

INFARTO OMENTAL Y SUS COMPLICACIONES, COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE EN LA URGENCIA HOSPITALARIA.

Leiva Pomacahua Beatriz olinda¹, Pérez Sánchez Pablo¹,
Sánchez Neila Beatriz¹, López Menéndez Carlos¹, Pastor
Sanchez Carlos¹, Protti Ludmila Agustina¹.

E mail: Beatrizl92@yahoo.es

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real-España.

OBJETIVOS DOCENTES

Describir mediante las técnicas de imagen disponibles, como la ecografía, la TC o RM, los hallazgos radiológicos característicos del infarto segmentario del omento mayor, como causa infrecuente de dolor abdominal, sus posibles complicaciones y diagnóstico diferencial.

REVISIÓN DEL TEMA

El infarto del omento mayor es una entidad rara, casi siempre asienta en el lado derecho del epiplón mayor; puede simular otras causas de dolor abdominal y no suele constituir un diagnóstico de presunción. Es más frecuente en la cuarta y quinta década de la vida, y afecta más a hombres. Supone un 0,1% de las laparotomías realizadas por abdomen agudo. Radiológicamente se manifiesta como una masa ovalada bien delimitada, de unos 5 cm, con densidad grasa aumentada y engrosamiento de peritoneo visceral y parietal. El diagnóstico diferencial se realiza con patologías como la apendangitis epiploica, que se comporta de forma similar, pero de menor tamaño, la apendicitis o diverticulitis o la paniculitis mesentérica, y con tumores con contenido graso, tales como el liposarcoma, el angiomiolipoma exofítico o el tumor carcinoide. Las posibles complicaciones el infarto omental son la obstrucción intestinal debido a adherencias y la infección del infarto con formación de un absceso.

En nuestro hospital hemos recopilado una serie de casos de presentación infrecuente o excepcional de infarto omental y sus complicaciones, diagnosticados mediante las técnicas de imagen disponibles.

CONCLUSIONES

Las técnicas de imagen permiten el diagnóstico de esta patología infrecuente y sus complicaciones, permitiéndonos realizar un diagnóstico diferencial adecuado, que evita procedimiento innecesarios.

REVISION DEL TEMA

INTRODUCCION:

Consideraciones anatómicas.

El peritoneo es una gran membrana serosa que recubre la cavidad abdominal y las vísceras abdominales. El propósito del peritoneo es doble; en primer lugar proporcionar un lubricado de la superficie (secretando una pequeña cantidad de líquido estéril que también sirve como defensa bacteriana local) sobre la cual las vísceras pueden moverse sin fricción, y en segundo lugar como un conducto de transporte de fluidos. La cavidad peritoneal es un espacio potencial entre el peritoneo visceral que envuelve las vísceras abdominales (órganos) y el peritoneo parietal que recubre la pared abdominal (pared anterior, lateral, posterior, superficie inferior del diafragma, superficie anterior de las vísceras retroperitoneales y pelvis).

La cavidad peritoneal es un saco cerrado en los hombres, mientras que en las mujeres permanece abierto en la ostia de Falopio (oviducto), que permite la comunicación entre la pelvis intraperitoneal y extraperitoneal .

Los ligamentos peritoneales, mesenterios y omental son formado por dos capas de peritoneo que contienen sangre, vasos, vasos linfáticos, ganglios linfáticos y tejido adiposo.

El mesenterio del intestino delgado, un doble pliegue peritoneal, se extiende desde la flexión duodenoyeyunal a la válvula ileocecal, encerrando y suspendiendo el intestino. El epiplón mayor u omento, es el peritoneal grande, dobla anterior al intestino delgado que cuelga del estómago y duodeno proximal que cursan caudalmente y luego asciende de nuevo para insertar en la parte superior anterior del colon transverso, formando una capa de cuatro capas. El epiplón menor se extiende, desde el hígado hasta la curvatura menor del estómago y duodeno proximal.

