

## Reporte de Caso

### Abdomen agudo por torsión de epiplón mayor simulando una apendicitis aguda

### Acute abdomen due to torsion of greater omentum simulating acute appendicitis

 Rodríguez González, Agustín<sup>1</sup>;  Segovia Lohse, Herald René<sup>1</sup>;  Zárate Centurión, Darío<sup>1</sup>;  
 Arzamendia, Marina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Lorenzo. San Lorenzo, Paraguay.

#### Como referenciar este artículo | How to reference this article:

Rodríguez González A, Segovia Lohse HR, Zárate Centurión D, Arzamendia M. Abdomen agudo por torsión de epiplón mayor simulando una apendicitis aguda. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, Diciembre - 2023; 56(3): 95-98

## RESUMEN

La torsión del epiplón mayor es una patología poco frecuente con una clínica inespecífica, por lo que históricamente su diagnóstico es realizado en el quirófano ya que simula patologías como la apendicitis o colecistitis. Los métodos auxiliares de diagnóstico como las ecografías o las tomografías son de mucha utilidad para la sospecha de esta patología, aunque no cuenta con signos patognomónicos de la enfermedad, las imágenes asociadas a la clínica del paciente pueden llevar a un diagnóstico preciso. Presentamos el caso de un paciente joven de sexo masculino, que acudió al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en fosa iliaca derecha, acompañado de sensación febril, sin alteración de la analítica sanguínea, sin hallazgo de valor en la ecografía abdominal, que ante la persistencia del dolor y la fiebre se realizó una tomografía contrastada en la que se observó un empastamiento del epiplón sometiéndose a una laparoscopia exploradora con el hallazgo de una torsión del epiplón mayor.

**Palabras Clave:** epiplón mayor, apendicitis, laparoscopia.

**Autor correspondiente:** Dr. Agustín Rodríguez González. Hospital Universitario San Lorenzo. San Lorenzo, Paraguay.  
E-mail: agustinrodriguezg@gmail.com

**Editor responsable:** Prof. Dr. Hassel Jimmy Jiménez, Prof. Dra. Lourdes Talavera.  
Fecha de recepción el 17 de julio del 2023; aceptado el 23 de noviembre del 2023.

## ABSTRACT

Torsion of the greater omentum is a rare pathology with non-specific symptoms, so historically its diagnosis is made in the operating room since it simulates pathologies such as appendicitis or cholecystitis. Auxiliary diagnostic methods such as ultrasound or tomography are of very useful for the suspicion of this pathology, although it does not have pathognomonic signs of the disease, the images associated with the patient's symptoms can lead to a precise diagnosis. We present the case of a young male patient who came to the emergency department due to moderately intense colic-like abdominal pain in the right iliac fossa, accompanied by a feverish sensation, without alterations in blood tests, without any finding of value in the abdominal ultrasound, due to the persistence of pain and fever, a contrast-enhanced tomography was performed in which a filling of the omentum was observed, undergoing an exploratory laparoscopy with the discovery of a torsion of the greater omentum.

**Keywords:** greater omentum, appendicitis, laparoscopic.

## Introducción

El epiplón mayor es una estructura que consiste en un repliegue de doble lamina del peritoneo visceral, abarca desde la curvatura mayor del estómago, cubriendo todas las asas delgadas, hasta el colon transverso donde se comunica con la pared posterior <sup>(1)</sup>. Las complicaciones que puede tener el epiplón mayor son raras y se clasifican en primarias o idiopáticas y secundarias, que por frecuencia suelen ser a infarto o estrangulaciones debido a bridas o adherencias de una cirugía anterior <sup>(2)</sup>. El infarto del epiplón es una entidad clínica rara, fue descrita por Bush <sup>(3)</sup> en 1896, su incidencia es cercana al 0,1% de todas las cirugías en la sala de urgencia, raramente se encuentra asociado a otra entidad, aunque autores como Battaglia et al. reportaron casos de complicaciones del epiplón mayor y apendicitis <sup>(2)</sup>. Debido al aumento de la utilización de estudios de imagen como tomografías para el diagnóstico preoperatorio de los abdómenes agudos en sala de urgencia, hoy en día es más fácil tener sospecha y decidirse por una laparoscopia diagnóstica y terapéutica <sup>(4,5,6)</sup>.

