

Torsión primaria de epiplón.

Presentación de caso típico y revisión de la literatura

Gral. Brig. M.C. Mauro Soto-Granados*

Jefatura del Servicio de Sanidad de la VIII Región Militar

RESUMEN

Introducción. La torsión primaria del epiplón es una patología quirúrgica benigna extremadamente rara, razón por la que su diagnóstico preoperatorio se establece sólo en pocas ocasiones. Su presentación clínica más frecuente es en varones con sobrepeso simulando una apendicitis aguda.

Caso clínico. Paciente masculino de ocho años de edad con masa corporal de 32, que desarrolló un síndrome doloroso de fosa ilíaca derecha de tres días de evolución, con fiebre de 39 °C, biometría hemática con 19,600 leucocitos y USG que mostró plastrón en flanco y fosa ilíaca derecha. Se estableció el diagnóstico presuntivo de absceso apendicular. Se efectuó laparotomía exploradora encontrando torsión primaria del epiplón; realizándose resección del segmento de epiplón comprometido. Su evolución fue satisfactoria.

Discusión. Este caso muestra la presentación clínica típica de la torsión primaria del epiplón en la edad pediátrica; en la mayor parte de los casos el diagnóstico se establece durante la cirugía de un cuadro abdominal agudo. Actualmente es factible establecer el diagnóstico preoperatorio mediante TAC y realizar el tratamiento en forma laparoscópica.

Conclusión. La torsión primaria del epiplón es una rareza quirúrgica. Su diagnóstico preoperatorio es infrecuente por la escasa sospecha clínica. El diagnóstico y tratamiento óptimo involucran la realización de TAC preoperatoria y resección del segmento de epiplón infartado en forma laparoscópica.

Palabras clave: Epiplón, torsión primaria, abdomen agudo.

Introducción

La torsión primaria del epiplón es una patología quirúrgica infrecuente. Aun cuando fue descrita desde 1899, hasta la fecha se han descrito en la literatura alrededor de 250 casos. Es más frecuente en adultos entre la cuarta y quinta décadas

de la vida, se asocia a obesidad y predomina en el varón con una relación de 2-5:1; sólo 15% de los casos ocurren en la edad pediátrica. Por su rareza, el diagnóstico preoperatorio es muy difícil, ya que no suele pensarse en esta patología. Su presentación clínica más común es la de un cuadro doloroso abdominal que simula apendicitis aguda. El diagnóstico se

Primary torsion of omentum.

Typical case presentation and literature review

SUMMARY

Introduction. The primary torsion of omentum is an extremely rare benign surgical pathology, which is why its preoperative diagnosis is established only rarely. Its most common clinical presentation is overweight men in simulating acute appendicitis.

Case report. Male, 8 years old with body mass of 32, who developed a syndrome of painful right iliac fossa of three days duration, with fever of 39 °C, hematic biometria with 19,600 leukocytes and USG showed that plastron flank and iliac fossa right. A diagnosis of presumptive appendicular abscess. Exploratory laparotomy was performed finding omentum primary torsion; underwent surgical segment of omentum committed. Its evolution was satisfactory.

Discussion. This case shows the typical clinical presentation imports of primary torsion of omentum in the pediatric age, in most cases the diagnosis is established during the surgery of an acute abdominal table. Currently it is feasible to establish the preoperative diagnosis by CT and perform the treatment in the form laparoscopic.

Conclusion. The primary torsion of omentum is a rare surgical. His preoperative diagnosis is unusual for the limited clinical suspicion. The diagnosis and optimal treatment involves the realization of preoperative CT and resection of the segment to omentum infarction in the form of laparoscopic.

Key words: Omentum, primary torsion, acute abdomen.

* Jefe Regional del Servicio de Sanidad de la VIII Región Militar.

Correspondencia:

Dr. Mauro Soto Granados

Av. Santo Dumont Esq. Guillermo Villasana, Col. Aviación Civil, Deleg. Venustiano Carranza. C.P. 15740. México, D.F. Tel. y Fax: (55) 5700-2182, Ext. 1007 y 1008

Recibido: Julio 19, 2010.

