

Torsión primaria segmentaria del omento mayor: una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico

Primary segmental torsion of the greater omentum: an uncommon cause of acute surgical abdomen

Javier Cruz Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7849-4050>

José Alberto González Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0002-8206-4774>

Yoisel Duarte Linares¹ <https://orcid.org/0000-0001-6139-9391>

Onel Hechevarría Hernández¹ <https://orcid.org/0000-0001-6484-3961>

¹Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: javiercruzr@infomed.sld.cu

RESUMEN

El abdomen agudo comprende un amplio grupo de enfermedades con alta incidencia en la práctica quirúrgica habitual. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 23 años, con cuadro abdominal agudo, cuyo diagnóstico preoperatorio fue compatible con una apendicitis aguda; al efectuar la laparotomía exploratoria se constató torsión primaria y segmentaria del omento mayor. Esta es una afección de difícil diagnóstico preoperatorio, generalmente diagnosticada

durante el acto quirúrgico porque fácilmente se confunde con otras enfermedades del abdomen agudo quirúrgico. Lo indicado en estos pacientes es la remoción del segmento involucrado por lo que se realizó omentectomía parcial y apendicectomía complementaria; el paciente presentó una evolución clínica favorable.

DeCS: epiplón; abdomen agudo; dolor abdominal.

ABSTRACT

Acute abdomen comprises a wide group of diseases with a high incidence in routine surgical practice. We present a 23-year-old male patient with acute abdominal symptoms, whose preoperative diagnosis was compatible with acute appendicitis; primary and segmental torsion of the greater omentum was found when performing the exploratory laparotomy. This condition is difficult to diagnose preoperatively; it is generally evident during surgery because it is confused with other diseases of the acute surgical abdomen. The removal of the involved segment is indicated in these patients that is why partial omentectomy and complementary appendectomy were performed; the patient had a favourable clinical evolution.

MeSH: omentum; abdomen, acute; abdominal pain.

Recibido: 14/04/2022

Aprobado: 2/11/2022

El abdomen agudo es un término empleado para designar la enfermedad de algún órgano intrabdominal de carácter grave y evolución rápida que, por lo general, exige la intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves o la muerte. El término fue descrito por John B. Deaver a finales del siglo XIX, quien



calificaba como tal a cualquier afección aguda intrabdominal que necesitara tratamiento urgente y, si este era quirúrgico, entonces se consideraba abdomen agudo quirúrgico.⁽¹⁾

El abdomen agudo comprende un amplio grupo de enfermedades que, en conjunto, tienen una alta incidencia en la práctica quirúrgica habitual, y por su diagnóstico, algunas de ellas constituyen sucesos raros.

Según Naula,⁽²⁾ desde su descripción por primera vez en 1899 por Eitel, solo 233 casos se habían informado en la literatura médica internacional hasta el año 1981; mientras que Zaleta ⁽³⁾ plantea 250 casos como cifra inferior.

Presentación del caso

Se presenta un paciente masculino de 23 años, de piel negra, sin hábitos tóxicos, de procedencia urbana, con antecedentes de Síndrome de Down que fue llevado al Cuerpo de guardia de Cirugía General por dolor abdominal de 10-12 horas de evolución, que apareció en epigastrio y luego se desplazó hacia la fosa ilíaca derecha seguido de un vómito. En el examen físico presentaba: taquicardia, ruidos hidro-aéreos abolidos, dolor a la palpación en epigastrio y la fosa ilíaca derecha con reacción peritoneal en esta última localización. Presentaba leucograma en $12 \times 10^9/L$ con 78 % de polimorfonucleares y 22 % de linfocitos. Se anunció para intervención quirúrgica con diagnóstico de apendicitis aguda. Al efectuar la laparotomía exploratoria se encontró: el omento mayor de gran longitud y voluminoso, un segmento torcido con varios giros en el sentido de las manecillas del reloj, sin fijación distal a otra estructura, localizado hacia la fosa ilíaca y flanco derecho, y signos de compromiso vascular. Se realizó una omentectomía parcial (sin destorcer el segmento en cuestión) y una apendicectomía complementaria; el paciente tuvo una evolución satisfactoria y fue egresado a los tres días de la intervención.

