

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Bibliografía

- Bethesda MD. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Office of Communications and Public Liaison. National Institutes of Health; 2014.
- Jha VC, Kumar R, Srivastav AK, Mehrotra A, Sahu RN. A case series of 12 patients with incidental asymptomatic Dandy-Walker syndrome and management. *Childs Nerv Syst.* 2012;28:861–7.
- Figueroa Ángel V, Reyes-Moreno I, García-López R, Rodríguez-Aceves C, Martínez-Muñiz I. Síndrome de Dandy-Walker. *Arch Neurol (Mex).* 2013;18:92–8.
- Poretti A, Boltshauser E, Huisman TA. Pre and postnatal neuroimaging of congenital cerebellar abnormalities. *Cerebellum.* 2016;15:5–9.
- Blaettner C, Pfaffenberger NM, Cartes-Zumelzu F, Hofer A. Psychiatric misdiagnoses in Dandy-Walker variant. *Neurocase.* 2015;21:499–500.
- Basson MA, Wingate RJ. Congenital hypoplasia of the cerebellum: Developmental causes and behavioural consequences. *Front Neuroanat.* 2013;7:29.
- Mimaki M, Shihara T, Watanabe M, Hirakata K, Sakazume S, Ishiguro A, et al. Holoprosencephaly with cerebellar vermis hypoplasia in 13 q deletion syndrome: Critical region for cerebellar dysgenesis within 13q32.2q34. *Brain Dev.* 2015;37:714–8.
- Reeder MR, Botto LD, Keppler-Noreuil KM, Carey JC, Byrne JL, Feldkamp ML. Risk factors for Dandy Walker Malformation: A population based assessment. *Am J Med Genet A.* 2015;167:2009–16.
- Rodríguez Virgili J, Cabal García A. Síndrome de Dandy-Walker. *Aten Primaria.* 2010;42:50–1.

Esther Álvarez Gómez*, Daniel Schadeegg Peña, Mamadou Bengaly Minthe y Ernesto García-Arilla Calvo

Servicio de Geriatriá, Hospital Real de Nuestra Señora de Gracia, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estherag@hotmail.com (E. Álvarez Gómez).

Recibido el 23 de noviembre de 2016

Aceptado el 31 de enero de 2017

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.01.009>

0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Infarto de omento: una causa inusual de abdomen agudo



Omental infarction: An unusual cause of acute abdomen

El infarto de omento o epiplón es un proceso infrecuente que suele ocurrir entre la 4.^a y 5.^a década de la vida, aunque también se ha descrito en la población pediátrica, y mayoritariamente afecta a varones (relación 2:1)^{1,2}. Se estima una incidencia en torno al 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo³.

En la mayoría de los casos se desconoce la etiología. Se ha relacionado con factores como la obesidad, el ejercicio extenuante, las comidas copiosas, el traumatismo, la tos o el uso de laxantes. En otros casos es secundario a enfermedades intraabdominales que provocan una torsión del omento (hernias, tumores, condiciones inflamatorias crónicas, adherencias por cirugía abdominal previa...); trombosis por trastornos de hipercoagulabilidad, policitemia y vasculitis; o congestión de la vena mesentérica por enfermedades sistémicas, como la insuficiencia cardíaca^{1,2,4}. El resultado es una necrosis aséptica que da lugar a un proceso inflamatorio, afectando con frecuencia al peritoneo parietal e incluso a la pared abdominal. Parece que el lado derecho del epiplón es más susceptible al infarto, dada su mayor longitud y movilidad.

El cuadro clínico consiste en dolor abdominal agudo o subagudo que en la mayoría de los casos se localiza en el hemiabdomen derecho. De forma infrecuente se acompaña de síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos y diarrea. Además, puede acompañarse de fiebre. En las pruebas de laboratorio es posible observar leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva (PCR)^{1,2}. Esta inespecificidad de la sintomatología obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otras causas más frecuentes de abdomen agudo, como apendicitis, pancreatitis o colecistitis. En la exploración puede existir cierto grado de irritación peritoneal o palparse una masa o zona empastada en flanco o fosa ilíaca derecha^{1,2,4}.

El uso de la tomografía computarizada (TC) en la evaluación de los casos de abdomen agudo ha permitido realizar un diagnóstico fiable de una entidad que anteriormente solo se diagnosticaba mediante una laparotomía urgente. La TC de abdomen constituye la técnica de elección para el diagnóstico del infarto de epiplón^{4,5}, que aparece como una lesión de atenuación grasa, ovoidea, bien delimitada, con reticulación heterogénea y densidades lineales a

menudo distribuidas de forma concéntrica o en espiral^{4,5}. Hasta un 50% de los casos asocian líquido serosanguinolento peritoneal⁶.

Aunque no existen estudios comparativos con el tratamiento quirúrgico, el tratamiento conservador resultaría la mejor opción terapéutica en pacientes estables y sin complicaciones inmediatas (abscesos, sepsis, obstrucción intestinal...)^{1,2}.

Descripción del caso

Varón de 86 años que acude al servicio de urgencias por un cuadro de 24 h de evolución consistente en dolor en flanco y fosa ilíaca derechos de instauración progresiva, malestar general, vómitos y diarrea. No asociaba fiebre, hematoquecia, melenas ni disuria.

Como antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, dislipemia y cardiopatía isquémica. Seguía tratamiento habitual con omeprazol, ácido acetilsalicílico, simvastatina y nebivolol. Desde el punto de vista funcional, el paciente era independiente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, deambulando sin ayudas técnicas. No realizaba tareas del hogar (índices de Barthel: 100 y de Lawton: 5). Desde el punto de vista mental, presentaba rasgos de personalidad paranoide que condicionaban significativamente las relaciones interpersonales y familiares; sin evidencia de deterioro cognitivo. Vivía en casa de una hija.