## Presentación del Caso Clínico

Paciente masculino de 18 años de edad, sin patologías de base, acudió al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad en fosa iliaca derecha (FID), refiriendo sensación febril en una

oportunidad, sin otro síntoma acompañante. Al ingreso se constató temperatura de 36,8 °C, frecuencia cardiaca de 100/min presión arterial de 120/80 mmHg, IMC de 22kg/m<sup>2</sup>. Al examen físico se constató de valor positivo abdomen plano, blando, depresible, doloroso en FID, con defensa muscular sin dolor a la descompresión brusca, orificios herniarios aparentemente libres, ruidos hidroaereos presentes. Los exámenes laboratoriales se presentaron con glóbulos blancos de 9800 con 80% de neutrófilos, hemoglobina de 12, PCR mayor a 6.

En la ecografía abdominal no se constataron datos positivos de valor, quedando internado en el servicio en observación por 24hs para reevaluación, presentando en la misma mejoría de la sintomatología abdominal, pero con presencia de pico febril de 38C, por lo que se solicitó TAC de abdomen donde se observó imagen en FID con empastamiento del epiplón, por lo cual se decidió una laparoscopia exploradora.

Se realizó laparoscopia exploradora, bajo anestesia general, constatándose torsión de epiplón mayor con necrosis del mismo (Figura 1). Se procedió a ligadura y resección del mismo. Se realizó inventario de cavidad sin otro hallazgo positivo de valor, presentando evolución favorable en el post quirúrgico inmediato y es dado de alta a las 24 hs del post operatorio.

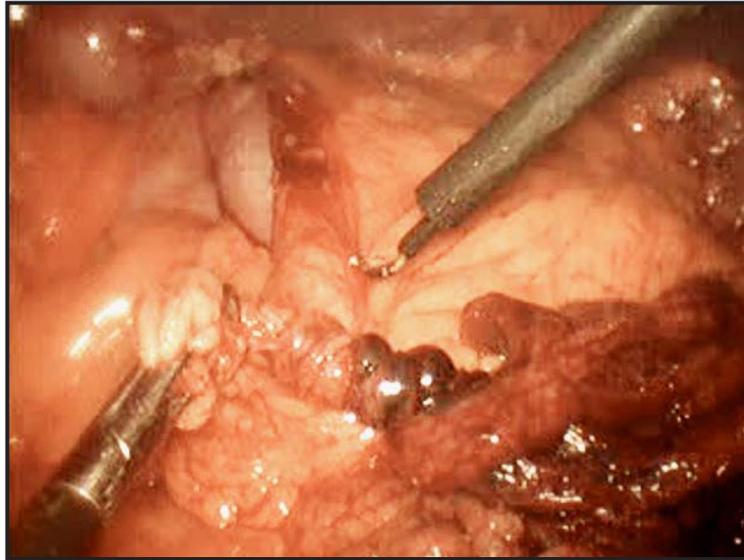


Figura 1.

## Discusión

El infarto del epiplón mayor, ya sea con presencia de torsión o no del mismo, es una causa rara de dolor abdominal, varias veces es considerada como una apendicitis aguda y su diagnóstico es confirmado recién en el intraoperatorio, por lo cual raramente es diagnosticado en la sala de urgencias <sup>(7)</sup>. En comparación con la apendicitis aguda, el infarto del epiplón mayor presenta incidencias de 0,0016% al 0,37%, si se realiza una comparación eso representa 4 casos de infarto del epiplón por cada 1000 casos de apendicitis aguda <sup>(8)</sup>. Aunque con el incremento del uso de métodos auxiliares de diagnóstico como la ecografía abdominal y la tomografía, el diagnóstico del infarto del epiplón mayor en el pre quirúrgico es realizado con mayor frecuencia, pero sigue siendo una entidad poco frecuente como causa de abdomen agudo quirúrgico. Ecográficamente puede observarse una masa ovoidea, hiperecogénica no compresible, mientras tanto que en la tomografía se observa una imagen típica de torsión con patrón graso y apelotonamiento del epiplón, aunque de todo esto solamente la imagen de torsión con patrón graso es indicativa del infarto o torsión del epiplón mayor <sup>(1,6,9,10)</sup>.

Por lo tanto, torsión primaria de epiplón, es una patología rara y es considerada idiopática, se considera así cuando ocurre en ausencia de otra causa abdominal asociada que la explique. Mientras que la torsión secundaria del epiplón siempre está asociada a una patología abdominal ya sea tumores, quistes, hernias internas o externas, por lo que es de vital importancia explorar el conducto inguinal durante la realización del examen físico en busca de defectos de la pared abdominal. Muchas veces simula un cuadro similar al de la apendicitis aguda por lo que como fue relatado anteriormente el diagnóstico en la mayoría de los casos suele hacer en la sala de cirugía <sup>(9,11)</sup>.

