

Infarto omental

Omental infarction

Carlos Alberto Dávila-Hernández^{1a},
Víctor Manuel Salas-Alache^{2b},
César Miguel Quispe-Nolazco^{3c},
Carlos Andrés Carrasco-Farfán^{3d},
Ramón Rolando Cámara-Reyes^{3d}

Dávila-Hernández CA, Salas-Alache VM, Quispe-Nolazco CM, Carrasco-Farfán CA, Cámara-Reyes RR. Infarto omental. Rev Soc Peru Med Interna. 2022;35(4): -. <https://doi.org/10.36393/spmi.v35i4.698>

RESUMEN

El infarto omental es un proceso inflamatorio, autolimitado, benigno e infrecuente del epiplón mayor, resultante de compromiso vascular. Se presenta el caso de una mujer de 34 años de edad que acude al Servicio de Emergencia con dolor abdominal, tipo “hincada”, localizado en el mesogastrio, con irradiación al cuadrante inferior izquierdo. En el examen físico de abdomen se auscultan ruidos hidroaéreos disminuidos, dolor a la palpación en el flanco izquierdo y en fosa iliaca izquierda, puño percusión lumbar izquierdo (+). La ecografía no fue contributiva y la tomografía reveló, en la fosa iliaca izquierda, una imagen de densidad grasa de 30 mm x 15 mm con halo hiperdenso, adyacente al borde anterior del colon descendente en relación a infarto omental izquierdo. Se resalta la importancia de la presunción diagnóstica y la decisión entre el tratamiento conservador o quirúrgico.

Palabras clave: abdomen agudo; dolor abdominal; infarto omental; tomografía axial computarizada (DeCs-BIREME).

ABSTRACT

Omental infarction is an inflammatory, self-limiting, benign and infrequent process of the omentum major, resulting from vascular involvement. We present the case of a 34-year-old woman who went to the Emergency Room with lancinating abdominal pain, located in the mesogastrium, with irradiation to the lower left quadrant. On physical examination of the abdomen, decreased hydro-aerial noises, pain on palpation on the left flank and left iliac fossa, left lumbar percussion fist (+) are heard. The ultrasound was not contributory and the tomography revealed, in the left iliac fossa, an image of fat density of 30 mm x 15 mm with hyperdense halo, adjacent to the anterior edge of the descending colon in relation to left omental infarction. The importance of diagnostic presumption and the decision between conservative or surgical treatment is highlighted.

Keywords: acute abdomen, abdominal pain, omental infarction, computed axial tomography. (MeSH)

¹ Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica y Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica, Ica, Perú.

² Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú.

³ Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú. Escuela de Posgrado, Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.

^a Médico internista. <https://orcid.org/0000-0003-1737-9873>

^b Médico radiólogo.

^c Médico emergencista.

^d Médico-cirujano.

INTRODUCCIÓN

La patología de abdomen agudo, de aparición brusca, de corta evolución, requiere un rápido diagnóstico y sobre todo un tratamiento oportuno.¹ De las clasificaciones existentes, se dividen en abdomen agudo traumático y no traumático, y de este último se clasifica en causa extraabdominal o intraabdominal, pudiendo requerir tratamiento médico o quirúrgico, siendo las causas más frecuente de etiología obstructiva, inflamatoria o vascular, que requieren

tratamiento quirúrgico. De las patologías de origen intraabdominal de causa vascular, se encuentra el infarto omental, un proceso inflamatorio, autolimitado, benigno, poco conocido del epiplón mayor, que puede simular otras causas de abdomen agudo y por lo general no suele constituir un diagnóstico presuntivo.² El diagnóstico por imagen es determinante, la tomografía axial computarizada (TAC) con contraste proporciona el diagnóstico certero de infarto omental, descartando otras causas quirúrgicas del abdomen agudo³, lo que implica conocer esta patología, para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado y oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Mujer de 34 años de edad, acudió al Servicio de Emergencia del hospital IV “Augusto Hernández Mendoza” - EsSalud, Ica, con 13 horas de enfermedad, presentando dolor abdominal tipo “hincada”, localizado en mesogastrio, con irradiación al cuadrante inferior izquierdo, que con el paso de las horas fue aumentando de intensidad hasta 8/10. Tomó una pastilla de naproxeno 500 mg vía oral para controlar el dolor pero este no calmó. No presentó náuseas o vómitos,

y sensación de calentura pero no se midió la temperatura. Sin antecedentes de importancia.