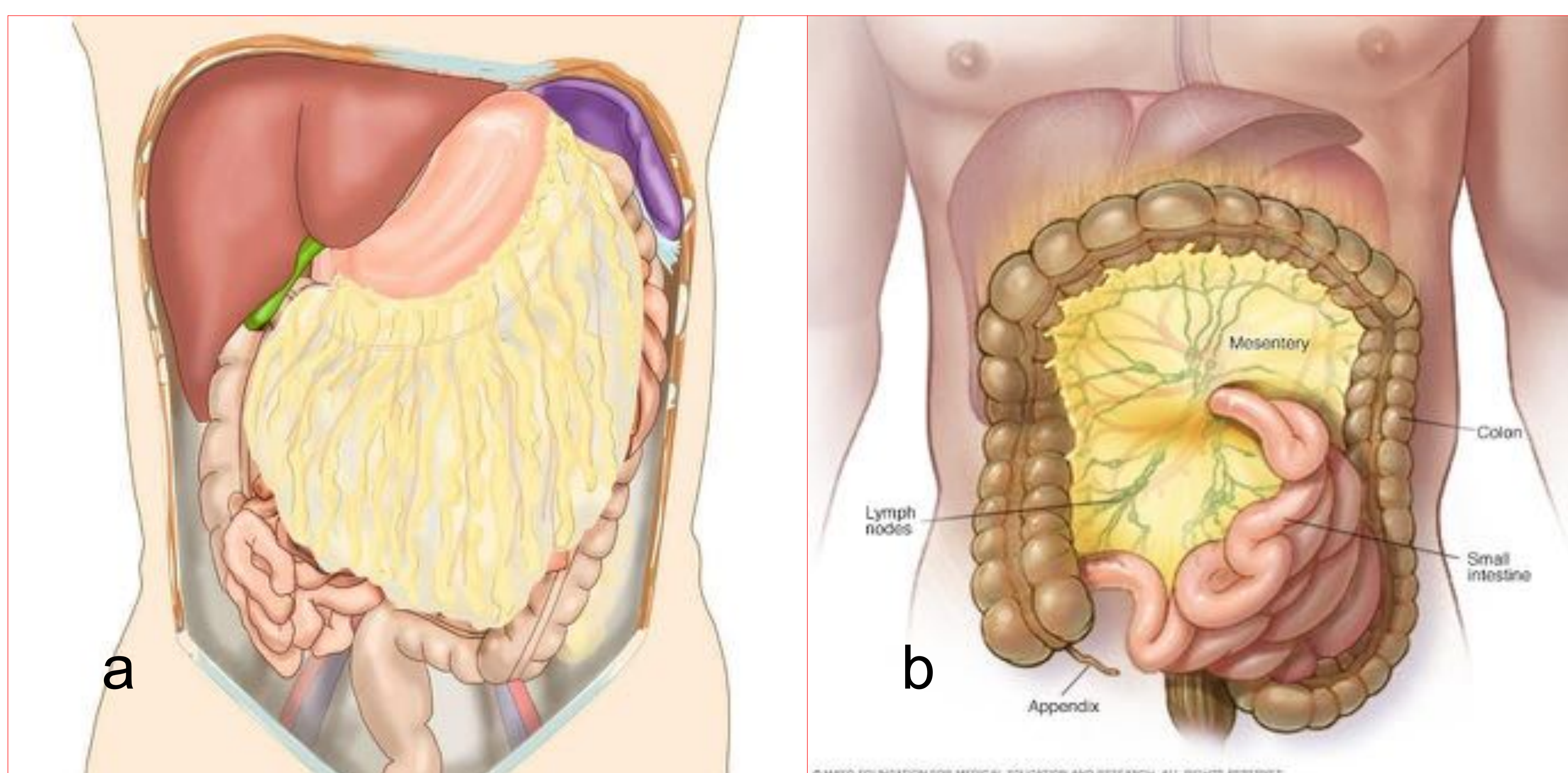


Fig. 1.

a) Epiplón mayor u omento.

b) Mesenterio.

