

BIBLIOGRAFÍA

1. Minami Y, Kudo M. Radiofrequency ablation of liver metastases from colorectal cancer: A literature review. *Gut Liver*. 2013;7:1-6.
2. Razafindratsira T, Isambert M, Evrard S. Complications of intraoperative radiofrequency ablation of liver metastases. *HPB (Oxford)*. 2011;13:15-23.
3. Frich L, Hol PK, Roy S, Mala T, Edwin B, Clausen OP, et al. Experimental hepatic radiofrequency ablation using wet electrodes: Electrode-to-vessel distance is a significant predictor for delayed portal vein thrombosis. *Eur Radiol*. 2006;16:1990-9.
4. Mulier S, Mulier P, Ni Y, Miao Y, Dupas B, Marchal G, et al. Complications of radiofrequency coagulation of liver tumours. *Br J Surg*. 2002;89:1206-22.
5. Desolneux G, Vara J, Razafindratsira T, Isambert M, Brouste V, McKelvie-Sebileau P, et al. Patterns of complications following intraoperative radiofrequency ablation for liver metastases. *HPB (Oxford)*. 2014. <http://dx.doi.org/10.1111/hpb.12274> [Epub ahead of print].
6. Evrard S, Brouste V, McKelvie-Sebileau P, Desolneux G. Liver metastases in close contact to hepatic veins ablated under vascular exclusion. *EJSO*. 2013;39:1400-6.
7. Kim AY, Rhim H, Park M, Lee MW, Kim YS, Choi D, et al. Venous thrombosis after radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma. *Am J Roentgenol*. 2011;197:1474-80.

Óscar Alonso Casado^{a*}, Santiago González Moreno^a, Sara Encinas García^b, Eduardo Rubio González^a y Gloria Ortega Pérez^a

^aUnidad de Oncología Quirúrgica Digestiva, MD Anderson Cancer Center Madrid, Madrid, España

^bUnidad de Oncología Médica Digestiva, MD Anderson Cancer Center Madrid, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oalonso@mdanderson.es (Ó. Alonso Casado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.011>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Infarto omental: ¿manejo quirúrgico o conservador?

Omental infarction: Surgical or conservative management?



El infarto omental (IO) es una causa infrecuente de abdomen agudo¹. La inclusión de los últimos avances radiológicos en la práctica clínica habitual cuestiona el manejo quirúrgico clásico de esta enfermedad². Presentamos una revisión de los ingresados por IO en nuestro hospital en los últimos 10 años (6 casos) (tabla 1), de los que 3 recibieron tratamiento quirúrgico.

Los pacientes tratados de forma conservadora fueron diagnosticados de IO mediante tomografía computarizada (TC), sin diagnóstico anatomopatológico de certeza. Uno de ellos reingresó por empeoramiento clínico a la semana del alta, precisando nueva TC y una colonoscopia para descartar enfermedad subyacente. Todos recibieron tratamiento analgésico, antiinflamatorio y antibiótico, tal y como realizan otros autores^{1,2}, siendo el tratamiento antibiótico discutido en otros casos^{3,4}. Tras la mejoría clínica fueron alta hospitalaria a los 5, 9 y 11 días, respectivamente. A los 2 años continúan asintomáticos, con TC anual de control donde se objetiva reducción de la masa inflamatoria^{3,4}, así como ausencia de otras lesiones omentales^{1,5}.

En los pacientes tratados quirúrgicamente no existía un diagnóstico preoperatorio de IO. En 2 casos se indicó la cirugía por sospecha de apendicitis aguda, y en un caso por sospecha de absceso tubo-ovárico. En los 3 casos se confirmó el diagnóstico de IO durante el acto quirúrgico. Se extirpó el epiplón afectado y el apéndice cecal en todos los casos,

este último para evitar un error diagnóstico futuro^{2,5,6}. La estancia hospitalaria fue de 2, 4 y 4 días, respectivamente, sin complicaciones postoperatorias. Fueron revisados al mes de la cirugía, estando asintomáticos.

Según la clasificación propuesta por Leitner et al., el IO se divide en primario y secundario en función de su patogénesis⁷. Puede ser secundario a una torsión por adherencias, quistes, tumores o hernias, o debido a procesos de trombosis por hipercoagulopatías, anomalías vasculares o traumas (como nuestro tercer caso). Cuando no se encuentra una causa discernible se denomina IO primario, siendo esta la etiología más frecuente, como ocurrió en 5 de nuestros pacientes. Se describen factores predisponentes como la obesidad, un traumatismo local, el consumo excesivo de alimentos o la tos⁵.

Dentro de la inespecificidad clínica predomina el dolor progresivo y localizado en hemiabdomen derecho². Nuestros 6 casos debutaron con clínica compatible con abdomen agudo. En general, las náuseas, vómitos, anorexia u otros datos clínicos gastrointestinales están ausentes. Esta forma de presentación plantea un diagnóstico diferencial con una colecistitis, diverticulitis, apendicitis epiploica, tumores de contenido graso, mesenteritis esclerosante o causa ginecológica y, sobre todo, con la apendicitis aguda.