Al examen clínico: PA 90/60 mm Hg, frecuencia cardíaca 106 lat/min, frecuencia respiratoria 17 resp/min, T 37,4°C, SatO₂ 98% con FiO₂ 21%. Piel sudorosa, fría; TCSC abundante, de distribución general. Pulmones con murmullo vesicular normal. Corazón con ruidos cardíacos, rítmicos, taquicárdicos. Abdomen con ruidos hidroaéreos disminuidos, doloroso a la palpación en el flanco izquierdo y la fosa iliaca izquierda. Puño percusión lumbar izquierdo (+). Despierta, quejumbrosa; pupilas isocóricas y fotorreactivas, motilidad conservada, no signos meníngeos; Exámenes auxiliares: leucocitos 8,86/mm³ (VN: 5-10/mm³); hemoglobina 13,3 g/dl (VN: 13-16 g/dl); hematocrito 39,0% (VN: 36-45 %); plaquetas 363/mm³ (VN: 150-450/mm³); glucosa: 91 mg/dl (VN: 70 – 110 mg/dl); urea: 21,2 mg/dl (VN: 5 – 45 mg/dl); creatinina: 0,55 mg/dl (VN: 0,3 – 1,4 mg/dl); tiempo de sangría: 2 min (VN: 2 – 4 min); tiempo de coagulación: 7 min (VN: 5 – 9 min), RPR no reactivo; anticuerpos para VIH no reactivo; prueba antigénica para Sars-Cov-2 no reactivo; sedimento urinario:



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Imagen de TAC con contraste, coronal (Figura 1), sagital (Figura 2) y transversal (Figura 3), donde se aprecia (en círculo rojo), halo hiperdenso adyacente al borde anterior del colon descendente en relación a infarto omental.



leucocitos: 0-2 por campo, hematíes 0-1 por campo, bacterias escasas, células epiteliales regular cantidad, cristales ausentes. Las ecografías abdominal y transvaginal no fueron contributorias. El dolor abdominal persistió a pesar de la medicación endovenosa con metamizol 1 gr diluido en 100 cc de cloruro de sodio al 0,9% endovenoso stat. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis contraste, informando que en la fosa iliaca izquierda se observaba una imagen de densidad grasa de 30 mm x 15 mm con halo hiperdenso adyacente al borde anterior del colon descendente, en relación a infarto omental izquierdo (figuras 1-3). Se inició tratamiento conservador con analgésicos y antiinflamatorios: ketoprofeno 100 mg diluido en cloruro de sodio al 0,9% 100 cc endovenoso cada 12 horas, cediendo por completo el dolor abdominal. A las 36 horas de monitorización se le indicó alta médica, con la misma medicación, ketoprofeno 100 mg por vía oral, y se le hizo seguimiento por consultorio externo de medicina interna, a los 7 días, 15 días, 30 días, a los 6 meses y 12 meses respectivamente, con resolución satisfactoria de la patología.