INFARTO OMENTAL.

El infarto omental es una causa rara de abdomen agudo que a veces es indistinguible de la apendicitis aguda o colecistitis.

El infarto omental ocurre debido a compromiso vascular que puede deberse a torsión, traumatismo abdominal o cirugía previa. Un epiplón más largo y móvil en el lado derecho puede atribuirse a la predilección en este lado. Además el borde libre del lado derecho tiene menor vascularización, por lo que resulta mas vulnerable.

Por lo general, se presenta como dolor abdominal en el lado derecho, aunque rara vez causa dolor abdominal en el lado izquierdo e incluso dolor epigástrico. La obesidad es un factor de riesgo conocido para el infarto omental. Otros factores de riesgo para el infarto omental son la policitemia, la hipercoagulabilidad y las vasculitis, además de otras afecciones que predisponen a la torsión, como traumatismos, movimientos corporales repentinos, tos, ingesta excesiva de alimentos e hiperperistalsis.

A pesar de ser poco frecuente, en la literatura reciente se informan más casos de infarto omental debido a la mayor disponibilidad y uso de modalidades de imágenes, especialmente la tomografía computarizada en el trabajo de abdomen agudo , lo que lleva a que se diagnostiquen más casos preoperatoriamente.

Las características radiológicas del infarto omental no son sencillas. Las dos modalidades de imagen más comunes utilizadas son la ecografía abdominal y la tomografía computarizada.

Los hallazgos de la tomografía computarizada incluyen el clásico "signo de giro" (patrones giratorios de grasa y vasos en el epiplón) y hebras lineales concéntricas o apelmazamiento de la grasa omental. Sin embargo, ninguna de estas características, excepto el "signo de remolino", es lo suficientemente específica como para diagnosticar el infarto omental. (Fig 2 y Fig 3)

