

Torsión Primaria de Epiplón como Causa poco Frecuente de Dolor Abdominal

Auroramanuela Barreto, Egenny Dahdah, Miguel Quiroz

Servicio de Cirugía General del Hospital Luis Salazar Domínguez, Instituto Venezolano del Seguro Social, Guarenas, Estado Miranda. Venezuela

Resumen La torsión primaria de epiplón es una causa poco frecuente de dolor abdominal que puede presentarse clínicamente como abdomen agudo quirúrgico del tipo apendicitis aguda y raramente es clasificado como diagnóstico diferencial de esta patología tanto en adultos como niños. Por estas características, usualmente su diagnóstico es intraoperatorio y comprobado por anatomía patológica. Se presenta el caso de un paciente masculino de 25 años que fue llevado a la mesa operatoria con el diagnóstico de apendicitis aguda; sin embargo, peroperatoriamente se evidenció una apéndice cecal sana con compromiso parcial del epiplón mayor, siendo confirmados los cambios isquémicos y necrosis del mismo, estableciéndose el diagnóstico de torsión primaria de epiplón mayor.

PALABRAS CLAVE: Torsión, Epiplón, Apendicitis aguda, Dolor abdominal.

Abstract PRIMARY EPIPLOIC TORSION AS AN UNUSUAL CAUSE OF ABDOMINAL PAIN The primary epiploic torsion is an unusual cause of abdominal pain; it may be shown as an acute surgical abdomen, mimicking appendicitis, but it is rarely included as a differential diagnosis of this surgical pathology in adults or children. Due to its characteristics, its diagnosis is intraoperative and confirmed by pathological studies. In this article we show the case of a 25 year old male, that was taken to surgery with the diagnosis of acute appendicitis; however, it was found an intact cecal appendix with partial compromise of the greater omentum, ischemic changes and necrosis were found on pathology, confirming the diagnosis of primary epiploic torsion.

KEY WORDS: Epiploic torsion, Acute appendicitis, Abdominal pain.

Introducción La torsión de epiplón fue descrita por primera vez en 1899 y se han reportado unos 300 casos en la literatura médica

mundial. Esta entidad patológica es una causa poco frecuente de dolor abdominal en la fosa iliaca derecha; generalmente se presenta como dolor abdominal agudo en pacientes adultos entre la cuarta y quinta décadas de vida, siendo el género masculino el afectado con mayor frecuencia. En las revisiones más extensas, apenas 15% de los casos se producen en la edad pediátrica. Solo en 0,1% de todas las laparotomías realizadas con diagnóstico de apendicitis aguda se encuentra una torsión de epiplón como causa de la sintomatología, 1,2,6,7 como se observa en el presente estudio. La torsión del epiplón ocurre por rotación sobre su eje axial hasta producir un compromiso vascular con estrangulación, necrosis o infarto. Podemos clasificarlos en torsión primaria, sin una etiología definida pero con los factores predisponentes antes citados, y secundarias, relacionados con hernias, inflamaciones abdominales, laparotomías previas o tumores. 3,4 La causa más frecuente de consulta es el dolor abdominal, generalmente localizado en el cuadrante inferior derecho, pudiendo acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre; a veces puede palparse una masa mal definida, dolorosa, ya sea en región periumbilical o en la fosa ilíaca derecha. 5 El laboratorio suele mostrar leucocitosis, pero no siempre este hallazgo es evidente. La ecografía puede mostrar una masa mal definida o bien líquido libre en cavidad, pero no orienta el diagnóstico etiológico. 3,6 Sin embargo, la tomografía es mucho más específica, con imágenes que orientan al diagnóstico, y que en algunos centros, incluso, ayudan a tomar una conducta expectante para casos seleccionados. 3,4 El tratamiento de elección es quirúrgico y consiste en la omentectomía parcial, que es curativo en el 100% de los casos. 4 La omentectomía total se reserva en general para la cirugía oncológica. 6

Presentación del Caso Se trata de un paciente masculino, de 25 años de edad, que refiere el inicio de su enfermedad actual el día 09/01/13 cuando comenzó a presentar dolor de moderada intensidad en epigastrio, no irradiado, el cual posteriormente se localizó en la fosa iliaca derecha el día 10/01/13, sin síntomas concomitantes. En vista de la persistencia y aumento del dolor de intensidad moderada a severa, acudió a este centro el día 22/01/13 donde fue evaluado y se decidió ingresarle con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico; apendicitis aguda. Negó tener antecedentes médico-quirúrgicos. Informó ejercicio frecuente. Examen físico de ingreso. Tensión arterial: 138/90, Frecuencia cardíaca: 85 lpm, frecuencia respiratoria: 20 rpm, paciente en regulares condiciones generales, eupneico, con leve palidez cutáneo-mucosa, mucosa oral seca. Examen cardiopulmonar: tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitorax sin adventicios, ruidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, punto de Mc Burney doloroso, maniobra de Blumberg positiva,

