

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Dos Reis VM. Dermatitis due to plants (phytodermatitis). *An Bras Dermatol.* 2010;85:479–89.
2. Raam R, DeClerck B, Jhun P, Herbert M. Phytophotodermatitis: The other lime disease. *Ann Emerg Med.* 2016;67:554–6.
3. Machado M, Vidal RL, Cardoso P, Coelho S. Phytophotodermatitis: A diagnosis to consider. *BMJ Case Rep.* 2015;2015.
4. Klimaszuk P, Klimaszuk D, Piotrowiak M, Popiolek A. Unusual complications after occupational exposure to giant hogweed (*Heracleum mantegazzianum*): A case report. *Int J Occup Med Environ Health.* 2014;27:141–4.
5. Córdoba S, González M, Martínez-Morán C, Borbujo JM. Fitofotodermatitis ampollosa producida por un remedio esotérico. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:79–81.
6. Mioduszewski M, Beecker J. Phytophotodermatitis from making sangria: A phototoxic reaction to lime and lemon juice. *CMAJ.* 2015;187:756.
7. Sarhane KA, Ibrahim A, Fagan SP, Goverman J. Phytophotodermatitis. *Eplasty.* 2013;13:ic57.
8. Marcos LA, Kahler R. Phytophotodermatitis. *Int J Infect Dis.* 2015;38:7–8.

M. Jordán-Domingo^{a,b,*}, D. Sáenz-Abad^{b,c},
M.A. Muñoz-Lafoz^d, C.A. Baquer-Sahún^{a,b}
y M.C. Lahoza-Pérez^{b,c}

^a *Medicina Familiar y Comunitaria, Sector III, Zaragoza, España*

^b *Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España*

^c *Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

^d *Servicio de Urgencias, Fundación Hospital de Calahorra, Calahorra, La Rioja, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.jordan@hotmail.es
(M. Jordán-Domingo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.02.003>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental



Cause of acute non-surgical abdomen: omental infarction

Introducción

Una de las principales causas de asistencia a un centro médico (tanto de atención primaria como hospitalaria) es el dolor abdominal. En muchas ocasiones se presenta como un cuadro inespecífico que tras su estudio permanece sin un diagnóstico claro, si bien la mayor utilización de la ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) ha hecho que este número de casos «sin resolver» haya decrecido¹.

Una de las posibles causas de dolor abdominal es el infarto omental, una entidad autolimitada, benigna y rara, poco conocida que es más frecuente en varones de entre 30–50 años². Como su nombre indica, se debe a una isquemia de la grasa del epiplón mayor, generalmente del segmento derecho, por ser más móvil y tener una irrigación más larga y tortuosa que actúa como eje de torsión^{2–4}.

Suele ocurrir tras cirugía abdominal reciente, aunque también hay casos idiopáticos, más frecuentes en pacientes obesos (sobre todo niños). Otros factores de riesgo son ejercicio extenuante, comidas abundantes, traumatismos...^{2,5}. La etiopatogenia es poco conocida, postulándose una congestión vascular (por aumento de la presión intraabdominal), o una anomalía de los mismos (que los hace más susceptibles a la torsión e infarto)^{4,6,7}.

Si bien puede simular un cuadro de abdomen agudo, no suele tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial, y pese a presentarse como un abdomen quirúrgico, por lo general, no requiere tal, por lo que su detección en las pruebas de imagen evitaría intervenciones innecesarias^{6,8}.

Solo los casos refractarios al tratamiento conservador (analgesia y, en algunos casos, profilaxis antibiótica) en las primeras 48 h y aquellos en los que existan dudas diagnósticas precisarán laparoscopia diagnóstica-terapéutica con resección del omento afecto^{3,4,7}. En los casos por torsión del hilio omental, no se aconseja la desrotación manual por el riesgo de trombosis y necrosis tardía⁵.

Análiticamente presenta datos inespecíficos: leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva (figs. 1 y 2).

