

**HOSPITAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE
"MANUEL FAJARDO RIVERO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

EPIPLOÍTIS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Por:

Dr. Raúl Ramírez Álvarez¹, Dra. Noemí Quintero Sarduy² y Dr. Rober Cruz García³

1. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anestesia y Reanimación. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Descriptor DeCS:

OMENTO
ENFERMEDADES PERITONEALES

Subject headings:

OMENTUM
PERITONEAL DISEASES

El epiploon, constituido por dos hojas serosas con abundante inclusión de grasa, desempeña un papel activo en la secreción y reabsorción del líquido intraperitoneal y participa con eficacia en los mecanismos de defensa inmunitaria celular del organismo¹⁻⁴. El epiploon mayor (omento mayor) consiste en una hoja doble de endotelio aplanado; entre sus pliegues pasan vasos linfáticos, nervios epiploicos en tejido areolar, atrapados por una cantidad variable de grasa. Al nacer, se aglutinan las dos capas y forman la cubierta en delantal que cubre las asas intestinales^{2,4}. El epiploon menor (omento menor) se extiende entre el hígado, el estómago y el duodeno. El hiato de Winslow (agujero epiploico) está inmediatamente detrás del borde libre del epiploon menor².

El omento posee una motilidad inherente que le permite buscar y detener problemas que puedan surgir en la cavidad abdominal. A menudo, se encuentra al epiploon en el sitio de un trastorno patológico intraabdominal, pero pruebas objetivas muestran que no tiene actividad espontánea, que se desplaza como resultado del peristaltismo intestinal, los movimientos diafragmáticos y los cambios de postura. La utilidad del epiploon en procesos inflamatorios se relaciona con sus propiedades bactericidas y de absorción y su capacidad para formar adherencias⁴. A nivel del mismo se pueden presentar afecciones como: el infarto del epiploon, traumatismos, infecciones, inflamaciones y hernias transepiploicas. La causa se resume a aquellas circunstancias en que se produce la torsión del mismo^{4,5}.

Existen dos formas de torsión como causa de infarto epiploico: torsiones primitivas o sintomáticas, que son raras y fueron descritas por Eitel desde 1899, y las torsiones consecutivas a ciertos quistes, tumores, infecciones peritoneales o viscerales, que originan adherencias o epiploitis crónica^{1,4,5}.

La torsión del epiploon es una rara afección que suele presentarse en la edad adulta, no tiene un claro predominio por sexo, y su síntoma principal es la existencia de dolor localizado en el hemiabdomen derecho, en el 80 % de los casos en el cuadrante inferior. Alrededor de la mitad de estos pacientes presentan náuseas, vómitos, fiebre, masa palpable y leucocitosis. En algunos casos, puede haber signos de irritación peritoneal. Este cuadro clínico justifica que en la mayoría

de los enfermos se diagnostique apendicitis o colecistitis aguda, por lo que suelen ser laparotomizados de urgencia, y se encuentra un epiplón con una o varias vueltas sobre su pedículo, con edema, ingurgitación vascular y, habitualmente, gangrena. La exéresis del omento es curativa⁴⁻⁶.

Presentación de pacientes:

Paciente 1: Se trata de una mujer de 33 años de edad, de raza blanca que ingresó de urgencia en el Servicio de Cirugía por tumor abdominal doloroso y amenorrea, con antecedentes de cesárea por embarazo gemelar hacía cuatro meses. Refiere que hace dos meses comenzó con dolor en fosa ilíaca derecha (FID), en ocasiones de gran intensidad, que se irradiaba a flanco, fosa lumbar, hombro y pierna del mismo lado. Posteriormente, apareció una masa palpable en fosa ilíaca y flanco homolateral, de aproximadamente 10 cm de diámetro, dolorosa, lisa, de bordes regulares, sin contacto lumbar. Se trató con antimicrobianos de amplio espectro, antiinflamatorios, antiespasmódicos, que no le proporcionaron alivio. Estudios ultrasonográficos seriados mostraron un tumor creciente en dicha zona, con aspecto de colección plastronada. Al tacto vaginal, se encontró útero lateralizado a la izquierda, ligero dolor a la movilización del cérvix; el fondo de saco izquierdo estaba ocupado por un tumor doloroso, firme, liso, no pulsátil y adherido al útero. En los exámenes complementarios realizados se observó la hemoglobina en 10,7 g/l, ligera leucocituria con predominio de polimorfonucleares, eritrosedimentación en 85 mm. Se realiza laparotomía exploradora y se encuentra el epiplón de aspecto tumoral adherido a la pared abdominal, al apéndice y a la trompa derecha. Se realiza anexectomía, apendicectomía y resección del epiplón afectado. El informe de la biopsia plantea: endometriosis ovárica, absceso tubovárico, periapendicitis y epiploítis crónica severa con áreas de agudización.

