

Infarto omental: caso clínico y breve reseña de esta entidadJ.L. Ramos¹, A. Urbistondo¹, M. Fernández², D. García², I. Eizaguirre¹¹Servicio de Cirugía Pediátrica. ²Unidad de Radiología Pediátrica. Servicio de Radiología y Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Donostia**Resumen**

El infarto omental es una causa muy poco frecuente de dolor abdominal agudo en la edad pediátrica. Se debe a una oclusión vascular y un infarto posterior del tejido isquémico. Su diagnóstico es todavía un desafío para el cirujano, ya que, pese al cada vez mejor diagnóstico radiológico, suele ser un hallazgo incidental durante la intervención quirúrgica por sospecha de una apendicitis aguda. Actualmente su tratamiento es controvertido. Presentamos el caso clínico de una niña de 5 años de edad con un diagnóstico intraoperatorio de infarto omental y posterior resección quirúrgica, con una evolución postoperatoria favorable.

Palabras clave: Infarto, omento, dolor abdominal agudo.

Abstract

Title: Omental infarction: a case report

Omental infarction is an uncommon cause of abdominal pain in children. Due to a vascular occlusion, the omentum develops ischemia and infarction. Its diagnosis is still a challenge for surgeons. Despite the better results of radiologic tests, it's still a usual intraoperative finding in the course of laparotomy secondary to a suspected appendicitis. Nowadays its treatment remains controversial. We present a clinical case of a five years old girl with an intraoperative diagnosis of omental infarction. A surgical resection was performed and subsequent postoperative course was uneventful.

Keywords: Infarction, omentum, acute abdominal pain.

Introducción

El dolor abdominal agudo es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias de pediatría. En su manejo es fundamental establecer el diagnóstico etiológico y, por ende, identificar los casos

Fecha de recepción: 11/02/14. Fecha de aceptación: 12/03/14.

Correspondencia: J.L. Ramos García. Doctor Beguiristain, 117. 20080 San Sebastián-Donostia. Correo electrónico: joseluis.ramosgarcia@osakidetza.net

Cómo citar este artículo: Ramos JL, Urbistondo A, Fernández M, García D, Eizaguirre I. Infarto omental: caso clínico y breve reseña de esta entidad. Acta Pediatr Esp. 2015; 73(1): e7-e11.

subsidiarios de tratamiento quirúrgico. Dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo en lactantes y niños en edad escolar se incluyen la apendicitis, la invaginación intestinal, la diverticulitis de Meckel o la patología gonadal¹.

En este sentido, el infarto omental es una causa poco frecuente de abdomen agudo en la edad pediátrica, y supone un 0,1% del total de laparotomías realizadas por sospecha de apendicitis aguda.

Se debe a una oclusión vascular con posterior isquemia y necrosis del tejido afectado². Su escasa incidencia explica que en muy pocas ocasiones se establezca el diagnóstico clínicamente; en cambio, éste se suele realizar durante el acto quirúrgico por otra sospecha diagnóstica, habitualmente una apendicitis aguda.

Clínicamente, los pacientes refieren un dolor abdominal en el hemiabdomen derecho, con posible febrícula asociada. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas. Aunque es posible identificar esta afección mediante estudio ecográfico, la tomografía computarizada (TC) es el método diagnóstico de elección³.

Actualmente existe controversia respecto al tratamiento entre los autores que defienden un manejo conservador con reposo y analgésicos y los que abogan por un tratamiento expeditivo quirúrgico⁴.

Caso clínico

Niña de 5 años de edad, que acude al servicio de urgencias de pediatría por presentar un dolor abdominal de 24 horas de evolución. Carece de antecedentes personales de interés. Refiere un dolor abdominal continuo en el hemiabdomen derecho, asocia febrícula e hiporexia, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración física presenta una posición antiálgica y de defensa abdominal en el hemiabdomen derecho, sin peristaltismo intestinal. En la analítica se detecta una neutrofilia, sin otros hallazgos. En la ecografía abdominal no se visualiza el apéndice cecal ni otro signo de interés. Ante la persistencia del dolor y el abdomen en posición de defensa, se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente por sospecha diagnóstica de apendicitis aguda. Durante la exploración quirúrgica se encontró un apéndice retrocecal no inflamado y líquido peritoneal serohemático. No se halló divertículo de Meckel ni patología del ovario derecho asociados. La revisión del omento mayor demostró la torsión de los vasos sobre su eje, con gangrena e infarto en su lado derecho (figura 1). Se realizó una exéresis del segmento omental infartado. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico. La paciente fue dada de alta el día posterior a la intervención y su evolución ha sido favorable.