Rovsing positivo, Psoas positivo, Obturador positivo, Puño Percusión negativa, Neurológico: orientado en los 3 planos, Glasgow 15/15, Fuerza Muscular V/V; Reflejos Ostotendinosos II/IV. En los exámenes de laboratorio de emergencia se evidenció: glóbulos blancos: 13.300/mm³, Neutrofilos: 70%, Linfocitos: 20%, Hemoglobina: 15.8 g/dL, Hematocrito: 47.6 %, Plaquetas: 276000/mm³. Estudios imagenológicos, rayos X de abdomen simple de pie, dentro de límites normales. No se cuenta en el momento del ingreso del paciente, con la posibilidad de realizar otros estudios de imagen (Figura 1). Se llevó a mesa operatoria con el diagnóstico de apendicitis aguda, obteniéndose los siguientes hallazgos: - Apéndice sana, de 10 cm, laterocecal interno con líquido inflamatorio periapendicular. - Torsión de Epiplón mayor sobre su propio eje en su porción distal de 20 x15 cm con cambios isquémicos. Se realizó apendicetomía + omentectomía parcial + lavado de cavidad (Figuras 2 y 3). El paciente permanece en buenas condiciones durante el post-operatorio inmediato, egresando sin complicaciones a las 48 horas, con los siguientes resultados en los exámenes de laboratorio: glóbulos blancos: 11.200/mm³, Neutrofilos: 72%, Hemoglobina: 15.3 g/dL, Hematocrito: 46%, Plaquetas 250000/mm³. En la biopsia, enviada a anatomía patológica, se obtuvo el siguiente resultado: Descripción Macroscópica: Apéndice Cecal: 9 x 0,7 cm, serosa despulida de color pardo claro, trayectos vasculares visibles. Meso abundante. Al corte, presenta consistencia semi-firme. Pared de 0,2 cm de espesor, luz no ocupada. Epiplón Mayor: fragmento que mide 20 x 8,5 x 2 cm, de color pardo oscuro, con focos hemorrágicos. Al corte es de consistencia blanda. Descripción Microscópica: Apéndice cecal: Biopsia: sin cambios sugestivos de patología. Epiplón Mayor: Biopsia: Extensas Áreas de Hemorragia reciente, necrosis, hiperplasia discreta de las células mesoteliales. Conclusiones: Necrosis de Epiplón mayor.

Discusión y conclusión La torsión de epiplón mayor es una causa poco frecuente de dolor abdominal, descrita dentro de los diagnósticos diferenciales de apendicitis aguda muy pocos comunes, a pesar de tener una clínica casi indiferenciable como se observó en este caso; generalmente no es tomada en cuenta dentro de las posibilidades de diagnóstico diferencial, lo cual ha conducido a que su diagnóstico sea fundamentalmente intraoperatorio. La torsión primaria de epiplón es una patología benigna de buen pronóstico y cero mortalidad. Sin embargo, el cirujano general debe tenerlo presente de acuerdo a la epidemiología presentada y se puede corroborar su diagnóstico con una TAC de abdomen con doble contraste o durante el acto operatorio, al no conseguir signos clínicos de apendicitis aguda. **9**