En la Figura 1 se puede observar la torsión del epiplón mayor y signos de compromiso vascular distalmente.





Figura 1. Omento mayor torcido con evidencia distal de compromiso vascular

Comentario

La aparición de la torsión omental es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida, predominantemente en el sexo masculino, en relación de 4:1 o 5:1 respecto al sexo femenino.^(3,4,5) Es infrecuente en los niños por el poco desarrollo del epiplón a corta edad.⁽⁴⁾ Según Naula⁽²⁾ y Zaleta,⁽³⁾ la probabilidad de un caso de torsión de epiplón contra un caso de apendicitis aguda es de 4:1000 y la incidencia informada varía de 0,0016 % hasta 0,37 %. Mederos⁽⁴⁾ plantea que se diagnostica en el 0,05 al 0,1 % de los enfermos durante una laparotomía por probable apendicitis aguda.

Donhauser y Loke clasificaron la torsión del epiplón en primaria y secundaria.⁽²⁾ Las primarias o idiopáticas se deben a la presencia de un epiplón muy voluminoso, muy largo o con un pedículo muy angosto; las secundarias están asociadas a: quistes, tumores, hernias internas, adherencias, trauma externo, ejercicio violento u otras afecciones abdominales.^(2,3,4,5,6,7) La torsión primaria es unipolar, o sea, presenta un segmento libre móvil y, en el otro extremo se observa un punto de fijación alrededor del cual ocurre la torsión. La torsión secundaria es

bipolar y en ella, generalmente, ambos extremos son fijos, es más frecuente que las primarias.⁽⁷⁾ Por ello, y sobre la base de los hallazgos operatorios descritos anteriormente, así como la ausencia de antecedentes de interés en el interrogatorio efectuado, se realizó el diagnóstico transoperatorio.

Generalmente, las publicaciones sobre esta enfermedad se limitan a la exposición de un caso; los trabajos de Pinedo⁽⁶⁾ y López⁽⁷⁾ constituyen excepciones, en ellos se presentan series de 8 y 11 casos, respectivamente, en los que se informa el predominio del síntoma dolor en el cuadrante inferior derecho.

El diagnóstico preoperatorio es muy complejo porque los síntomas y signos son inespecíficos. El dolor abdominal es el síntoma más importante, suele ser súbito inicialmente, de corta duración, y por lo general aparece en la fosa ilíaca derecha; aparecen, además: febrícula, distensión abdominal, náuseas y vómitos entre el 50 y 60 % de los casos.^(2,3,4) Son síntomas menos frecuentes: la diarrea, el dolor con la inspiración profunda o la deambulación, disuria y constipación. Al palpar el abdomen es posible encontrar una masa de consistencia pastosa que generalmente se localiza en el hemiabdomen inferior y simula un plastrón.⁽⁴⁾

A partir de lo expuesto anteriormente y a que el 50 % de los casos de abdomen agudo se corresponden con una apendicitis aguda cuya frecuencia aumenta a partir de la segunda década de la vida, con una mayor incidencia entre los 20 y 30 años,⁽⁸⁾ es lógico comprender que, al igual que en el caso que se presenta, la mayor parte de los diagnósticos de torsiones omentales se realicen en el acto quirúrgico de pacientes anunciados con apendicitis aguda.

El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con la apendicitis aguda, aunque también deben tenerse en cuenta: la inflamación de apéndices epiploicos, la diverticulitis aguda, la colitis, la pancreatitis, la úlcera duodenal, la paniculitis mesentérica, la colecistitis, las torsiones de origen ginecológicos, entre otras.^(5,6,9)

La ecografía y la tomografía axial computarizada (TAC) pueden contribuir al diagnóstico positivo preoperatorio. La TAC permite realizar su diagnóstico diferencial con los tumores intraabdominales, cuyas características son: un patrón



de tejido inflamatorio en espiral, adiposo, alrededor de una estructura hiperdensa vascular, potencialmente con una cavidad líquida y grado de necrosis presente.⁽⁴⁾ La laparoscopia es útil, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.^(6,9) El tratamiento de la torsión omental es controvertido, aunque se ha informado recuperación espontánea de torsión o infarto omental. El tratamiento expectante conlleva el riesgo de formación de abscesos lo que puede propiciar la prolongación del dolor abdominal, íleo reflejo, febrícula o fiebre y, por tanto, de la hospitalización.⁽⁹⁾