Aceptado: Enero 6, 2011.

realiza casi siempre en el transoperatorio, se ha estimado que, en niños, del 0.05 al 1% se diagnosticaron durante laparotomía por probable apendicitis aguda.^{1,2}

La torsión primaria del epiplón ocurre sin evidencia de patología intraabdominal; es unipolar, existiendo un segmento redundante móvil y un punto fijo alrededor del cual se desarrolla la torsión, usualmente en el sentido de las manecillas del reloj. Se desconoce la causa precisa que origina la torsión, se ha considerado a la obesidad infantil como un factor de riesgo para el desarrollo de esta entidad; otros factores predisponentes son las variaciones anatómicas del epiplón (grande, voluminoso con pedículo estrecho, bífido o accesorio), o bien la presencia de venas grandes y tortuosas que permiten su enroscamiento el ofrecer un punto de fijación. La frecuencia más alta de torsión es del lado derecho, debido probablemente al mayor tamaño y movilidad de este segmento del epiplón.³⁻⁵

Los eventos precipitantes de la torsión pueden ser traumatismos abdominales, hiperperistaltismo por ingesta abundante de alimentos, esfuerzo intraabdominal intenso, ejercicio violento, tos, pujo, cambio súbito de postura corporal; todos ellos tienen en común el desplazamiento del epiplón. Una vez que ocurre la torsión se desarrolla compromiso del retorno venoso, congestión y edema distal, mismos que producen extravasación hemorrágica a la cavidad peritoneal; posteriormente, la oclusión arterial da lugar a un infarto hemorrágico y eventualmente a necrosis grasa.^{6,7}

Caso clínico

Paciente masculino de ocho años de edad, obeso (índice de masa corporal de 32), sin antecedentes de importancia. Tres días antes de su ingreso inicia con dolor leve en epigastrio que posteriormente se localiza en flanco y fosa ilíaca derecha, acompañado de náusea e hiporexia. Aproximadamente 24 horas después el dolor se intensifica, agregándose fiebre y ataque al estado general. Un USG muestra un plastrón inflamatorio a nivel de la fosa ilíaca y flanco derecho. Al

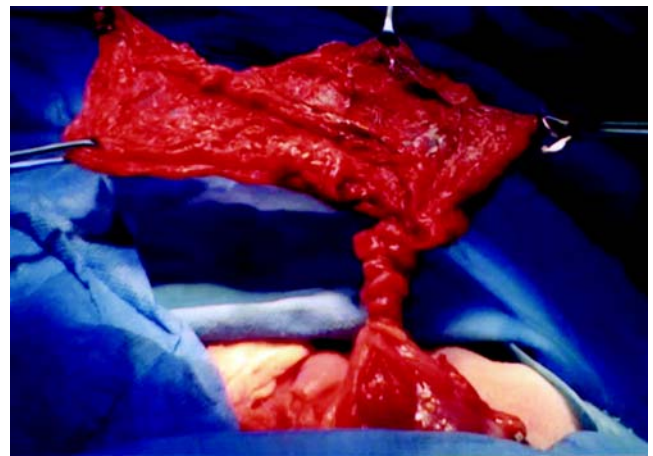


Figura 2. Se confirma la torsión del epiplón en el sentido de las manecillas del reloj.

ingresar presentaba fiebre de 39 °C, dolor abdominal generalizado con datos de irritación peritoneal, palpándose un plastrón en flanco y fosa ilíaca derecha. Una biometría hemática reveló leucocitosis de 19,600. Se estableció el diagnóstico presuntivo de absceso apendicular. Se hidrató al paciente, se le cubrió con antibióticos (ceftriaxona y metronidazol) y se efectuó laparotomía exploradora. Al abordar la cavidad peritoneal se encontraron aproximadamente 100 cc. de líquido hemorrágico libre, el apéndice normal; se localizó un plastrón inflamatorio en flanco y fosa ilíaca derecha constituido por el epiplón torcido en el sentido de las manecillas del reloj (*Figuras 1 y 2*). Se efectuó resección del segmento de epiplón comprometido, se lavó la cavidad abdominal y se cerró la pared abdominal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones.

