

Torsión primaria del epiplón. Extraña causa de dolor abdominal

(Primary omental torsion. A rare cause of abdominal pain)

Carlos Baeza Herrera,* Francisco Vidrio Padrón,** David Mejía Camacho,*** Lorena Elizabeth Montes de Oca Muñoz,**** Luis Manuel García Cabello*****

RESUMEN

La torsión del epiplón es una entidad rara en niños de dolor intestinal agudo que simula ser apendicitis. En la literatura médica de este país pudimos colectar dieciséis casos de los que seis fueron niños.

Presentación del caso. Se reporta el caso de un adolescente de 16 años que fue hospitalizado con un cuadro sugestivo de apendicitis aguda. En la laparotomía se encontró un volvulus del epiplón que se le extirpó. Se discute el hallazgo y se hace notar su poca frecuencia y que la cirugía es la única solución.

Palabras clave: Dolor abdominal, torsión del epiplón, hemoperitoneo, niños.

SUMMARY

The omental torsion is a rare cause of acute abdominal pain and clinically mimics acute appendicitis. In the medical literature of this country we able to collect sixteen cases, six of them were children.

Case report. A 16-year-old boy with symptoms and signs suggestive of appendicitis is reported. At laparotomy the omental volvulus was found and excision of the epiploic structure was done. The surgical finding is discussed and emphasis is done in the uncommon of this surgical entity.

Key words. Abdominal pain, omental torsion, hemoperitoneum, children.

Pocas veces, como en esta ocasión, el cirujano que acude a operar a un niño aquejado por un dolor abdominal, encuentra una razón tan extraña y en ocasiones tan inexplicable, como en este caso: por la torsión primaria del epiplón. Esta rara causa de dolor, descrita en 1899 por Eitel, suele ser más común en adultos que en otras

edades, dado que el epiplón es más largo y pesado que en los niños y adolescentes.

La torsión del epiplón es más frecuente en varones en la cuarta o quinta décadas de la vida y se observa más en el lado derecho y la torsión depende de que, al margen de que haya o no factor desencadenante, el epiplón sufre uno o más giros, que generalmente son en el sentido de las manecillas del reloj: lo que se traduce en manifestaciones abdominales de carácter agudo. Este accidente requiere para su corrección de una intervención quirúrgica, que casi siempre se confunde con apendicitis y casi nunca se sospecha la torsión del epiplón antes de la laparotomía. Se han reportado casos en muchos países y en México se ha informado, al menos en 16 personas,¹⁻⁴ de ellas seis han sido niños. El motivo de esta comunicación es presentar el caso de un adolescente que sería el séptimo referido en la literatura mexicana.

* Jefe de División (Cirugía). Hospital Pediátrico Moctezuma. SSDF y Profesor Titular de Cirugía Pediátrica y del Curso de Alta Especialidad para Postgraduados en Cirugía del Recién Nacido. UNAM.

** Residente en Cirugía. Hospital Pediátrico Moctezuma.

*** Residente en Cirugía. Centro Médico Nacional «20 de Noviembre» ISSSTE.

**** Residente en Cirugía. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI.

***** Profesor adjunto de Cirugía. UNAM.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rmp>

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 16 años que ingresó al Servicio de Urgencias por haber iniciado su padecimiento tres días antes de la hospitalización, con dolor abdominal inicialmente difuso y después localizado en la fossa iliaca derecha; se acompañaba de hipertermia de 38 grados y vómito, por lo que fue internado con diagnóstico de apendicitis aguda.

A su ingreso se le encontró consciente, con facies de dolor, peso 107 kg y 1.45 cm de estatura, ligeramente deshidratado; el abdomen con signos positivos de irritación peritoneal y peristalsis disminuida. Los exámenes de laboratorio en el preoperatorio revelaron leucocitosis de 13,300 con neutrofilia de 84.0%.

No fue posible tomarle estudio radiológico, pero con los datos clínicos se juzgó conveniente trasladarlo a la sala de operaciones para su intervención. Se le hizo una incisión paramediana derecha supra e infraumbilical y al llegar a la cavidad peritoneal se encontró hemoperitoneo de 100 mL y volvulus del epiplón en 320 grados en sentido de las manecillas del reloj. El apéndice cecal se encontró sano, se aspiró el líquido y se colocó una sutura-ligadura en el muñón y se extirpó el epiplón que estaba edematoso, friable y con áreas extensas de necrosis (*Figuras 1 y 2*). Su evolución fue satisfactoria y se dio de alta tres días después.