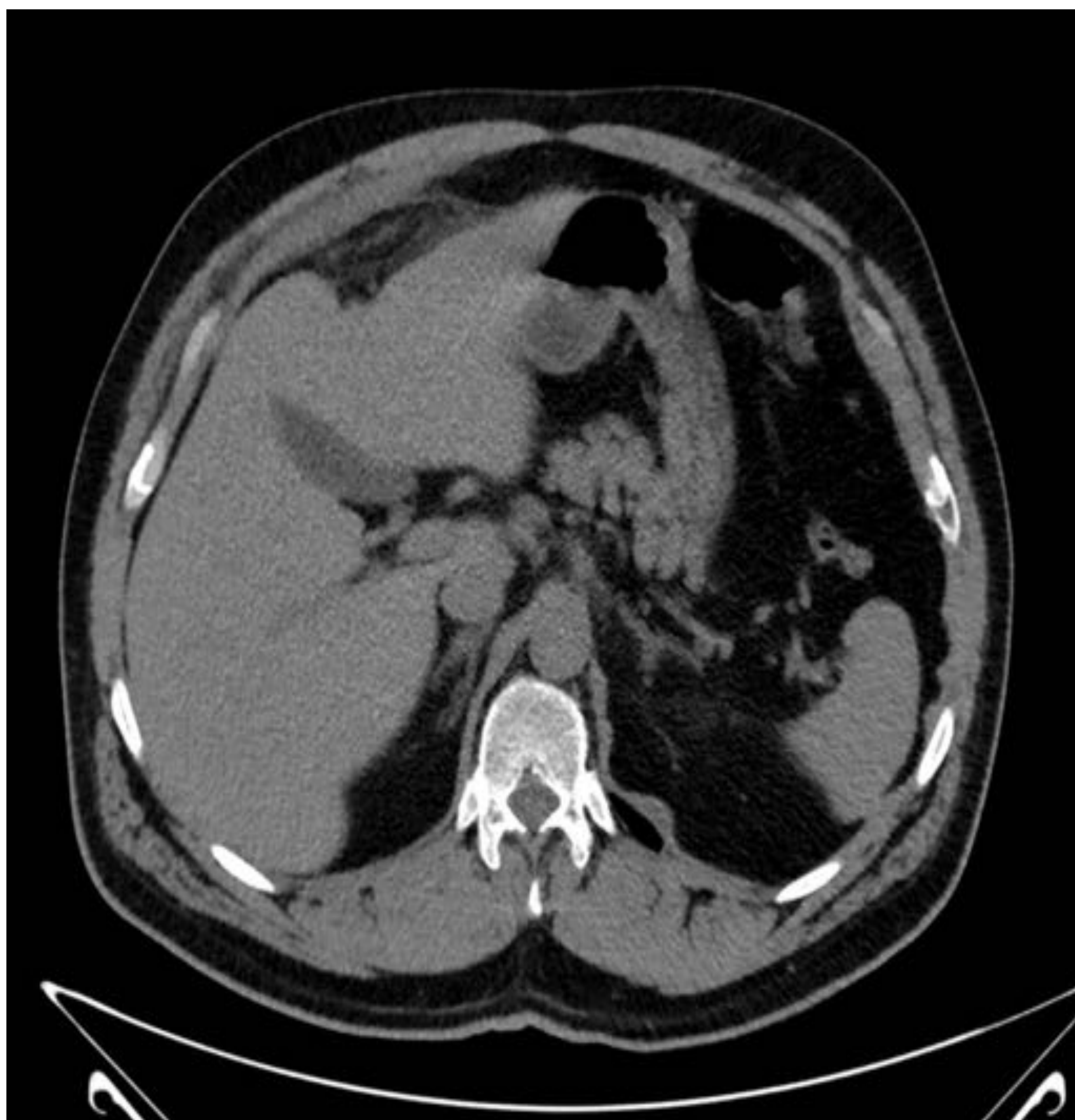


Fig.2) Imagen correspondiente a un varón de 46 años, con dolor abdominal agudo en flanco derecho de 4 días de evolución. Doloroso a la palpación en hipocondrio derecho.

En analítica: Leucocitos 14300.

Evolución favorable con tratamiento conservador.

TC axial: Se visualiza un área de morfología y bordes imprecisos de alteración de la grasa, situada entre la pared abdominal y el hígado sugestiva de infarto omental

