiological findings, as well as the optimal treatment and review the literature.

Key words: Greater omentum. Acute abdomen. Torsion.

Introducción

La torsión del epiplón mayor es una causa muy poco frecuente de abdomen agudo. Su diagnóstico preoperatorio es difícil ya que puede simular cualquier entidad responsable de las principales causas de abdomen agudo.

Caso clínico

Varón de 24 años de edad que acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha. Refería episodios de epigastralgias de un mes de evolución, no relacionados con la ingestión oral y sin acompañarse de vómitos, alteración del tránsito intestinal o fiebre. La analítica demostró únicamente un leve aumento del recuento leucocitario con neutrofilia. La radiografía simple de abdomen no objetivó alteraciones significativas. En la exploración física presentaba dolor localizado en el epigastrio, el vacío y la fosa ilíaca de-

recha, defensa abdominal y una masa palpable en fosa ilíaca derecha. La ecografía tan sólo señaló una pequeña cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Se practicó una tomografía computarizada (TC) (fig. 1) que indicó la existencia de borrosidad de la grasa mesentérica y una masa abdominal bien delimitada compuesta por pliegues gruesos y fibrosos de distribución concéntrica que se extendía desde el colon transverso hasta la cavidad pélvica (fig. 2). El resto de estructuras abdominales no presentaba alteración alguna. Se practicó una laparotomía media que evidenció la existencia de una torsión completa de epiplón mayor isquémico, y se procedió a su resección y apendicectomía profiláctica. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico con necrosis hemorrágica y esteatonecrosis del epiplón. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Discusión

La torsión del epiplón mayor fue descrita por primera vez en 1899 por Eitel¹. Es una situación anatomopatológica en la cual el órgano rota sobre su eje axial hasta producir un compromiso vascular con estrangulación del mismo, necrosis y/o infarto². La torsión primaria no tiene causa conocida aunque se habla de factores predisponentes, como cambios en la consistencia del epiplón, malformación anatómica del mismo o anomalías vasculares, asociados con factores desencadenantes, como la obesidad, traumatismos abdominales, ejercicio violento o hiperperistaltismo³. Los cuadros producidos

Correspondencia: Dra. R. Marcos Hernández.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Universitario. Príncipe de Asturias.
Ctra. Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid.
Correo electrónico: rmarcos@terra.com

Aceptado para su publicación en agosto de 2002.

Figs. 1a y b. Área de aumento de densidad que se extiende desde región subhepática con morfología de distribución concéntrica en "remolino" o en "capas de cebolla" (flecha negra), que contiene tejido fibroso y grasa y áreas de atenuación sugestiva de hemorragia, hasta la pelvis (asterisco).

por torsión secundaria son más frecuentes e incluyen enfermedad herniaria⁴, cuadros intraabdominales de inflamación, laparotomía previa o tumores, entre otros, que hacen que el borde libre del epiplón se fije a estas estructuras.

La principal manifestación clínica de la torsión del epiplón mayor es el dolor abdominal cuya localización depende de la porción y tamaño del epiplón afectado⁵; el cuadrante inferior derecho es la localización más frecuente. Pueden aparecer náuseas, vómitos, febrícula y, de manera excepcional, es posible palpar una masa. Los datos de laboratorio son poco expresivos y la radiografía simple de abdomen no evidencia hallazgos significativos⁶. A lo largo de la bibliografía el diagnóstico diferencial se ha enfrentado de forma sistemática con los cuadros responsables de abdomen agudo más frecuentes, entre ellos la apendicitis aguda, la colecistitis y la diverticulitis. Otras afecciones del omento mayor, que son causa de dolor abdominal y que deben diferenciarse, son el infarto segmentario de epiplón⁷ y una infrecuente forma de epi-

Fig. 2. Línea de clara separación (flecha blanca) entre la lesión anteriormente descrita respecto a la grasa mesentérica.

plóitis primaria pseudotumoral⁸. La etiología del infarto segmentario de epiplón puede ser idiopática o asociada con enfermedad vascular, adherencias quirúrgicas previas, traumatismo abdominal o torsión limitada, y el examen mediante ultrasonidos puede ser útil y orientar hacia una enfermedad primaria de epiplón. El uso cada vez más extendido de la TC como herramienta en el tratamiento de abdomen agudo permite llevar a cabo un diagnóstico más certero de estas enfermedades; así, la presencia de una masa abdominal de densidad grasa demostrada en la TC obliga al diagnóstico diferencial con lipoma, liposarcoma, angiomiolipoma, mesenteritis retráctil, paniculitis, infarto segmentario epiploico y torsión de epiplón. Sin embargo, la TC puede evidenciar una imagen que podría ser característica de la torsión de epiplón: consiste en la presencia de una masa abdominal bien delimitada compuesta por pliegues grasos y fibrosos entremezclados, que se distribuyen de manera concéntrica o en espiral, y que en su centro pueden contener una estructura hiperdensa vascular que desciende perpendicular al plano axial⁹⁻¹¹.