Discusión

El interés de presentar un caso de torsión primaria de epiplón, es que se trata de una rareza quirúrgica y que por la misma razón la mayor parte de las veces no se diagnostica en forma preoperatoria; no obstante, su tratamiento es sencillo, su mortalidad es nula y su pronóstico excelente. Puesto que en 80% de los casos la torsión se desarrolla en el lado derecho del abdomen, este hecho explica que el cuadro clínico sea muy parecido al de una apendicitis aguda; no obstante, puede simular cualquier otra patología intraabdominal (colecistitis, diverticulitis, úlcera péptica perforada, quiste ovárico torcido). Previamente, se ha reportado el diagnóstico preoperatorio exacto en un rango de 0.6 a 4.8%. En la actualidad, si se dispone de los recursos tecnológicos suficientes y existe la sospecha clínica, es factible que el porcentaje de casos que se diagnostiquen en forma preoperatoria se incremente en forma sustancial. La ultrasonografía puede mostrar una masa compleja con una mezcla de material sólido y áreas hipocogénicas; sin embargo, estos hallazgos son inespecíficos. En una tomografía computada los signos característicos son un patrón en espiral de tejido inflamatorio, alrededor

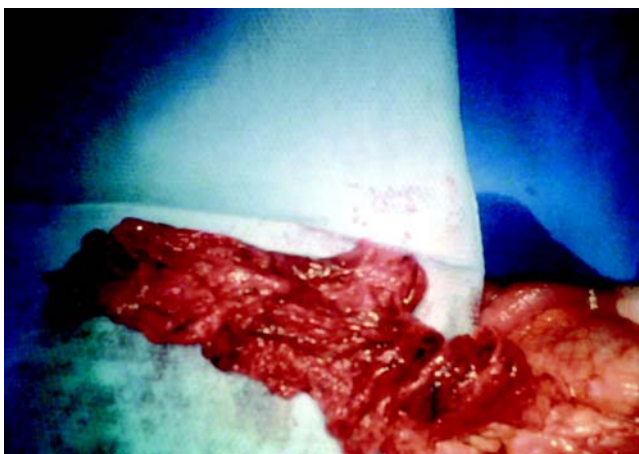


Figura 1. Plastrón inflamatorio constituido por el epiplón torcido.

de una estructura vascular hiperdensa; no obstante, este padrón puede no ser evidente dependiendo de los planos de rotación y exploración. Por otra parte, dado que la torsión primaria del epiplón suele presentarse como una urgencia quirúrgica abdominal, no es usual recurrir a estudios de imagen sofisticados. Con el auge y cada vez mayor disponibilidad de la laparoscopia diagnóstica y terapéutica, los casos diagnosticados y tratados en esta forma, seguramente también se incrementarán.⁸⁻¹⁰

Se han descrito casos de destorsión espontánea, y también se ha descrito el tratamiento conservador, cuando el diagnóstico se ha hecho en forma preoperatoria y no existen complicaciones asociadas. No obstante, una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento más aconsejable es la resección del segmento de epiplón infartado ya que se ha reportado la formación de abscesos secundarios y cuadros adherenciales severos. No se aconseja la desrotación manual debido al riesgo de trombosis vascular y necrosis tardía. No se ha informado de recurrencias postoperatorias.¹¹⁻¹³

El caso clínico, motivo de esta comunicación, corresponde a la presentación clínica típica de una torsión primaria de epiplón en la edad pediátrica: un paciente masculino, obeso, de ocho años de edad, con un cuadro clínico, hallazgos de laboratorio (BH con 19,600 leucocitos) y de USG (plastrón inflamatorio en flanco y fosa ilíaca derecha) simulando una apendicitis aguda con probable evolución a absceso apendicular, sometido a laparatomía exploradora en la cual se encuentra líquido hemorrágico libre en la cavidad peritoneal y torsión primaria del epiplón localizada en el flanco y fosa ilíaca derecha.^{14,15}