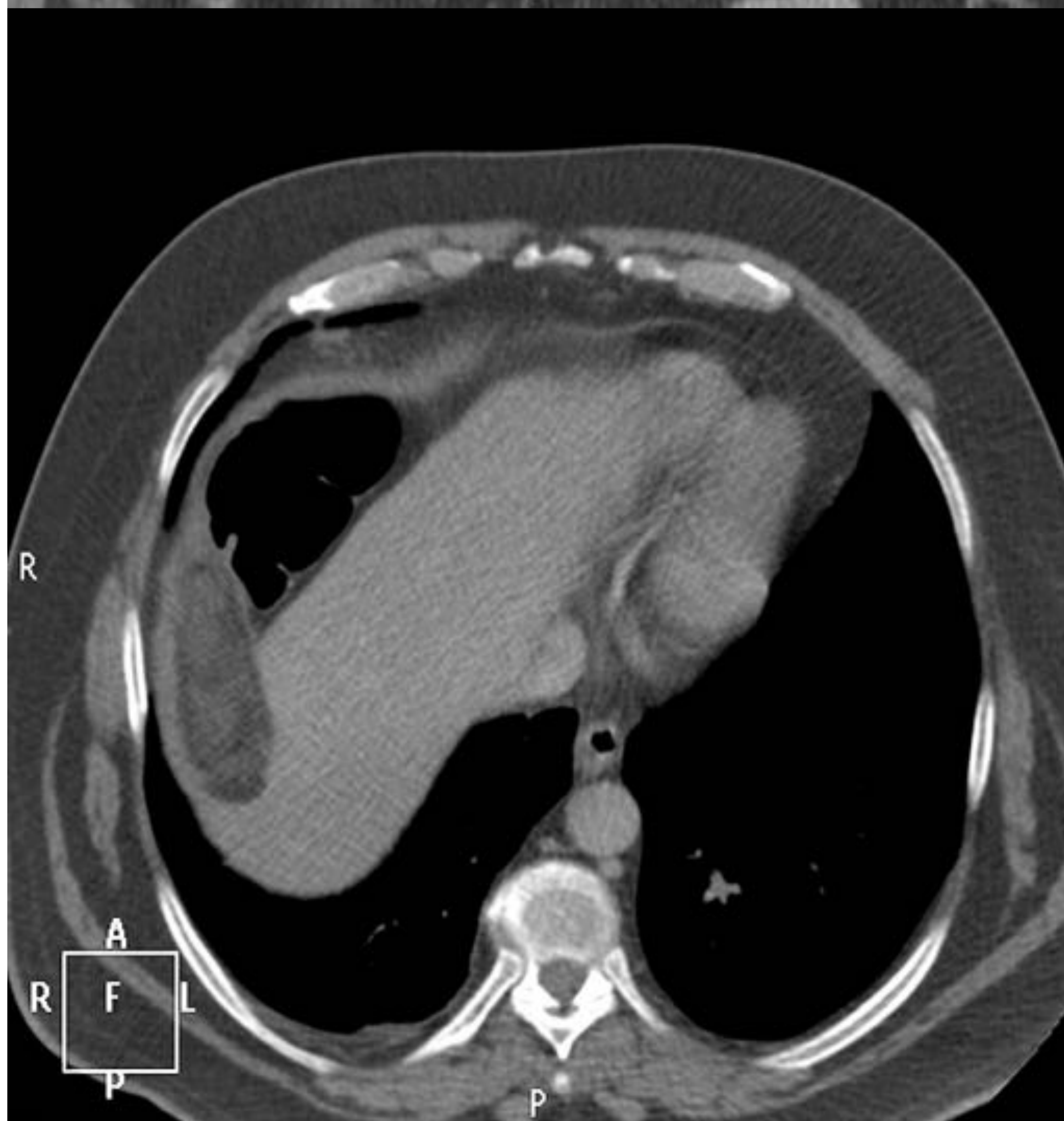


Fig. 3) Imagen correspondiente a un varón de 53 años, obeso, con dolor abdominal agudo de 3 días de evolución. Examen físico abdominal: Doloroso a la palpación de forma difusa en hemiabdomen derecho

En analítica: Leucocitosis (14,000), PCR elevada. Evolución favorable, con tratamiento conservador.

*TC coronal, sagital y axial: Presencia de un gran dólico-sigma que provoca un **S de Chilaiditi** al introducirse entre el hígado y el hemidiafragma derecho. La grasa adyacente al ángulo que el sigma presenta bajo el hemidiafragma derecho, se encuentra aumentada de densidad y bien delimitada por una morfología ovalada que mide 31 x 83 mm, compatible con infarto focal de grasa intraperitoneal signos compatibles con **infarto omental como primera posibilidad**.*

Las características ecográficas sugestivas de infarto omental son una masa ovoide hiperecoica no compresible.

El diagnóstico diferencial se realiza con patologías como la apendangitis epiploica, que se comporta de forma similar, pero de menor tamaño, la apendicitis o diverticulitis o la paniculitis mesentérica, y con tumores con contenido graso, tales como el liposarcoma, el angiomiolipoma exofítico o el tumor carcinoide

Existen dos opciones de tratamiento para el infarto omental: Manejo conservador (medico) o intervención quirúrgica, que generalmente se realiza por vía laparoscópica. Actualmente, no hay consenso sobre la mejor modalidad de tratamiento, pero con el aumento del diagnóstico preoperatorio, el tratamiento conservador ha ganado popularidad ya que el infarto omental se considera una condición autolimitada, y puede tratarse con terapia medica en la mayoría de los casos. Sin embargo, las complicaciones ocurren aunque rara vez con un manejo conservador. Estos incluyen dolor prolongado, formación de abscesos, adherencias y obstrucción intestinal (Fig. 4).