En el examen físico presentaba una tensión arterial de 146/60 mmHg, 58 pulsaciones/minuto y 37,2 °C. El abdomen aparecía doloroso a la palpación en flanco y fosa ilíaca derechos, no distendido, sin palparse masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal; ruidos hidroaéreos presentes.

Respecto a las pruebas complementarias realizadas, presentaba una PCR de 23 mg/l, 8.920 leucocitos/mm³ (83,4% neutrófilos) y anemia leve (hemoglobina 11,4 g/dl) macrocítica (volumen corpuscular medio 98,7 fl) normocrómica. Las pruebas de función hepática y renal, así como los valores de amilasa eran normales. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal con bloqueo completo de rama derecha. No presentaba alteraciones relevantes en la radiografía de tórax ni de abdomen.

Se realizó una TC de abdomen que mostró un aumento de densidad con trabeculación de la grasa epiploica en fosa ilíaca derecha, adyacente al colon, con efecto masa, así como líquido libre en el fondo de saco de Douglas (fig. 1).

Con el diagnóstico de infarto de omento, el paciente fue tratado con dieta absoluta, sueroterapia y analgésicos, manteniéndose

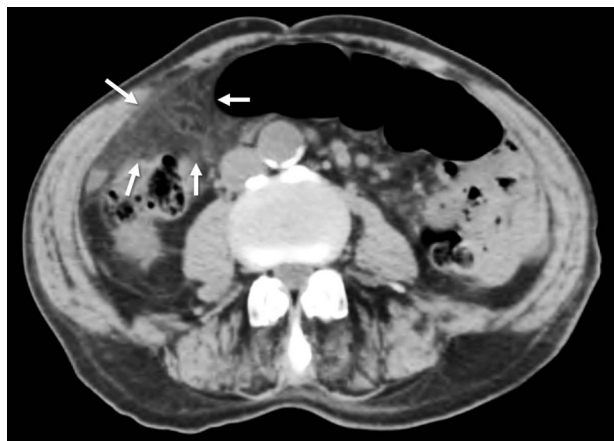


Figura 1. Imagen de la TC abdominal mostrando un aumento de densidad con trabeculación de la grasa epiploica en fosa ilíaca derecha, adyacente al colon, con efecto masa.

hemodinámicamente estable y afebril y disminuyendo el dolor abdominal de forma progresiva. El tercer día de ingreso inició alimentación oral con buena tolerancia y el sexto día fue dado de alta al encontrarse asintomático, con normalización de la exploración abdominal y de los parámetros analíticos.

Discusión

Revisando la bibliografía relativa al infarto de omento, apenas existen casos publicados en edades avanzadas, como es el caso que nos ocupa. Se trata de una entidad clínica que se presenta de forma característica en la edad media de la vida, habiéndose comunicado casos en niños.

En este paciente, tanto la sintomatología referida como el resultado de las pruebas complementarias realizadas fueron inespecíficas y poco concluyentes, alcanzándose el diagnóstico mediante la realización de una TC abdominal. Dado que la mayoría de los pacientes con un infarto de omento se presentan con un abdomen agudo, la TC abdominal es la prueba diagnóstica de elección^{4,5}, ya que permite excluir otras entidades clínicas como colecistitis, apendicitis o diverticulitis, y confirmar la presencia del infarto de epiplón al mostrar los hallazgos radiológicos típicos señalados anteriormente.

El tratamiento conservador del infarto de omento constituye una alternativa terapéutica a la cirugía urgente desde que las

técnicas radiológicas permiten su diagnóstico. Aunque no disponemos de estudios comparativos entre ambos tratamientos, la cirugía quedaría reservada para los casos de mala evolución con el tratamiento médico. En nuestro caso, la respuesta clínica al tratamiento conservador fue excelente y el paciente pudo ser dado de alta tras una breve estancia hospitalaria.

En conclusión, el infarto de omento es una causa infrecuente de abdomen agudo en la vejez y en la mayoría de los casos no tiene una etiología conocida. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas, por lo que se requiere la realización de una TC abdominal para llegar al diagnóstico. Se han publicado series de casos que indican la idoneidad del tratamiento médico frente al quirúrgico, si bien son necesarios ensayos clínicos que diluciden esta cuestión.

Bibliografía

1. Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW, et al. Omental infarction: Case series and review of the literature. *J Emerg Med.* 2012;42:149-54.
2. Soobrah R, Badran M, Smith SG. Conservative management of segmental infarction of the greater omentum: A case report and review of literature. *Case Rep Med.* 2010;2010:765389.
3. Lardies JM, Abente FC, Napolitano A, Sarotto L, Ferraina P. Primary segmental infarction of the greater omentum: A rare cause of RLQ syndrome: Laparoscopic resection. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11:60-2.
4. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omental torsion and infarction: Case report and review of the literature. *Clin Imaging.* 2003;27:116-8.
5. Marcos R, Martín J, Lozano O, Pérez J, Hernández P, Gutiérrez A, et al. Complete torsion of the greater omentum as a cause of acute abdomen. Contribution of computerized axial tomography to preoperative diagnosis. *Cir Esp.* 2002;72:362-4.
6. Tolenaar PL, Bast TJ. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Br J Surg.* 1987;74:1182.

Irene Criado Martín^a, Nuria Fe Andriño Díaz^b y Pedro López-Dóriga Bonnardeaux^{a,*}

^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.lopezdoriga@salud.madrid.org (P. López-Dóriga Bonnardeaux).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.06.003>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.