



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1993 - Dolor abdominal de dos meses de evolución

P. Sánchez Hernández<sup>a</sup>, C.J. Pascual Suaza<sup>a</sup> y M.L. Mellado Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Casines. Puerto Real. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 59 años, sin RAMc ni hábitos tóxicos, con antecedentes personales de obesidad, HTA en tratamiento con lisinopril 20 mg/HCTZ 12,5 mg e hipotiroidismo tratado con levotiroxina 25 µg. Acude a urgencias por tercera vez en una semana por dolor abdominal intermitente localizado a nivel de mesogastrio de dos meses de evolución, persistente en los últimos 8 días y febrícula de 37,5 °C, que empeora con decúbito supino y se acompaña de náuseas sin vómitos, no alteración del hábito intestinal ni síndrome constitucional.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC, REG, discreta deshidratación mucosas y quejumbrosa, eupneica en reposo. ACP anodina. Abdomen globuloso, blando, depresible, con tumefacción indurada a nivel periumbilical de unos 5 cm de diámetro, con ruidos intestinales conservados, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades anodinas. Exploración neurológica sin alteraciones. T.A. 144/88 mmHg. En analítica de urgencias: Hemograma: Hgb 10,2 g/dl, leucocitos  $19,59 \times 10^3$  /L, Neutrófilos valor absoluto  $14,44 \times 10^3$  /L, Plaquetas  $438 \times 10^3$  /L, resto sin alteraciones. Bioquímica: glucosa 137 mg/dl, PCR 27 mg/dl, procalcitonina 12,3 ng/ml, resto sin alteraciones. Coagulación: actividad protrombina 98%, fibrinógeno 715 mg%. Rx abdomen: abundantes restos de heces en marco cólico, sin presencia de niveles hidroaéreos. Por parte de radiología se realizó eco abdomen, donde se apreciaba lesión hipoecogénica de límites imprecisos sin vascularización significativa, por lo que efectuó TAC abdomen: lesión nodular, mal definido de la grasa omental, periumbilical, con diámetro transverso de 6 cm y AP de 3 cm, correspondiendo con infarto omental.

**Juicio clínico:** Infarto omental.

**Diagnóstico diferencial:** Debido a la localización del dolor en mesogastrio las entidades a tener en cuenta sería trombosis arteria mesentérica, pseudo-obstrucción intestinal, obstrucción intestinal, aneurisma de aorta, apendicitis aguda y divertículo de Meckel.

**Comentario final:** El infarto omental representa una patología autolimitada y benigna, que clínicamente puede simular un abdomen agudo quirúrgico. La ecografía sólo sugiere el diagnóstico y TAC constituye una herramienta diagnóstica indispensable, ya que no sólo descarta otras causas quirúrgicas de abdomen agudo, sino que realiza un diagnóstico certero del infarto omental. En TAC se presenta como una lesión de densidad grasa, localizada medial al colon ascendente o anterior al colon transverso, de bordes mal definidos y con estriaciones internas de mayor densidad. El manejo de esta entidad es controvertido, algunos autores recomiendan tratamiento conservador mediante medidas dietéticas y control sintomatológico, reservándose la

cirugía ante complicaciones o falta de respuesta, y otra vertiente recomienda la intervención quirúrgica justificándose en una recuperación más temprana y con menor tasa de complicaciones. En este caso, se decidió ingreso a cargo de cirugía para intervención programada de la paciente debido a la evolución tórpida de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Varela C, Fuentes M, Rivadeneira R. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intra-abdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: Hallazgos en tomografía computada. Revista Chilena de Radiología. 2004;10(1):28-34.
2. Roffi F, Sebban V, Fernández P, Meskine N, Serfaty JM, Laissy JP, et al. What is your diagnosis? Segmental infarction of the left border. Radiology. 2006;87:399-401.