La ecografía puede indicar el diagnóstico, mostrando una masa hiperecoica ovoidea^{3,7,8}, pero es la TAC la herramienta diagnóstica fundamental, ya que permite no solo descartar otras causas de abdomen agudo, sino realizar el diagnóstico de certeza. Se presenta como una lesión de densidad grasa mayor de 3 cm, de bordes mal definidos y con imágenes lineales finas en su interior de mayor densidad, generalmente medial al colon ascendente o anterior al transversal^{3,6–8}.

Una entidad que radiológicamente puede simular un infarto omental es la apendicitis epiploica, pero datos en contra de esta serían el tamaño superior a 3 cm y la ausencia de anillo hiperdenso en la TAC con contraste. Ambas entidades forman parte de lo que se conoce como «infarto graso focal intraabdominal», siendo su manejo similar, por lo que la diferenciación entre una afección y otra carece de relevancia clínica^{8,9}.

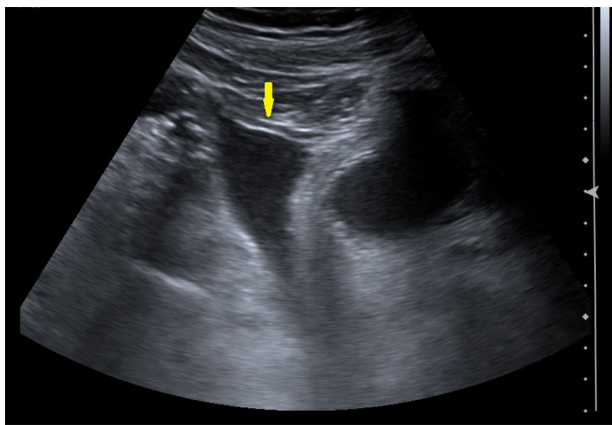


Figura 1 En la ecografía se descubrió líquido libre en la cavidad abdominal, hallazgo por el que se decidió realizar la TAC dado que no se observaba dolencia ecográfica (señalado con flecha).

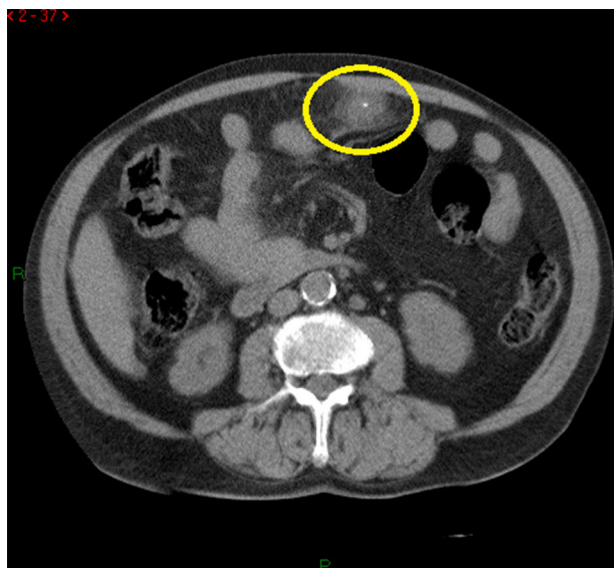


Figura 2 En esta fotografía podemos observar un corte tomográfico de la isquemia omental, que se muestra como una lesión de densidad grasa, de bordes mal definidos y con imágenes de mayor densidad en su interior (señalado con círculo).

Caso clínico

Nuestro caso trata de un varón de 72 años que acude a urgencias hospitalarias por dolor abdominal difuso de instauración súbita que le despertó de madrugada, llevando en el momento de la atención 2h de evolución. Niega ingesta masiva previa de alimentos o esfuerzos que hayan podido desencadenar el cuadro, no achacándolo a ningún motivo. Lo localiza por todo el abdomen, describiéndolo «como una puñalada». Ha tomado un ibuprofeno, sin obtener mejoría del cuadro. Niega también vómitos, diarrea o estreñimiento acompañante, destacando a simple vista una sudoración profusa con leve taquicardia (125lpm), siendo el resto de las constantes vitales normales.

Como antecedentes personales refiere hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, estando en tratamiento actualmente con amlodipino, losartán, hidroclorotiazida, metformina, atorvastatina y AAS.

A la exploración solo destaca dolor abdominal generalizado, con predominio en hemiabdomen derecho y defensa muscular.

