

# Abdomen agudo secundario a torsión primaria de epiplón en el embarazo de término. Reporte de un caso

Jorge D. Villegas M,\* Roberto J. Risco Cortés,\*\*\*\* Octavio Pérez H,\*\* Jesús Sánchez C,\*\*\* Juan Jiménez H\*\*

## RESUMEN

Durante el embarazo el tubo digestivo sufre cambios anatómicos y funcionales que pueden alterar en forma apreciable los criterios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades a las que es susceptible. Estos cambios fisiológicos pueden producir signos y síntomas comunes tanto al embarazo como a enfermedades abdominales quirúrgicas y representan un reto en la evaluación y tratamiento de la mujer embarazada con abdomen agudo.

**Palabras clave:** Torsión de epiplón, abdomen agudo, embarazo.

## ABSTRACT

During pregnancy, digestive tract suffers anatomical and functional changes that can considerably alter criteria for diagnosis and treatment of disorders to which they are susceptible, these physiological changes can produce signs and common symptoms both to pregnancy and to abdominal surgical illnesses and these changes represent a challenge in the evaluation and treatment of pregnant woman with acute abdomen.

**Key words:** Omental torsion, acute abdomen, pregnant.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades intraabdominales que pueden requerir tratamiento quirúrgico son difíciles de evaluar en la mujer embarazada, en especial después de la segunda mitad del embarazo. En muchos casos el dolor abdominal persistente que no se asocia con síntomas acompañantes puede anunciar un trastorno que pondrá en peligro la vida. Cuando se interpretan los hallazgos físicos y los valores de laboratorio en la mujer bajo sospecha de patología abdominal se deben tener en cuenta los cambios fisiológicos normales del embarazo. En casos de diagnóstico incierto puede ser más seguro efectuar una exploración quirúrgica abdominal a retrazar el tratamiento, lo que puede generar complicaciones y secuelas catastróficas.

## REPORTE DE CASO

Femenino de 22 años, casada, originaria del Distrito Federal, escolaridad: bachillerato, ocupación: optometrista, hábitos higiénicos y dietéticos regulares, alérgicos y transfusionales negativos, toxicomanías negativas, ante-

cedentes quirúrgicos y traumáticos negativos, antecedente de enfermedad ácido péptica de tres años de evolución, tratada con bloqueadores H2 y protectores de la mucosa gástrica. Antecedentes ginecoobstétricos: Menarca a los 16 años, ritmo: irregular 28-45 x 2, dismenorrea leve. Inicio de vida sexual activa a los 20 años, con una pareja sexual, G1, FUR: 24 diciembre del 2005, FPP: 01 octubre del 2006, amenorrea secundaria de 39.1 semanas. Padecimiento actual: lo inicia cuatro días previos a su internamiento con dolor leve en epigastrio, tipo cólico, sin irradiaciones; se acompaña de náusea y vómito en una ocasión de contenido gástrico; se exacerba con el movimiento y cambio de posición y disminuye con el reposo, acude con facultativo quien prescribe paracetamol y butilhioscina, doce horas después el dolor aumenta de intensidad llegando a ser severo, constante, pungitivo, con irradiaciones a ambos hipocondrios, se acompaña de náusea que no llega al vómito, astenia y adinamia.

Cuatro horas después se agrega actividad uterina regular con expulsión de tapón mucoso, acude al Servicio de Urgencias Obstétricas del Hospital Juárez de México. En la exploración física se encontró: TA: 130/80, FC: 100

\* Médico Residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia, HJM.

\*\* Médico Adscrito del Servicio de Ginecología y Obstetricia, HJM.

\*\*\* Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia, HJM.

\*\*\*\* Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia, HJM.