Discusión

El omento mayor es un pliegue peritoneal cargado de grasa que se extiende desde la curvatura mayor gástrica hacia el colon transverso y los órganos adyacentes, nutrido por ramas de las arterias gastroepiploicas izquierda y derecha⁵.

El infarto omental es una causa poco común de dolor abdominal en la edad pediátrica, con poco más de 300 casos descritos en la bibliografía. Es una entidad más común en la edad adulta, en torno a la cuarta y quinta décadas de la vida, predomina en los varones y existe una afectación del omento irrigado por las ramas de la arteria epiploica derecha en el 90% de los casos. Se ha descrito la obesidad como un factor de riesgo⁶.

Su etiología es incierta, y el denominador común es la oclusión vascular y el consiguiente infarto del tejido isquémico. Se han descrito varias clasificaciones etiológicas, entre ellas la propuesta por Kimber et al. En ella se diferencian los infartos omentales con torsión vascular o ausencia de ésta, y a su vez las formas primarias o secundarias. Las formas primarias, con o sin torsión, serían idiopáticas. Los infartos omentales por torsión secundarios serían los asociados a quistes omentales, hernias, tumores o adherencias. El infarto omental sin torsión podría ser secundario a estados de hipercoagulabilidad, vasculitis, pancreatitis o traumatismos^{7,8}.

Su diagnóstico continúa siendo un desafío para el cirujano, ya que a su baja incidencia se une un cuadro clínico que en muchas ocasiones simula una apendicitis⁹. Así lo demuestra la afectación casi constante del hemiabdomen derecho y la irritación peritoneal secundaria a la inflamación local. De ahí que su diagnóstico se realice, en un gran número de casos, durante una intervención quirúrgica por sospecha de apendicitis aguda.

El diagnóstico preoperatorio requiere un alto índice de sospecha. A pesar del dolor abdominal agudo, en el cuadro clínico no existe antecedente de dolor periumbilical previo y es infrecuente la asociación de síntomas gastrointestinales o fiebre. En ocasiones se detecta una masa palpable en la exploración física. Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, ya que pueden mostrar una leucocitosis leve, una velocidad de sedimentación elevada o un aumento de la proteína C reactiva.

El diagnóstico se establece mediante los estudios de imagen. La ecografía puede poner de manifiesto una masa sólida hiperecogénica, no compresible, de morfología redondeada u ovoidea, que coincide con el punto de máximo dolor. Este hallazgo corresponde al infarto de grasa focal. Sin embargo, es una prueba dependiente del operador. La prueba diagnóstica de elección es la TC. El hallazgo característico es una masa grasa heterogénea, centrada en el omento, que presenta áreas parcheadas de densidad aumentada correspondientes a cambios inflamatorios. Se localiza generalmente entre la pared abdominal

anterior y el colon transverso o ascendente. Puede asociar un engrosamiento de la pared del colon, y los cambios inflamatorios del omento son proporcionalmente mucho mayores.

El tratamiento del infarto omental es todavía controvertido. Los defensores del manejo conservador argumentan que se trata de un proceso benigno y autolimitado, en el que las medidas generales y los analgésicos conducen a su resolución sin necesidad de tratamiento quirúrgico¹⁰. En este contexto, existen publicaciones de casos tratados de forma conservadora con un curso postoperatorio favorable¹¹. En el otro extremo encontramos autores partidarios de la resección quirúrgica con inmediata resolución del cuadro y una escasa o nula tasa de complicaciones. Asimismo, estos autores argumentan no sólo una pronta resolución clínica, sino también la posibilidad de diagnosticar potenciales causas del infarto omental, la menor agresión quirúrgica con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva y la publicación de casos inicialmente manejados de forma conservadora con un posterior desarrollo de complicaciones, como abscesos, adherencias o persistencia de la sintomatología^{12,13}. Con todo, cabe mencionar que no existen estudios comparativos entre el manejo conservador o quirúrgico.