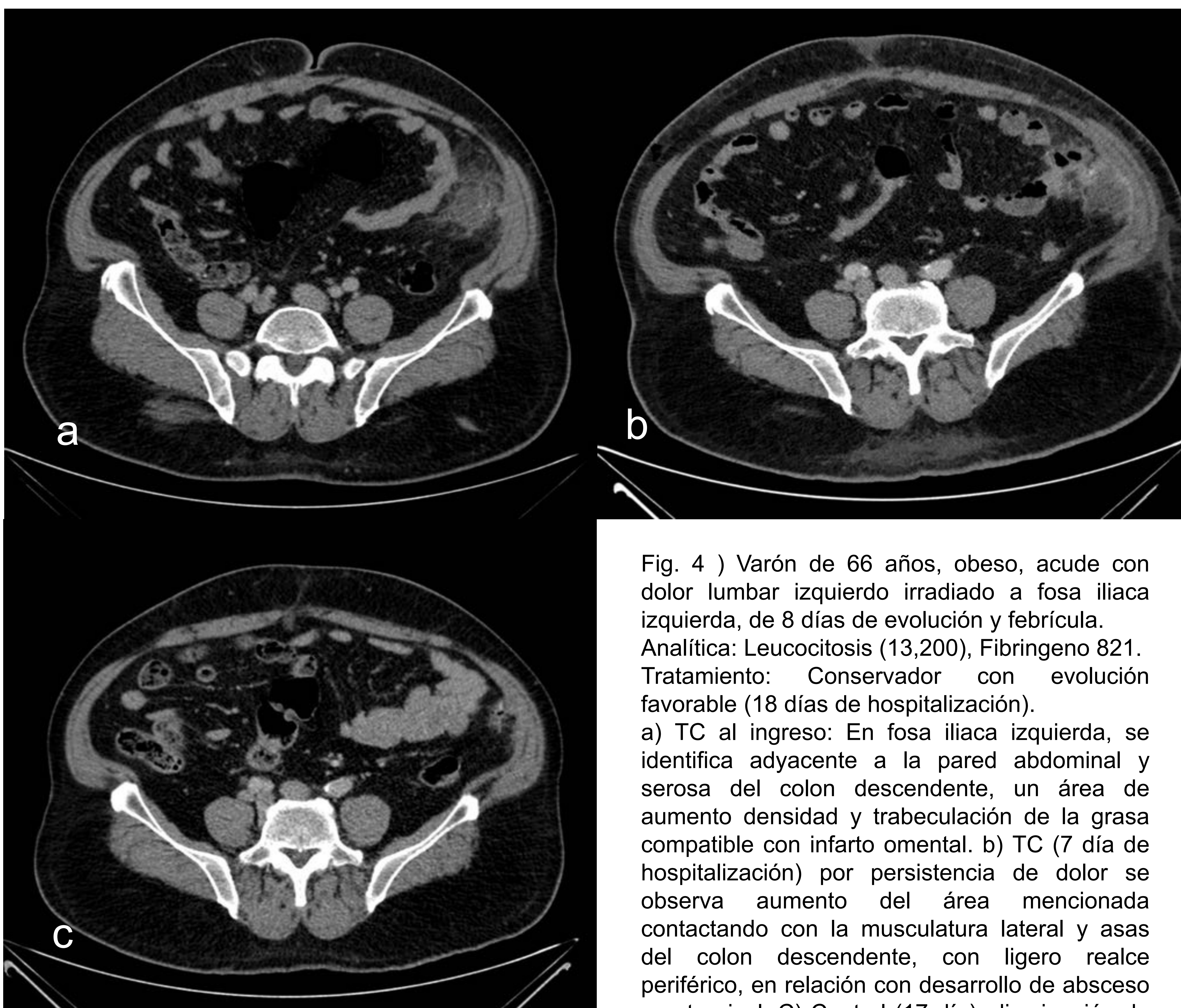


Fig. 4) Varón de 66 años, obeso, acude con dolor lumbar izquierdo irradiado a fosa iliaca izquierda, de 8 días de evolución y febrícula.

Analítica: Leucocitosis (13,200), Fibringeno 821.
Tratamiento: Conservador con evolución favorable (18 días de hospitalización).

a) TC al ingreso: En fosa iliaca izquierda, se identifica adyacente a la pared abdominal y serosa del colon descendente, un área de aumento densidad y trabeculación de la grasa compatible con infarto omental. b) TC (7 día de hospitalización) por persistencia de dolor se observa aumento del área mencionada contactando con la musculatura lateral y asas del colon descendente, con ligero realce periférico, en relación con desarrollo de absceso a este nivel. C) Control (17 día). disminución de la lesión.

La apendangitis epiploica es uno de los principales diagnósticos diferenciales del infarto omental. La confirmación diagnóstica se basa en las pruebas de imagen. La TC es la prueba de imagen de elección. El hallazgo principal es una masa ovalada de atenuación grasa con ribete y centro hiperdenso (engrosamiento seroso y trombosis de la vena central respectivamente), que no suele superar los 5 cm (Fig 5).

Se trata de un proceso autolimitado. La calcificación puede llevar a la avulsión del apéndice calcificado con cambio en su posición dentro del abdomen.