A los 20 días de egresada, presenta masa tumoral dolorosa en FID de 15 cm de diámetro, regular, lisa, fija, bien delimitada, fiebre de 39°C, anorexia, deterioro del estado general. El ultrasonido muestra masa ecogénica en epigastrio de 9 por 5 cm. Se relaparotomiza a los 27 días y se encuentra un gran tumor de epiplón que se extiende desde epigastrio hasta fosa ilíaca derecha, firmemente adherido a la pared, pétreo, que se fija a varios segmentos de las asas, con necrosis y colección purulenta en el área fija al colon transversal. Se realiza lisis de las bridas y omentectomía, con resección de las lesiones tumorales. Evoluciona favorablemente y egresa a lo 20 días. En el informe de biopsia se describe: Epiploítis crónica agudizada con áreas de necrosis y hemorragia.

Paciente 2: Paciente de 47 años de edad, femenina de raza blanca. Ingresó por urgencia a causa de dolor en mesogastrio de 10 días de evolución, acompañado de fiebre vespertina de 39°C hace cuatro días y masa tumoral infraumbilical fluctuante, móvil y dolorosa. La ultrasonografía muestra imagen tumoral compleja, con predominio ecogénico, con área sonolucida de 8 por 9 cm de diámetro interior. Es operada tres días después, y se encuentra un pequeño absceso parietal retroaponeurótico que se continúa en profundidad con un tumor abscedado del epiplón, que es resecado en bloque. En el postoperatorio evoluciona de forma tórpida y se reinterviene seis días después; se drenan varios abscesos fétidos intraperitoneales y se realiza omentectomía. Se relaparotomiza, dos días después se lava la cavidad de los abscesos y se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos; pasadas 48 horas se decide dejar el abdomen abierto, y se realizan curas durante 72 horas; pasado este tiempo, se decide practicar la síntesis de la pared al comprobarse la ausencia de sepsis; la paciente egresa 20 días después, mejorada. Informe de biopsia: epiploítis por actinomyces, con absceso del epiplón y peritonitis secundaria.

Comentario

En la práctica quirúrgica es común encontrar infecciones intraabdominales que implican un problema importante en la toma de decisiones, la técnica quirúrgica y la atención perioperatoria. Sin embargo, la epiploítis es una rara afección que suele presentarse en la edad adulta; se considera infrecuente, e históricamente se diagnosticaba durante una laparotomía exploradora, lo que requiere la pericia y la experiencia del cirujano en función de un diagnóstico y tratamiento correctos⁶. Los medios de diagnósticos pueden ser de gran utilidad; la enfermedad puede detectarse mediante ultrasonografía, aunque el examen de elección es la tomografía

computadorizada (TC), por su mayor rendimiento diagnóstico, que se fundamenta en una mayor capacidad para hallar estas lesiones⁵.

Referencias bibliográficas

1. Garrido H. Afecciones mesentéricas y del epiplón. En: Canteror B. Tratado de Cirugía vol.2. Barcelona: Toray; 1988. p. 1933-43.
2. Gardner G, O Rahilly R. Anatomía. 5^{ta} ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
3. Solomkin JS, Wittman DW, West MA, Barie PS. Infecciones intrabdominales. En: Schwartz SI, Shires TG, Spencer FC, Fisher JE, Galloway AC, Daly JM, editores. 7^{ma} ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p.1656-88.
4. Jeganathan R, Epanomeritakis E, Diamond T. Primary torsion of the omentum. The Ulster Medical Journal. 2005;71(1):76-7.
5. Varela CU, Fuentes MV, Rivadeneira RH. Procesos inflamatorios del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: hallazgos en tomografía computada. Rev Chil Radiol. 2004;10(1):28-34.
6. Rozman C. Farreras. Medicina interna. 14^a ed [CD-ROM]. Madrid: Harcourt; 2000.

Recibido: 9 de abril de 2009

Aprobado: 4 de mayo de 2009