En los casos diagnosticados preoperatoriamente se puede proponer el manejo conservador con reposo, analgesia y un estrecho seguimiento evolutivo¹⁴. El manejo quirúrgico mediante un abordaje laparoscópico se llevaría a cabo cuando la sintomatología no se resuelve con medidas conservadoras, el diagnóstico es incierto o se desarrollan complicaciones, como el absceso secundario a la infección del tejido necrótico. Este abordaje permite la remoción del tejido infartado, la exploración de la cavidad peritoneal en busca de posibles causas predisponentes y la apendicectomía en el mismo tiempo quirúrgico para evitar confusiones con futuros cuadros abdominales¹⁵.

Bibliografía

1. Rimon A, Daneman A, Gerstle JT, Ratnapalan S. Omental infarction in children. *J Pediatr*. 2009; 155: 427-431.
2. Sakellaris G, Stathopoulos E, Kafousi M, Arbiros J, Bitsori M, Charissis G. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum: two cases of acute abdomen in childhood. *J Pediatr Surg*. 2004; 39: 1.264-1.266.
3. Marcos R, Fernández JM, Lozano O, Retortillo J, Hernández P, Gutiérrez A, et al. Torsión complete del epiplón mayor como causa de abdomen agudo. Contribución de la TAC en el diagnóstico preoperatorio. *Cir Esp*. 2001; 72: 362-364.
4. Fragoso AC, Pereira JM, Estevao-Costa J. Nonoperative management of omental infarction: a case report in a child. *J Pediatr Surg*. 2006; 41: 1.777-1.779.
5. 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.

6. Theriot JA, Sayat J, Franco S, Buchino JJ. Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. *Pediatrics*. 2003; 112: 460-462.
7. Kimber CP, Westmore P, Hutson JM, Kelly JH. Primary omental torsion in children. *J Paediatr Child Health*. 1996; 32: 22-24.
8. Apío AB, Alcázar C, Lillo M, Lluís F. Torsión de epiplón con infarto extenso secundario a hernia inguinal izquierda. *Cir Esp*. 2013; 91: e55.
9. Escartín R, Elías J, Esteban JA. Torsión primaria del epiplón mayor. *An Pediatr*. 2001; 54: 251-254.
10. Durán C, Andreu M, Darnell A, Ilan J. *An Pediatr*. 2001; 55: 380.
11. Puylaert JBCM. Right-sided segmental infarction of the omentum: clinical, US, and CT findings. *Radiology*. 1992; 185: 169-172.
12. Patchell RD. A fatal case of idiopathic omental infarction. *West Virg Med J*. 1977; 73: 29-30.
13. Balthazar EJ, Lefkowitz RA. Left-sided omental infarction with associated omental abscess: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr*. 1993; 17: 379-381.
14. Perelló JM, Aguayo JL, Soria V, Aguilar J, Flores B, Candel MF, et al. Torsión de epiplón: las técnicas de imagen pueden evitar intervenciones innecesarias. *Gastroenterol Hepatol*. 2002; 25: 493-496.
15. 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.

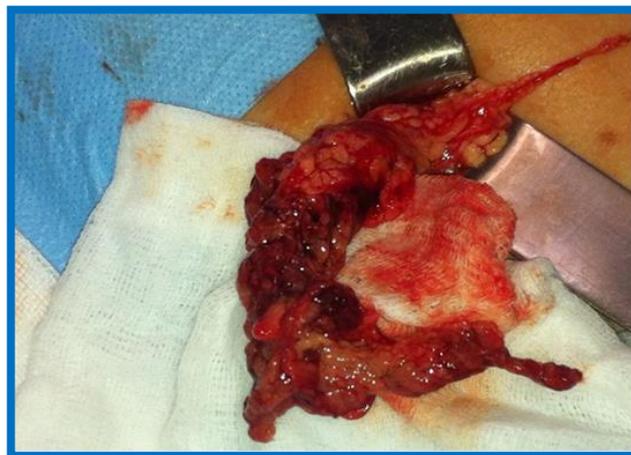


Figura 1. Infarto omental