En cuanto a las pruebas complementarias, el electrocardiograma muestra taquicardia sinusal a 125lpm sin otros hallazgos de interés. La radiografía, una correcta distribución del luminograma aéreo con gran cantidad de heces en marco cólico, y en la analítica, leve leucocitosis con desviación izquierda y elevación de la proteína C reactiva.

Pese a la analgesia administrada, el dolor persiste, por lo cual se solicita ecografía abdominal, donde se objetiva líquido libre sin otro hallazgo patológico. Se decide realizar TAC, con la que se llega al diagnóstico definitivo de infarto omental.

Ante la ausencia de control del dolor, se interconsulta con cirugía general, que acepta ingreso a su cargo. Tras 10 días de ingreso, el mismo desaparece, por lo que se acuerda alta domiciliaria con revisión en consultas externas.

Discusión

Se piensa que, dada la relación entre el infarto omental y la obesidad, el aumento de la prevalencia de esta va a conllevar en los próximos años un incremento en la incidencia de casos^{3,7}.

Pese a la tendencia en el manejo conservador de esta dolencia, no hay evidencias significativas con respecto a la cirugía, habiendo autores que optan por esta última por evitar complicaciones derivadas del cuadro (sepsis, abscesificación, adherencias) y del uso excesivo de pruebas complementarias, y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria^{2,4,10}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Reyes Balaguer J. Apendagitis epiploica: una causa infrecuente de dolor abdominal a tener en cuenta en atención primaria. *Semerger*. 2014;40:478.

2. López-Rubio MA, Martínez-Ruiz Y. Una causa infrecuente de dolor abdominal: el infarto de omento. *Rev Clín Med Fam.* 2011;4:254-5.
 3. Armas-Álvarez AL, Pradillos-Serna JM, Rivera-Chávez LL, Perri LE, García Palacios M, Rodríguez Barca P, et al. Tratamiento conservador del infarto omental. *Cir Pediatr.* 2014;27:149-52.
 4. Catoia B, Leopold E, Silva A. Omental torsion: A rare cause of acute abdomen in children. *Rev ANACEM.* 2012;6:84-6.
 5. Pinedo-Onofre JA, Guevara-Torres. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. *Gac Méd Méx.* 2007;143:17-20.
 6. Fernández-Rey CL. Primary omental infarction as cause of non-surgical acute abdomen: Imaging diagnose. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:8.
 7. Sierra P, Cabrera T. R, Fuentealba IM, Soto G, Abud PM. Caso clínico radiológico para diagnóstico. *Rev Chil Radiol.* 2009;15:3.
 8. Motta-Ramírez GA, Rodríguez-Treviño C, Paredes-Manjarrez C, José Echavarry D, Valenzuela Tamariz J. Infarto focal de grasa intraabdominal (IFGI) como causa bien conocida y establecida pero inusual de dolor abdominal agudo. *An Radiol.* 2009;4:281-90.
 9. Miguel A, Ripollés T, Martínez MJ, Morote V, Ruiz A. Apendicitis epiploica e infarto omental. Hallazgos en ecografía y tomografía computarizada. *Radiología.* 2001;43:395-401.
 10. López V, Sánchez P, Febrero B, Ramírez P, Ríos A, Rodríguez JM, et al. Infarto omental: ¿manejo quirúrgico o conservador? *Cir Esp.* 2014;92(Espec Congr):950.
- J. Sánchez-López-Gay^{a,*}, J.M. Becerra-Almazán^b, R. Reyes-Aguilar^c, B. Rodríguez-Barón^d y J.C. Navarro-Duarte^e
- ^a *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFyC) de Almería, Centro de Salud Huércal de Almería, Almería, España*
- ^b *Servicio de Radiodiagnóstico, CHARE El Toyo, Almería, España*
- ^c *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFyC) de Almería, Centro de Salud Plaza de Toros, Almería, España*
- ^d *Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFyC) de Almería, Centro de Salud Virgen del Mar, Almería, España*
- ^e *Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: josesanlop.g@gmail.com
 (J. Sánchez-López-Gay).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2017.02.006>
 1138-3593/
 © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.