La torsión del epiplón presenta síntomas vagos no específicos, puede no tener alteración laboratorial y los estudios de imágenes pueden no ser concluyentes, por lo cual muchas veces el paciente debe quedar en observación. El cirujano no debe dejar progresar un cuadro por más de 48 hs si es que no existe mejoría de la semiología abdominal o clínica del paciente, en nuestro caso el paciente presentó mejoría clínica con desaparición del dolor, pero presentó pico febril de 38°C por lo que se decidió la laparoscopia diagnóstica. Por lo que la conducta quirúrgica temprana es importante para no agregar morbilidad al paciente y disminuir la estancia de internación del

paciente. La ligadura y resección del epiplón es suficiente para un tratamiento adecuado de esta patología, lo cual no debería presentar un desafío para el cirujano, es importante realizar un buen inventario de cavidad para buscar la probable causa de la torsión del epiplón. La discusión de realización de una apendicetomía incidental, cuando no se realiza una incisión en el cuadrante inferior derecho, es algo que debe estar presente durante el acto quirúrgico. Si se realiza una laparoscopia y se observa un apéndice sano no se recomienda la realización de apendicetomía incidental debido al aumento de litigios de complicaciones durante la apendicetomía incidental que puede llegar a enfrentar el cirujano <sup>(7,9,10,12)</sup>.

#### Contribución de los autores:

Todos los autores contribuyeron con el diseño, análisis, interpretación de los datos, redacción del trabajo, revisión crítica del contenido y aprobación final para su publicación.

**Conflicto de intereses:** no existen conflictos de interés comercial.

**Financiación:** Este estudio fue autofinanciado por los autores.

## Referencias Bibliográficas

1. Danielson, K., Chernin, M. M., Amberg, J. R., Goff, S., & Durham, J. R. (1986). Epiploic Appendicitis. *Journal of Computer Assisted Tomography*, 10(1), 142–143. doi:10.1097/00004728-198601000-00032
2. Battaglia, L., Belli, F., Vannelli, A., Bonfanti, G., Gallino, G., Poiasina, E., ... Leo, E. (2008). Simultaneous idiopathic segmental infarction of the great omentum and acute appendicitis: a rare association. *World Journal of Emergency Surgery*, 3(1), 30. doi:10.1186/1749-7922-3-30
3. Bush P: A case of haemorrhage into the greater omentum. *The Lancet* 1896, 147:286.
4. Benaghmouch, F., Aalala, E. M., Hrorra, A., Benamer, A., Sabbah, F., Ahallat, M., & Raiss, M. (2011). Acute abdomen for omental torsion. *European Journal of Radiology Extra*, 79(2), e55–e57. doi:10.1016/j.ejrex.2011.04.015
5. Itenberg E, Mariadason J, Khersonsky J, Wallack M. Modern management of omental torsion and mental infarction: a surgeon's perspective. *J Surg Educ* 2010;67:44–7.
6. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omentaltorsion and infarction: case report and review of the literature. *Clin Imaging* 2003;27:116–8.
7. Itenberg, E., Mariadason, J., Khersonsky, J., & Wallack, M. (2010). Modern Management of Omental Torsion and Omental Infarction: A Surgeon's Perspective. *Journal of Surgical Education*, 67(1), 44–47. doi:10.1016/j.jsurg.2010.01.003
8. Pinedo-Onofre JA, Guevara-Torres L. Omental torsion. An acute abdomen etiology. *Gac Med Mex*. 2007; 143:17-20.
9. van Breda Vriesman AC, Lohle PN, Coerkamp EG, et al. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur J Radiol*. 1999; 9:1886-1892.
10. Nubi A, McBride W, Stringel G. Primary omental infarct; conservative versus operative management in the era of ultrasound, computerized tomography and laparoscopy. *J Pediatr Surg*. 2009;44:953-956.
11. Murat Saraç, A., Yeğen, C., Aktan, A. Ö., & Yalin, R. (1997). Primary torsion of the omentum mimicking acute appendicitis: Report of a case. *Surgery Today*, 27(3), 251–253. doi:10.1007/bf00941655
12. Sánchez J, Rosado R, Ramírez D, et al. Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002;12:443-445.