por minuto, FR: 18 por minuto, temperatura: 37.5 °C, consciente, orientada en las tres esferas, con palidez de tegumentos, fascies algica. Cabeza, cuello y tórax sin alteraciones, abdomen globoso por útero gestante con fondo uterino a 31 cm del borde superior de la sínfisis púbica con producto único vivo, presentación cefálica, situación longitudinal, dorso izquierdo, frecuencia cardíaca fetal de 148 por minuto, presenta un patrón contráctil de dos contracciones en 10 minutos de buena intensidad; se percibe motilidad fetal. Peristalsis disminuida, presenta hiperestesia e hiperbaralgesia en hemiabdomen superior, con resistencia muscular voluntaria, signo de descompresión y signo de Murphy dudosos, en epigastrio se palpa tumoración indurada, poco móvil de 4 x 2 cm. Genitales: de acuerdo a edad y sexo, al tacto vaginal: cérvix central, blando, con 3 cm de dilatación y 60% de borramiento, membranas íntegras, pelvis clínicamente útil, resto de la exploración sin datos relevantes. Exámenes de laboratorio: biometría hemática: hemoglobina de 13.5 g/dL, hematocrito de 38.4%, leucos de 14,750, neutrófilos: 87%, linfocitos: 6.8%, monolitos: 5.6%, eosinófilos: 0.2%, basófilos: 0.1%, plaquetas de 247,000. Química sanguínea: glucosa: 64 mg/dL, urea: 26 mg/dL, creatinina: 0.8 mg/dL, TGO: 21 U/mL, TGP: 17 U/mL, LDH: 362 U/dL, BT: 0.5 mg/dL, BD: 0.2 mg/dL, TP: 12", TPT: 30"/100%. USG abdominal reporta: embarazo de 38.5 semanas de gestación por somatometría, líquido amniótico de características normales con índice de Phelan de 8, placenta grado II, fúndica posterior, hígado, vesícula biliar y páncreas de características normales, fondo de saco sin colecciones.

Se comenta el caso con el Servicio de Cirugía General y se decide realizar exploración quirúrgica abdominal e interrupción del embarazo. Se realiza cesárea Kerr obteniéndose producto único vivo masculino con peso de 2,690 g, Apgar 7/9, talla 51 cm, capurro 37 semanas; se realiza exploración abdominal por parte del Servicio de Cirugía General encontrando escaso líquido sanguinolento, apéndice cecal e intestino de características normales; se observa en epiplón lesión necrótica de aproximadamente 8 x 10 cm, la cual contaba con una torsión sobre su propio eje; se realiza exéresis de tejido necrótico y se envía a patología quien reporta necrosis hemorrágica y esteatonecrosis de tejido epiploico. La evolución de la paciente posterior al evento quirúrgico fue satisfactoria.

## DISCUSIÓN

El abdomen agudo en la paciente embarazada se presenta 1 x cada 1,000 embarazos, siendo el diagnóstico más

frecuente el de apendicitis (hasta un 65%), no por ello se debe dejar fuera otras tantas patologías que podrían ocasionar un síndrome doloroso abdominal o un abdomen agudo (colecititis, pancreatitis, diverticulitis, etc.), pero que pueden crear complicaciones letales si no se diagnostican y tratan de forma adecuada y oportuna.

La torsión de epiplón fue descrita por primera vez en 1899 por Eitel.<sup>1</sup> Es una situación anatomicopatológica rara, se reporta una incidencia de 0.37% en población abierta; se presenta más frecuentemente entre la cuarta y quinta década de la vida;<sup>2</sup> es dos veces más frecuente en varones, no nos fue posible establecer la frecuencia de esta patología en el embarazo ya que no encontramos reportes (en las últimas tres décadas) en la literatura mundial.

Para que exista torsión deben existir dos condiciones previas: primero, un segmento redundante móvil, y segundo, un punto fijo alrededor del cual pueda torcerse. Se clasifica en primaria o secundaria.<sup>3</sup> La torsión primaria de epiplón o idiopática es relativamente rara y no se conoce su causa. Se han sugerido algunos factores predisponentes como variaciones anatómicas (proyecciones en forma de lengua), epiplón bífido o accesorio, epiplón grande, voluminoso con pedículo estrecho e hiperperistaltismo. La frecuencia más alta de torsión es del lado derecho, esto se relaciona a su mayor tamaño y movilidad. Los factores precipitantes son los que causan desplazamiento del epiplón; esfuerzo intenso, tos, pujo, traumatismos abdominales o ejercicio violento, cambio súbito de la posición corporal.<sup>4</sup> La torsión secundaria se relaciona con adherencias de su extremo libre a quistes, tumores, heridas posquirúrgicas y hernias. Es más común que el tipo primario y suele ser bipolar, esto es que se tuerce en la porción central entre dos puntos fijos, casi dos tercios de este tipo se relaciona a pacientes con hernias inguinales. El síntoma inicial es dolor, que se inicia súbitamente, es constante y de intensidad creciente, puede ser localizado en región periumbilical o generalizado, invariably se localiza en el cuadrante inferior derecho, el dolor aumenta con el movimiento y puede presentarse náusea y vómito.