DISCUSIÓN

Es importante recordar que el epiplón es una estructura endomesodérmica, constituida por dos hojas perito-

neales, las que anatómicamente parten de la curvatura mayor del estómago y cuelgan libremente para cubrir la casi totalidad de los órganos intraabdominales; es rico en tejido graso y linfático y está irrigado por las arterias epiploicas (izquierda y derecha), la gastroduodenal y la esplénica. No se le conoce una función específica, pero como cirujanos sabemos que cuando hay una reacción inflamatoria local, por cualquier causa, el primer elemento activo de defensa que se moviliza hacia el sitio problema, es el epiplón, limitando así la inflamación, restringiendo la contaminación y en no pocas ocasiones, ocluyendo alguna perforación intestinal: la que sin este mecanismo de defensa, se convertiría pronto en peritonitis generalizada.¹

Con respecto a la torsión, se sabe que el efecto final es casi siempre el mismo; es decir, una vez que se inicia el volvulus y aparece el dolor abdominal, al paso de las horas se instalan fenómenos hemodinámicos propios del bloqueo de la circulación venosa, arterial y linfática hacia una estructura anatómica terminal, tal como es el caso del epiplón. Primero hay congestión y al final ocurre el infarto isquémico y la necrosis.⁵ Si se deja que evolucione libremente ocurre atrofia y fibrosis del tejido afectado, eventualmente se absorbe y desaparecen las molestias.⁶

La torsión puede ser primaria o idiopática: cuando el volvulus ocurre sin una causa que lo desencadene; esto ocurre en un tercio de casos y sucede casi siempre alrededor de la porción distal de la arteria epiploica derecha, asociándose a cambios bruscos de posición, ingesta copiosa de alimento y trauma menor del abdomen¹ y como en este caso, por la obesidad.^{2,7,8} También



Figura 1. Acercamiento en el campo operatorio en el que se aprecian varios datos interesantes: los giros que da el epiplón en el sentido de las manecillas del reloj y la inflamación y edema como consecuencia de la torsión.

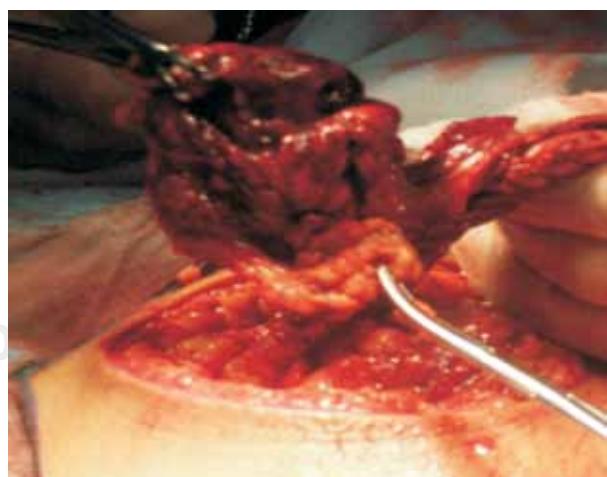


Figura 2. En una proyección más abierta se nota cómo el extremo del epiplón ya muestra los efectos de la obstrucción vascular. La necrosis en el extremo libre es evidente.

se atribuye a la ingurgitación sanguínea ocasionada por problemas venosos sistémicos, por tener un epiplón bífido u otras malformaciones estructurales.⁹ La torsión secundaria suele atribuirse a quistes, adherencias y sacos herniarios.¹⁰

El diagnóstico casi nunca se hace antes de la intervención quirúrgica y las manifestaciones clínicas son indistinguibles de una apendicitis, ya que la primera molestia del paciente es el dolor de la fosa iliaca derecha, de aparición repentina y que no se irradia. Otras manifestaciones, poco frecuentes que puede haber son: fiebre discreta, vómito y cierta elevación en la cuenta de leucocitos.^{8,11} Este accidente anatómico también es referido en las mujeres gestantes.³

Como casi nunca se sospecha esta entidad el diagnóstico se hace en el acto quirúrgico, por lo que hay algunos especialistas que están tratando de aportar datos que coadyuven en al menos la sospecha clínica, antes de la intervención. Al menos en la tomografía axial computadoraizada se han descrito hallazgos como: el patrón espiral y la imagen en remolino, como expresión del cúmulo de tejido graso y que típicamente se observa entre la pared abdominal y la mitad derecha del colon. También se observa una estructura vascular central incluida en la masa grasa, lo que es asimismo un hallazgo altamente sugestivo de la torsión del epiplón.