Un caso informado por Medina,⁽¹⁰⁾ con diagnóstico de infarto omental por torsión, tuvo tratamiento conservador con dieta y analgesia endovenosa, presentó una evolución clínica favorable y se egresó al cuarto día de hospitalización. No obstante, los autores de este artículo coinciden en que la resección quirúrgica de la porción omental infartada es el tratamiento de elección (por vía abierta o laparoscópica) sin destorcer la porción involucrada, debido al riesgo de trombosis vascular y necrosis tardía, criterio expresado por Mederos.⁽⁴⁾

Por el antecedente de la enfermedad cromosómica del paciente, también se realizó una apendicectomía complementaria, procedimiento común en los casos de torsión omental. Esto coincide con lo informado por López,⁽⁷⁾ pues en su estudio con una serie de 11 pacientes se realizó en siete de los casos, y los cuatro restantes habían sido apendicectomizados con anterioridad. Por lo general, los pacientes intervenidos quirúrgicamente por esta enfermedad presentan una evolución clínica favorable.^(6,7)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soler Vaillant R, Galiano Gil JM, Lemus Díaz O. Abdomen agudo: generalidades. En: Soler Vaillant Rómulo, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes. Tomo 2. La Habana: Ecimed; 2018. p. 97-119.



2. Naula Guamán JE, Ortiz Torres JP, León Loaiza FK. Torsión segmentaria primaria del epiplón mayor como causa poco frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Rev Electrón Ciencia Digital [internet]. 2018 [citado 7 ene. 2020];2(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<http://cienciadigital.org/revistacienciadigital2/index.php/CienciaDigital/article/view/172/152>

3. Zaleta-Cruz JL, Rojas-Méndez J, Garza-Serna U, González-Ruvalcaba R, de Elguea-Lizarraga JO, Flores-Villalba E. Torsión de epiplón. Reporte de caso. Cirugía Cirujanos [internet]. 2017 [citado 7 ene. 2020];85(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-torsion-epiplon-reporte-caso-S0009741115002625>

4. Mederos Curbelo ON, Morejón Pozos C, Soler Vaillant R. Apendicitis epiploica, torsión e infarto del epiplón. En: Soler Vaillant Rómulo, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes. Tomo 2. La Habana: Ecimed; 2018. p. 283-88.

5. Zuluaga Santamaría A, Grand Vallejo V, Llamas Otero R, Uribe González R. Infarto del omento mayor: a propósito de un caso. Rev Colomb Radiol [internet]. 2018 [citado 7 ene. 2020];29(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-986328>

6. Pinedo-Onofre JA, Guevara-Torres L. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. Gac Méd Méx [internet]. 2007 [citado 7 ene. 2020];143(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=15070>

7. López-Colombo A, Montiel-Jarquín A, García-Carrasco M, Nava A, Árcega-Domínguez A, Martínez-Fernández R, *et al.* Torsion of the omentum. A rare cause of acute abdomen. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2010 [citado 7 ene. 2020];48(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21205506/>



8. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON, Galiano Gil JM. Apendicitis aguda. En: Soler Vaillant Rómulo, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones quirúrgicas frecuentes. Tomo 2. La Habana: Ecimed; 2018. p. 246-59.
9. De Queiroz Germano Machado A, De Castro Venâncio AC, Sampaio Cruz Teles FP, De Freitas Pascoal M, Lopes de Macêdo J, Alencar Coelho AL, *et al.* Torção de Omento Maior como causa de Abdome Agudo: Revisão de Literatura. Rev Mult Psic [internet]. 2019 [citado 7 ene. 2020];13(45):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1694/2492>
10. Medina-Gallardo NA, Curbelo-Peña Y, Gardenyes-Martínez J, Stickar T, De Castro-Gutiérrez J, Hermoso-Bosch J, *et al.* Infarto de omento mayor. Presentación de dos casos con un tratamiento conservador. Acta Gastroenterol Latinoam [internet]. 2020 [citado 7 ene. 2020];50(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=199364397030>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