La actitud que se debe tomar con estos pacientes es controvertida: con anterioridad a la posibilidad de diagnóstico mediante las técnicas de imagen, éste se hacía intraoperatoriamente y la norma era la resección del segmento de epiplón afectado. Sin embargo, desde que autores como Puylaert¹² y Van Breda et al¹³ han publicado evoluciones satisfactorias en pacientes que presentaron infartos segmentarios de epiplón manteniendo una actitud expectante, se cuestiona la necesidad de tratamiento quirúrgico en todos los casos. No obstante, otros autores advierten de la posibilidad de presentar complicaciones si no se adopta una actitud quirúrgica: describen cuadros adherenciales a estructuras adyacentes y la formación de abscesos¹⁴.

La profusión en el empleo de la TC como elemento diagnóstico en el cuadro de abdomen agudo hace que este método sea la técnica electiva que permita confirmar, en primer lugar, la sospecha clínica y, posteriormente, establecer la estrategia que se debe seguir. En el

caso que presentamos se optó por un tratamiento quirúrgico dada la extensión del epiplón afectado (una torsión completa) y la refractariedad del cuadro doloroso a pesar del tratamiento analgésico pautado.

En resumen, la torsión de epiplón es una entidad infrecuente cuyo diagnóstico puede establecerse basándose en los hallazgos de la TC. El tratamiento quirúrgico es curativo en el 100% de los casos, aunque se ha sugerido un tratamiento conservador ante torsiones e infartos segmentarios. Por otro lado, una actitud más conservadora en el futuro puede llevar asociada la aparición de mayor número de complicaciones.

Bibliografía

1. Eitel GG. Rare omental torsión. *NY Med Rec* 1899;55:715.
2. Adams JT. Primary torsion of the omentum. *Am J Surg* 1973;126:102-5.
3. Leitner MJ, Jordan CG, Spinner MH. Torsion, infarction and haemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Ann Surg* 1952;135:103-10.
4. Marcote Valdivieso E, Bengoechea Cantos M, Baltasar A. Torsión aguda de epiplón mayor. A propósito de dos casos secundarios a hernia inguinal derecha. *Cir Esp* 1991;49:456-8.
5. Pera Román M, Pulachs Clapera J, Trias Folch M. Torsión primaria de epiplón mayor. *Rev Esp Enf Dig* 1996;88:232-3.
6. García-Puges AM, Pujol Soler R, Adell Rocafort J, Torres Sintes E, Pujol Rafols J. Torsión del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. *Rev Esp Enf Dig* 1996;88:39-42.
7. Carrillo A, Hernández N, Alarcó A, Soriano A, González F. El infarto epiploico. Una causa poco frecuente de abdomen agudo. *Cir Esp* 1986;40:1403-9.
8. Pedro-Pons A. Patología y clínica médicas. Tomo I. Patología del epiplón. Barcelona: Salvat Editores, 1978.
9. Maeda T, Mori H, Cyujo M, Kikuchi N, Hori Y, Takaki H. CT and MR findings of torsion of greater omentum: a case report. *Abdom Imaging* 1997;22:45-6.
10. Yager A, Carmesí C, De la Ossa J. Torsion of the greater omentum: CT findings. *ARJ* 1999;173:1139-40.
11. Aou N, Haddad-Zebouni S, Slaba S, Noun R, Ghossain M. Left-sided omental torsion: CT appearance. *Eur Radiol* 2000;11:96-8.
12. Puylaert JB. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology* 1992;185:169-72.
13. Van Breda Vriesman AC, De Mol van Otterloo JC, Puylaert JB. Epiploic Appendicitis and omental infarction. *Eur J Sur* 2001;167:723-7.
14. Balthazar EJ, Lefkowitz RA. Left-sided omental infarction with associated omental abscess: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 1993;17:379-81.