Por otra parte, con el ultrasonido, el epiplón torcido se capta como una imagen ovoide, hiperecoica, en forma de pastel ubicado entre la pared abdominal y el colon,¹¹ y desde la óptica del Doppler a color, la imagen es muy parecida a la antes descrita.⁵

Ordinariamente estos pacientes han sido operados por laparotomía pero en casos más recientes, la exploración laparoscópica ha cobrado interés, tomando un lugar muy especial, por ser ésta un recurso de diagnóstico, pero también sirve como instrumento correctivo definitivo, a la vez que permite la búsqueda del factor desencadenante.^{4,12,13}

Por otro lado, no deja de ser notorio que el Hospital de los autores: donde son intervenidos 1,200 casos por apendicitis al año, de los que al menos un tercio de éstos tienen sobrepeso u obesidad, se haya manejado sólo un paciente con volvulus del epiplón. En contraste, hay un Hospital en donde operan pocos enfermos con apendicitis y sin sobre-

peso y sorpresivamente manejaron tres casos en tres meses.¹⁴ En nuestro paciente, probablemente el peso anormal del epiplón por la concentración de tejido graso local, dio lugar a que se instalara la enfermedad, la que aun siendo idiopática aportó experiencias constructivas.

Referencias

1. Gómez AVA, Fernández GAG, Vargas JZ, Parra EM. Torsión del epiplón mayor, causa de abdomen agudo en escolares y adolescentes. *Rev Med IMSS* 1995; 33: 23-6.
2. Pinedo-Onofre AJ, Guevara TL. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. *Gac Med Mex* 2007; 143: 17-20.
3. Villegas DJ, 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.
4. Franklin ME, Salgado CEL, Portillo RG, Díaz EAJ. Tratamiento laparoscópico de la torsión primaria de epiplón. *Avances 2009*; 6: 4-7.
5. Baldisserotto M, Maffazzoni RD, Dora DM. Omental infarction in children: Color Doppler sonography correlated with surgery and pathological findings. *AJR* 2005; 184: 156-62.
6. Kepertis C, Joutsounts G. Primary torsion of the greater omentum. *Indian Pediatr* 2005; 42: 613.
7. Theriot AJ, Sayat J, Franco S, Buchino JJ. Child obesity: A risk factor for omental torsion. *Pediatrics* 2003; 112: 460-2.
8. Wensang CAO, Juzhe Z. Primary omental torsion in a 12-year-old boy. *Chinese Med J* 2001; 114: 202-3.
9. Jain P, Chhabra S, Parikh K, Vaidya A. Omental torsion. *J Indian Assoc Pediatr Surg* 2008; 13: 151-2.
10. Breunung N, Strauss P. A diagnostic challenge; primary omental torsion and literature review –a case report. *World J Emerg Surg* 2009; 4: 40.
11. Doganay S, Gul Y, Kocakoc E. Omental and inarction depicted by ultrasound and computed tomography: An unusual cause of abdominal pain. *Inter Med* 2010; 49: 871-2.
12. Al Tokhais IT, Abdullah B, Noureidin HO. Primary omental torsion: A rare cause of acute abdomen. *Saudi J Gastroenterol* 2010; 13: 144-6.
13. Khine M, Roslani CA. An unusual cause of abdominal pain. *Ann Acad Med Singapore* 2009; 38: 180.
14. Bonnici FP, Marsden HB. Primary torsion of the greater omentum in childhood. *Brit Med J* 1957; 24: 448-9.

Correspondencia:

Dr. Carlos Baeza Herrera.
Oriente 158 Núm. 189. Colonia Moctezuma
2^a Sección, 15530 México, D.F.
Delegación Venustiano Carranza.
Tel. 57622421, 55714057
E-mail: Dr.carlosbaeza@yahoo.com.mx