Se presenta leucocitosis moderada y febrícula que rara vez aumenta más de 1 °C, pero en general los datos de laboratorio y la radiografía simple de abdomen son poco expresivos.<sup>5</sup> Existe hipersensibilidad, rebote y espasmo muscular voluntario, si se afecta una porción grande del epiplón puede palparse una masa. Los signos y síntomas no suelen ser suficientes para permitir un diagnóstico preciso. Los diagnósticos de exclusión más frecuentes en orden de frecuencia son: apendicitis aguda, colecistitis aguda, quiste de ovario torcido, además deberá pensarse en otras patologías que afectan al ombligo mayor como

son el infarto segmentario de epiplón y la epiploitis primaria seudotumoral.<sup>6</sup> Si en la exploración quirúrgica se encuentra líquido serosanguinolento libre sin trastorno patológico evidente en algún órgano deberá pensarse en la posibilidad de una torsión de epiplón, Kurguzov reporta que nueve de 10 pacientes con diagnóstico de torsión de epiplón presentaron esta característica.<sup>7</sup>

Cada vez más se ha estado utilizando la tomografía como herramienta para lograr un diagnóstico más certero en el abdomen agudo. Así pues, la TC puede evidenciar una imagen que podría ser característica de la torsión de epiplón, ésta es la presencia de una masa abdominal de densidad grasa, bien delimitada compuesta por pliegues grasos y fibrosos entremezclados que se distribuyen de manera concéntrica o en espiral, que en su centro puede contener una estructura hiperdensa vascular que desciende perpendicular al plano axial.<sup>8</sup> Hecho el diagnóstico de esta patología algunos autores recomiendan una actitud expectante,<sup>9</sup> otros recomiendan el tratamiento quirúrgico resecando el segmento afectado y corregir el trastorno desencadenante en la torsión secundaria, ya que se han descrito la formación de abscesos secundarios y cuadros adherenciales severos.<sup>10</sup> Este caso se presenta por tratarse de una torsión primaria, ya que no presentaba dos puntos fijos sobre los cuales sufrir torsión, en cambio sí tenía la porción afectada una proyección en forma de lengua que como ya se mencionó es un factor predisponente. Lo que lo hace aún más raro e interesante es que se presentó en una mujer gestante y en la segunda década de la vida. Aconsejamos se tenga en cuenta como otro diagnóstico probable a los ya numerosos, que causan abdomen agudo, tanto en la mujer gestante como en el resto de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Eitel GG. Rare omental torsion. N Y Med Rec 1899; 55: 715.
2. Pinedo O. Omental torsion. An acute abdomen etiology. JA-Gac Med Mex 2007; 143(1): 17-20.
3. Schuartz, Shires, Spencer. Principios de Cirugía. 6a Ed. Editorial Interamericana; Vol. II, p. 1532-4.
4. Leitener MJ, Jordan CG, Spinner MH. Torsion, infarction and hemorrhage of omentum as a cause of acute abdominal distress. Ann Surg 1952; 135: 103-10.
5. García PAM, Pujol SR, Adell RJ, Torres SE. Torsión del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Rev Esp Enf Org 1996; 88: 39-42.
6. Pedro-Pons A. Patología y clínica médicas. Patología del epiplón. Tomo I. Barcelona: Salvat; 1978.
7. Kurguzov OP. Khirurgiia Mosk 2005; 7: 46-9.
8. Ruth MH, José MF, Oscar LA, José PR, Pilar HJ, Alberto GC. Torsión completa del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TC en el diagnóstico preoperatorio. Cir Esp 2002; 72(6): 362-4.
9. Van Breda V, De Mol Van, Otterloo JC, Puylaert JB. Epiploic Appendagitis and omental infarction. Eur J Surg 2001; 167: 723-7.
10. Baltasar EJ. Left-sided semental with associated omental abscess: TC diagnosis. J Comput Assist Tomogr 1993; 17: 379-81.

### Solicitud de sobretiros:

Dr. Jorge D. Villegas M  
Servicio de Ginecología y Obstetricia  
Hospital Juárez de México  
Av. Instituto Politécnico Nacional 5160,  
Col. Magdalena de las Salinas,  
Del. Gustavo A. Madero, C.P. 07760,  
México, D.F.