Mientras que la ecografía nos orienta en el diagnóstico de IO, la TC constituye la prueba de elección. Cuando el IO es causado por una torsión es característica la presencia de un

Tabla 1 – Descripción de los pacientes diagnosticados de infarto omental en nuestro hospital (periodo 2003-2013)

Diagnóstico	Año	Edad	Sexo	Antecedentes de interés	Clínica	Pruebas complementarias	Diagnóstico	Estancia hospitalaria (días)	Otros datos de interés
Radiológico (TC)	2010	59	V	AIT	Dolor abdominal tras colonoscopia	TC	IO	5	TC anual durante 2 años
Radiológico (TC)	2013	50	M	No	Dolor HCD	TC	IO	9	Precisó de reingreso TC anual durante 2 años
Radiológico (TC)	2013	49	M	Vasculitis leucocitoplástica cutánea IAM	Dolor HCD	Ecografía TC	IO	11	TC anual durante 2 años
Quirúrgico	2004	30	V	No	Dolor FID	Radiografía simple abdominal	Apendicitis	2	Apendicectomía + resección IO
Quirúrgico	2007	33	V	No	Dolor FID	No	Apendicitis	3	Apendicectomía + resección IO
Quirúrgico	2012	31	M	No	Dolor epigástrico	Ecografía TC	Absceso tubo-ovárico	4	Apendicectomía + resección IO

AIT: accidente isquémico transitorio; FID: fosa ilíaca derecha; HCD: hipocondrio derecho; IAM: infarto agudo de miocardio; IO: infarto omental; M: mujer; TC: tomografía computarizada; V: varón.

patrón de rallas concéntricas hiperatenuadas en la masa grasa, llamado «signo del giro»^{3,4}.

El IO puede presentar como complicaciones el desarrollo de adherencias y abscesos intraabdominales^{3,4,8}, por lo que se aconseja una estrecha vigilancia en los primeros días, seguido de control ecográfico en el primer trimestre y TC anual durante los 3 primeros años^{3,4}. El tratamiento quirúrgico, principalmente por laparoscopia, es aconsejable cuando los hallazgos radiológicos son inespecíficos y existe persistencia de la clínica. Como ventajas del abordaje laparoscópico destacan la menor estancia hospitalaria y la prevención de las complicaciones del manejo conservador, siendo sus inconvenientes los riesgos de la anestesia general y los propios del procedimiento quirúrgico⁹.

Aunque la TC ha supuesto un avance en el diagnóstico de esta enfermedad para optar por el tratamiento conservador, el abordaje quirúrgico sigue siendo la mejor alternativa para confirmar el diagnóstico y, fundamentalmente, para realizar un diagnóstico diferencial con una apendicitis aguda. En nuestra serie, el diagnóstico de IO en los pacientes manejados con tratamiento conservador, se obtuvo mediante la realización de una TC abdominal, pero aún así existían dudas diagnósticas que condicionaron la prolongación de la estancia hospitalaria. Sin embargo, en los casos de tratamiento quirúrgico, la anatomía patológica facilitó el diagnóstico definitivo de IO¹⁰.

Un aspecto a tener en cuenta a favor del tratamiento quirúrgico es que los pacientes tratados de forma conservadora precisaron de controles radiológicos durante 2 años para descartar complicaciones, mientras que el grupo que recibió tratamiento quirúrgico solo requirió de una revisión rutinaria al mes de la intervención.

La mayoría de autores recomiendan un manejo conservador ante un diagnóstico radiológico de IO, tal y como se describe en nuestra serie, optando por el abordaje laparoscópico solo en aquellos casos con empeoramiento clínico^{1,6}.

Dada nuestra experiencia en los casos intervenidos, y a falta de estudios comparativos que demuestren diferencias significativas entre el manejo conservador y quirúrgico, se podría considerar el abordaje laparoscópico como herramienta diagnóstica y terapéutica de elección ante un paciente con diagnóstico radiológico de IO. El tratamiento quirúrgico favorece una pronta resolución de los síntomas y alta precoz⁸, con una baja tasa de complicaciones; evitando así las complicaciones propias del IO evolucionado o las derivadas de la demora de un diagnóstico de IO erróneo^{2,4,6,8}, así como un menor número de pruebas complementarias y de seguimiento del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miguel Perelló J, Aguayo Albasini JL, Soria Aledo V, Aguilar Jiménez J, Flores Pastor B, Candel Arenas MF, et al. Omental torsion: Imaging techniques can prevent unnecessary surgical interventions. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:493-6.
2. Abdulaziz A, El Zalabany T, Al Sayed AR, Al Ansari A. Idiopathic omental infarction, diagnosed and managed laparoscopically: A case report. *Case Rep Surg*. 2013;2013:193546.
3. Singh AK, Gervais DA, Lee P, Westra S, Hahn PF, Novelline RA, et al. Omental infarct: CT imaging features. *Abdom Imaging*. 2006;31:549-54.
4. 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.
5. 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.
6. Itenberg E, Mariadason J, Khersonsky J, Wallack M. Modern management of omental torsion and omental infarction: A surgeon's perspective. *J Surg Educ*. 2010;67:44-7.
7. Leitner MJ, Jordan CG, Spinner MH, Reese EC. Torsion, infarction and hemorrhage of the omentum as a cause of acute abdominal distress. *Ann Surg*. 1952;135:103-10.
8. Gosain A, Blakely M, Boulden T, Uffman JK, Seetharamaiah R, Huang E, et al. Omental Infarction: Preoperative diagnosis and laparoscopic management in children. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2010;20:777-80.
9. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct: Conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg*. 2009;44:953-6.
10. Coppin T, Lipsky D. Twisting and infarction of the entire greater omentum managed by laparoscopy: A report of two cases. *Acta Chir Belg*. 2006;106:215-7.

Pedro Antonio Sánchez Fuentes*, Víctor López López, Beatriz Febrero, Pablo Ramírez y Pascual Parrilla Paricio

Servicio de Cirugía General y Digestiva,
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fuentes_2005@hotmail.com
(P.A. Sánchez Fuentes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.002>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.