DISCUSIÓN

El omento mayor, llamado también epiplón mayor o gastrocólico, es un repliegue peritoneal grande, de cuatro capas, que cuelga como un delantal desde la curvatura mayor del estómago y la cara anterior del colon transversal⁴; contiene grasa y vasos sanguíneos, los que parten de la arteria gastro-omental derecha, rama de la arteria gastroduodenal, y la arteria gastro-omental izquierda, rama de la arteria esplénica, cuya función es contener la propagación de procesos infecciosos e inflamatorios intraperitoneales.⁵ El infarto omental es un proceso inflamatorio, autolimitado, benigno, infrecuente del epiplón mayor resultante de compromiso vascular, descrito por primera vez por Eitel en 1899⁶, y que afecta más al sexo masculino con una relación varón/mujer de 4 a 17, lo que difiere de nuestro caso, ya que se presentó en una mujer. Es más común entre la cuarta y quinta décadas de la vida, pero hay casos de niños desde los 28 meses de edad⁸, diferente en nuestro caso ya que se presentó en la tercera década de vida. El lado derecho del omento es más afectado debido a que es móvil y presenta una irrigación sanguínea larga y tortuosa que actúa como eje de torsión y es proclive a la trombosis venosa espontánea.⁹ Así, 90% de los infartos omentales ocurre alrededor de la arteria gastro-omental derecha y solo el 10% ocurren en el lado izquierdo.¹⁰

El infarto omental puede ocurrir por dos mecanismos patogénicos: como consecuencia de una torsión de su pedículo vascular sobre su propio eje, habitualmente en el sentido de las agujas del reloj; y, debido a situaciones que predisponen a la trombosis, como los estados de hipercoagulabilidad o las anomalías vasculares.¹¹ Las torsiones se dividen en primarias cuando no tienen patología subyacente o secundarias cuando hay un proceso patológico que hace de punto de “anclaje” distal del omento, como los quistes, los tumores, los focos inflamatorios

intrabdominales, las heridas quirúrgicas previas o los sacos herniarios con epiplón en su interior.¹² Y, como factores de riesgo implicados, tenemos la obesidad, el ejercicio extenuante, las comidas abundantes, los traumatismos, las variantes anatómicas y las herramientas vibratorias de usos laborales.¹³

El cuadro clínico suele manifestarse con dolor abdominal agudo, continuo, sin irradiación, que va aumentando progresivamente en intensidad, con localización en el hemiabdomen derecho y no suele presentar sintomatología digestiva asociada como náuseas, vómitos, diarrea, anorexia; y la fiebre suele estar ausente.¹⁴ En nuestro paciente el dolor abdominal predominó en el lado izquierdo, lo que es poco frecuente. En algunos pacientes puede manifestarse síntomas de irritación peritoneal.¹⁵ La sospecha diagnóstica de forma habitual, suele ser enmascarada como apendicitis aguda, quiste de ovario complicado, cólico renal, tumores de contenido graso en la fosa ilíaca derecha, colecistitis aguda, y diverticulitis si el dolor es contralateral¹⁶, y en pacientes pediátricos como adenitis mesentérica o divertículo de Meckel.¹⁷ Su diagnóstico continúa siendo un desafío para el médico tratante, ya que su baja incidencia hace simular otros cuadros clínicos más frecuentes. La ecografía puede indicar el diagnóstico, mostrando una masa hiperecogénica ovoidea, pero es la TAC contrastada que permite no sólo descartar otras causas de abdomen agudo sino realizar el diagnóstico con certeza. Se puede apreciar una lesión de densidad grasa mayor de 3 ó 5 cm, de bordes mal definidos y con imágenes lineales finas en su interior de mayor densidad, generalmente medial al colon ascendente o anterior al colon transversal; se evidenciará el “signo del remolino” o “signo del giro” causado por la presencia de vasos torsionados.¹⁸

Actualmente existe controversia en la forma correcta de tratamiento, este puede ser conservador que debe iniciar dentro de las primeras 48 horas del cuadro, con administración de analgésicos, antiinflamatorios y antibioterapia, lo que brinda una resolución satisfactoria, con infrecuentes complicaciones; o quirúrgico con inmediata resolución del cuadro, que permite estancia hospitalaria corta y con menor riesgo de hacer complicaciones. La cirugía es mandatoria cuando no existe un diagnóstico radiológico claro o la condición clínica del paciente es crítica e inestable.¹⁹ Es importante mencionar que no existen estudios comparativos entre el manejo conservador o quirúrgico. En otras ocasiones, llegar al diagnóstico definitivo se establece por anatomía patológica en los que se realiza una intervención quirúrgica.²⁰