Figura 1

RAYOS X DE ABDOMEN SIMPLE DE PIE



Figuras 2 y 3

**HALLAZGOS QUIRÚRGICOS DEL CASO
DE TORSIÓN PRIMARIA
PARCIAL DE EPIPLÓN MAYOR**



Figura 4

**APÉNDICE CECAL Y EPIPLÓN MAYOR
RESPECTIVAMENTE. VISIÓN MACROSCÓPICA**

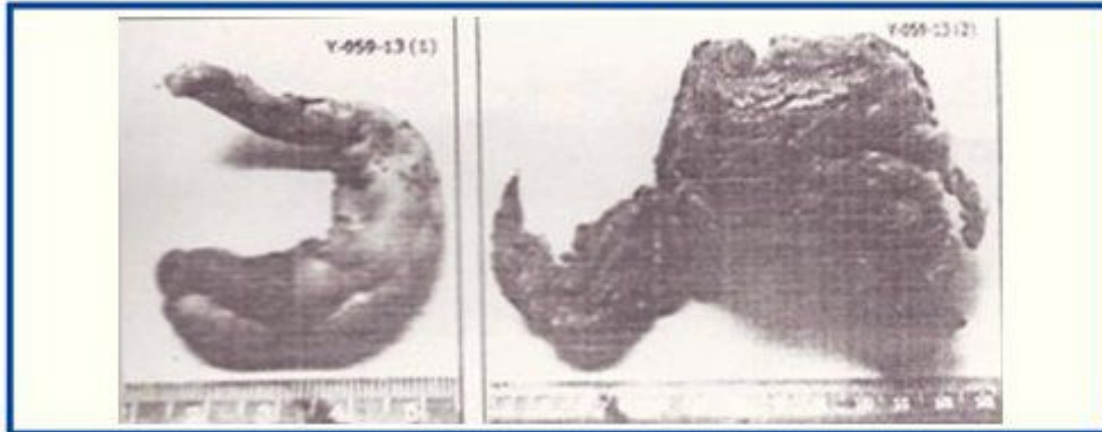
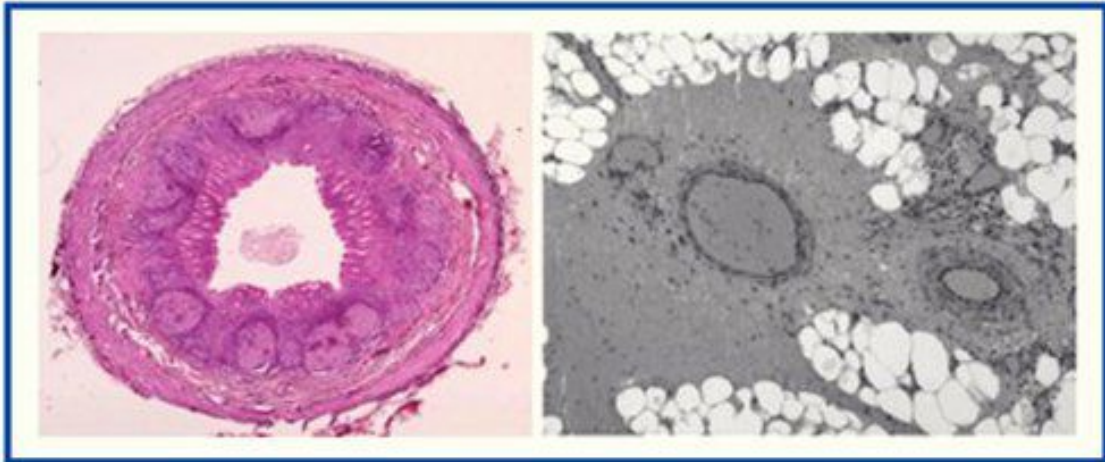


Figura 5

**VISIÓN MICROSCÓPICA. APÉNDICE CECAL NORMAL Y
EPIPLÓN MAYOR CON HIPERPLASIA DISCRETA DE
CÉLULAS MESOTELIALES CON ÁREAS DE
HEMORRAGIA RESPECTIVAMENTE**



Referencias

1. Thum-Umnuaysuk S. Primary Torsion of the Greater Omentum: Report of a Case. *J Med Assoc Thai*, 2009;92:691-693.
2. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct: Conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg* 2009;44:953-956.
3. Marcos Hernandez R, Fernandez J, Alcalde O et al. Torsión completa del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TC en el diagnóstico prequirúrgico. *Cir Esp*. 2002;72:362-4.
4. Pinedo J, Guevara L. Torsión Omental. Una causa de abdomen agudo. *Gac Med Mex*. 2007;143:17-20.
5. Miguel P, Aguayo A, Soria A. Torsión de epiplón: Las técnicas de imagen pueden evitar intervenciones innecesarias. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:493-6.
6. Escartin V, Elias P, Esteban I. Torsión primaria de epiplón mayor. *An.Esp.Pediatr*. 2001;54:251-4.
7. Javier Alfonso Pinedo-Onofre* y Lorenzo Guevara-Torres. Torsión omental. Una causa de abdomen agudo. División de Cirugía del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, S.L.P., México
8. Hernández RM, Fernández JM, Lozano O, Pérez J, Hernández P, Gutiérrez A, et al. Torsión completa del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TC en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp*. 2002;72:362-364.

9. Liberman P, González D, Aldunate M, Herrera O. Torsión primaria de epiplón: Diagnóstico diferencial poco frecuente en abdomen agudo. ISSN 0718-0918 Vol 4, N° 3, Diciembre 2007
10. Torsión primaria de epiplón. Presentación de caso típico y revisión de la literatura. Rev San Milit Mex. 2011;65:301-303.