Del análisis de este caso y la revisión de la literatura al respecto, se desprende que es conveniente considerar en el diagnóstico diferencial del síndrome doloroso de fosa ilíaca derecha, particularmente en niños varones con sobrepeso, a la torsión primaria de epiplón, asimismo, si se cuenta con los recursos, efectuar una TAC como estudio preoperatorio, realizar laparoscopia para confirmar el diagnóstico y efectuar la resección laparoscópica del epiplón infartado como método de tratamiento óptimo.^{16,17}

Conclusión

La torsión primaria de epiplón es una rareza quirúrgica. Su diagnóstico preoperatorio es infrecuente por la escasa sospe-

cha clínica. Se trata de una patología benigna, de fácil tratamiento y excelente pronóstico. Su diagnóstico y tratamiento óptimo involucran la realización de TAC preoperatoria y resección del segmento de epiplón infartado en forma laparoscópica.

Referencias

1. Pinedo-Onofre JA, Guevara-Torres L. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. *Gac Méd Méx* 2007; 143: 17-20.
2. Villegas MJD, Risco CRJ, Pérez HO, Sánchez CJ, Jiménez HJ. Abdomen agudo secundario a torsión primaria de epiplón en el embarazo de término. Reporte de un caso. *Rev Hosp Jua Mex* 2008; 75: 130-2.
3. Montiel JAJ, García SC, García BJE, Sánchez TJ, Barrón SML. Torsión segmentaria derecha de epiplón mayor. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 1988; 66: 74-7.
4. Phillips BJ, Mazaheri MK, Matthews MR, Caruso DM, Fuji TK, Schiller WR. Imitation appendicitis: primary omental torsion. *Pediatr Emerg Care* 1999; 15: 271-3.
5. Helmrath MA, Dorfman SR, Minifee PK, Bloss RS, Brandt ML, DeBaKey ME. Right lower quadrant pain in children caused by omental infarction. *Am J Surg* 2001; 182: 729-32.
6. Valioulis I, Tzalas D, Kallintzis N. Primary torsion of the greater omentum in children-A neglected cause of acute abdomen. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 341-3.
7. Liberman P, González D, Aldunate M, Herrera O. Torsión primaria de epiplón: Diagnóstico diferencial poco frecuente en abdomen agudo. *Rev Ped Elec* 2006; 4: 70.
8. Poujade O, Ghiles E, Senasli A. Primary torsion of the greater omentum: case report-review of literatura: diagnosis cannot always be performed before surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17: 54-5.
9. Young TH, Lee HS, Tang HS. Primary torsion of the greater omentum. *Int Surg* 2004; 89: 72-5.
10. Yoshida R, Yamataka A, Koga H, Nambu J, Hasumi H, Kobayashi H, et al. Laparoscopic Treatment of Primary Idiopathic Omental Torsion in a 5-Year-Old Girl. *Pediatric Endosurgery & Innovative Techniques* 2004; 8: 153-6.
11. Theriot JA, Sayat J, Franco S, Buchino JJ. Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. *Pediatrics* 2003; 112: 460-2.
12. Chung SC, NgKW, Li AK. Laparoscopic resection for primary omental torsion. *Austral New Zealand J Surg* 1992; 62: 400-1.
13. Nihei Z, Kojima K, Uehara K, Sawai S, Kakahana M, Hirayama R. et al. Omental bleeding with spontaneously derotated torsion. A case report. *Jap J Surg* 1991; 21: 700-2.
14. Yeow WC, Jayasundera MV, Hool G, Sinniah R. Acute abdomen due to omental torsion. *Med J Aust* 2005; 183: 183: 212.
15. Sarac AM, Yegen C, Aktan AO, Yalin R. Primary torsion of the omentum mimicking acute appendicitis. Report of a case. *Surg Today* 1997; 27: 251-3.
16. Abadir JS, Cohen AJ, Wilson SE. Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. *Am Surg* 2004; 70: 854-7.
17. Feo CF, Porcu A, Ginesu GC, Dettori G. Primary torsion of the greater omentum: a difficult diagnosis. *Dig Dis Sci* 2005; 50: 1283-4.