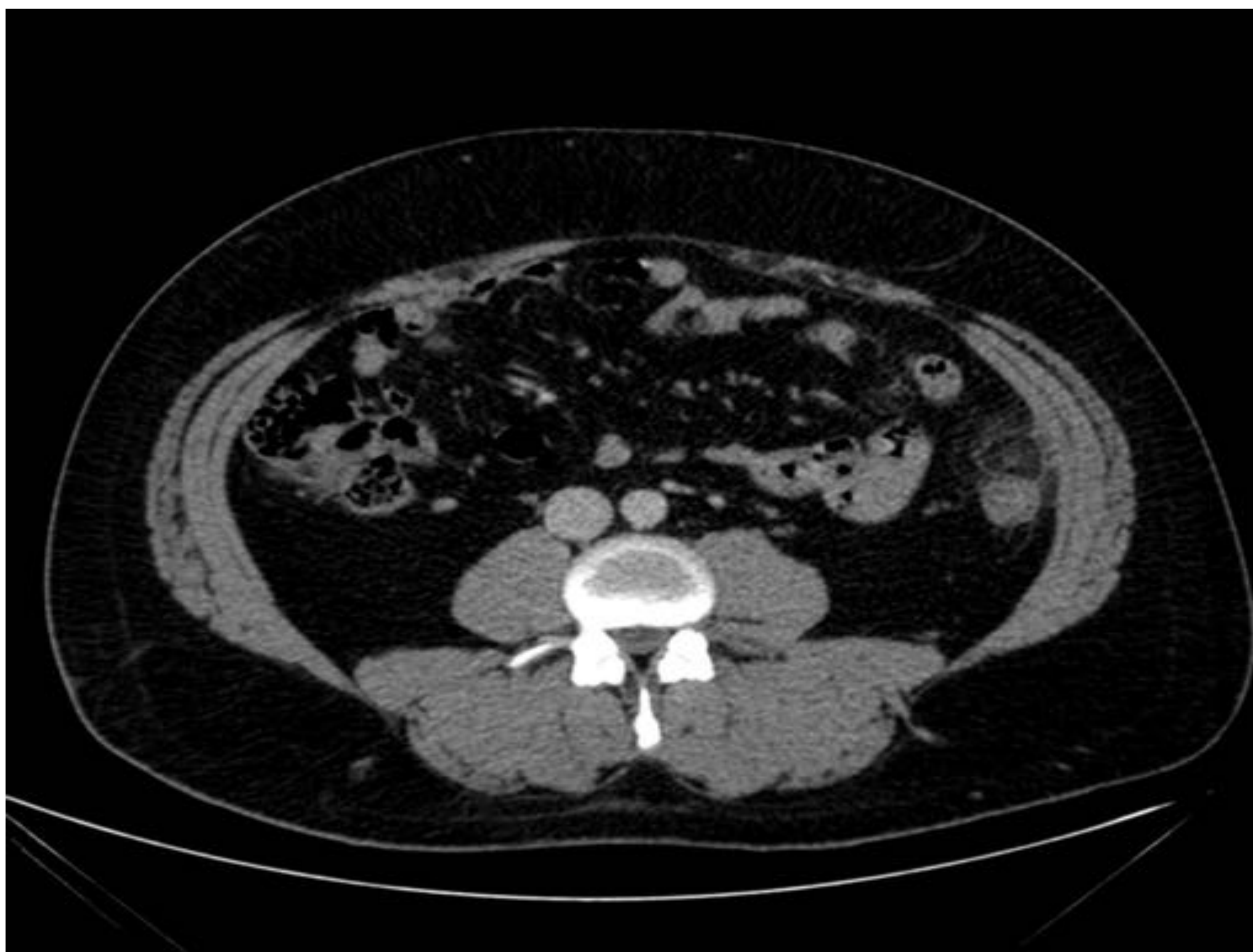


Fig. 5) Varón de 33 años, refiere dolor abdominal desde hace 4-5 días.

Examen físico abdominal: globuloso, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda.

Evolución favorable con analgésicos y ATB.

TC axial: En colon descendente, en su tercio medio, se identifica adyacente a la pared y serosa del colon, y localizada en el borde antimesentérico, una zona de rarefacción y edema de la grasa de morfología ovoidea (28 x 21 x 23 mm), con ligero realce del peritoneo visceral (signo del anillo hiperdenso) y rarefacción del mesenterio inflamado, con zona central hiperdensa, posiblemente por trombosis venosa, y un mínimo engrosamiento de la fascia parietocólica en vecindad, siendo estos compatibles con apendagitis epiploica.

CONCLUSION:

El infarto omental es una causa rara de dolor, debe incluirse en los diagnósticos diferenciales mientras se trata a pacientes con abdomen agudo. Se puede ofrecer un tratamiento conservador si se diagnostica con radiología.

Las imágenes, especialmente la tomografía computarizada abdominal, son fundamentales para el diagnóstico no quirúrgico del infarto omental y, como tal; Es imperativo que tanto los radiólogos como los médicos se familiaricen con su interpretación y tengan un alto índice de sospecha de infarto omental después de descartar causas más graves de abdomen agudo.

BIBLIOGRAFIA.

Mani VR, Razdan S, Orach T, et al. Omental Infarction with Acute Appendicitis in an Overweight Young Female: A Rare Presentation. *Case Rep Surg.* 2019;2019:8053931.

Gupta R, Farhat W, Ammar H, Azzaza M, Lagha S, et al. Idiopathic segmental infarction of the omentum mimicking acute appendicitis: A case report. *Int J surg Case Rep.* 2019; 60: 66–68.

Part TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE et al. Omental infarction: case series and review of the literature. *J Emerg Med.* 2012 Feb;42(2):149-54.

Almeida A, Melao L, Viamonte B, Cunha R, Pereira J. "Eplipoic Appendagitis: An Entity Frequently Unknown to Clinicians - Diagnostic Imaging, Pitfalls and Look-Alikes". *AJR,* 2009; 193: 1243-1251.