En conclusión, hay que tener presente al infarto de omento en el diagnóstico diferencial de cuadros con abdomen agudo, particularmente cuando no encontramos una causa y/o las pruebas complementarias no son orientadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caycedo R. Cirugía general en el nuevo milenio. Segunda edición. Bogotá: Editorial Médica Celsus; 2013. p. 239.
2. Kavalakat AJ, Varghese CJ. Laparoscopic management of an uncommon cause for right lower quadrant pain: A case report. *Cases*

- J. 2008; 1(1):164.
3. Sierra P, Cabrera R, Fuentealba IM, Soto G, Abud M. Caso clínico radiológico para diagnóstico. *Rev Chil Radiol.* 2009; 15 (3): 155-8.
 4. Varjavandi V, Lessin M, Kooros K, Fusunyan R, McCauley R, Gilchrist B. Omental infarction: risk factors in children. *J Pediatr Surg.* 2003; 38: 233-235.
 5. Aya Kamaya, Michael P. Federle, Terry S. Desser. Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics. *Radiographics.* 2011;31:2021-34
 6. Jeon YS, Lee JW, Cho SG, Is it from the mesentery or the omentum? MDCT features of various pathologic conditions in intraperitoneal fat planes. *Surg Radiol Anat.* 2009;31(1):3-11.
 7. Rao A, Remer EM, Phelan M, Hatem SF. Segmental omental infarction. *Emerg Radiol.* 2007;14(3):195-7.
 8. Tonerini M, Calcagni F, Lorenzi S, Scalise P, Grigolini A, Bemì P. Omental infarction and its mimics: imaging features of acute abdominal conditions presenting with fat stranding greater than the degree of bowel wall thickening. *Emerg Radiol.* 2015;431-6.
 9. Theriot JA, Sayat J, Franco S, Buchino JJ. Childhood Obesity: A Risk Factor for Omental Torsion. *Pediatrics.* 2003; 112: 460-2.
 10. Foscolo S, Mandry D, Galloy MA, Champigneulle J, De Miscalut G, Claudon M. Segmental omental infarction in childhood an unusual case of left-sided location with extension into the pelvis. *Pediatr Radiol.* 2007; 37: 575-7.
 11. Breunung N, Strauss P. A diagnostic challenge: primary omental torsion and literature review - a case report. *World J Emerg Surg.* 2009; 4: 40.
 12. Cremonini C, Bertolucci A, Tartaglia D, Menonna F, Galatioto C, Chiarugi M. Acute abdomen caused by greater omentum torsion: A case report and review of the literature. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2016; 22: 391-394.
 13. Naffa 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.
 14. Mavridis G, Livaditi E, Baltogiannis N, Vasiliadou E, Christopoulos-Geroulanos G. Primary omental torsion in children: ten-year experience. *Pediatr Surg Int.* 2007; 23: 879-82.
 15. Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, Stano R, Vásquez G. Acute abdomen due to primary omental torsion and infarction. *Case Rep Surg.* 2014;2014:1-4.
 16. Raza N, Kania P, Bhamare P. A rare case of omental torsion - a surprise diagnosis of acute pelvic pain. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016; 5: 1-3.
 17. Breunung N., Strauss P. Un desafío diagnóstico: torsión omental primaria y revisión de la literatura: informe de un caso. *Mundo J Emerg Surg.* 2009; 4 : 40.
 18. Fernandez-Rey CL. Primary omental infarction as cause of nonsurgical acute abdomen: Imaging diagnose. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010;102:8.
 19. Tsunoda, T., Sogo, T., Komatsu, H., Inui, A., & Fujisawa, T. A case report of idiopathic omental infarction in an obese child. *Case Reports In Pediatrics.* 2012;2012.
 20. 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.

CORRESPONDENCIA

Carlos Alberto Dávila-Hernández
dh39130@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-09-2022.

Fecha de aceptación: 24-10-2022.

Financiamiento: Por los autores.

Conflicto de interés: ninguno, según los autores.

Contribución de los autores. Los autores manifiestan haber atendido al paciente, realizado la búsqueda bibliográfica y haber aprobado la versión final del texto.