

INFARTO IDIOPÁTICO DEL OMENTO MENOR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA DOLOROSA EN EPIGASTRIO

Martín V¹, Marinero A¹, Caldas M¹, Aguilar M²

¹ Servicio de Aparato Digestivo. ² Servicio de Urgencias.
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

RESUMEN

Introducción. El infarto del omento (IO) es una rara causa de dolor abdominal agudo, que puede ocurrir en cualquier localización del abdomen. Es más frecuente el IO mayor, siendo extremadamente infrecuente en el menor. Se han comunicado menos de 10 casos en la bibliografía médica y en todos ellos se presentaron con clínica de dolor en epigastrio.

Caso Clínico. Se trata de mujer de 39 años de edad que acudió a urgencias por dolor abdominal, destacando en exploración física, la presencia de una masa en epigastrio. El diagnóstico diferencial se hizo con enfermedad úlcero-péptica y una tumoración adyacente al páncreas, observada por ecografía abdominal. La gastroscopia mostró una masa submucosa vs compresiva extrínseca en el estómago, y la ecoendoscopia fue normal. El diagnóstico definitivo de IO se realizó a través de tomografía computarizada (TC), la cual identificó una masa heterogénea en la transcurvidad de los epiplones, con imágenes hiperatenuadas en su interior, habiéndose descartado otras posibles etiologías. El manejo fue conservador y la evolución clínica y radiológica fue favorable.

Conclusión. El IO menor, a pesar de su baja frecuencia debe ser incluido dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal y masa en epigastrio, cuando se hayan descartado las causas más habituales. Alcanzar un diagnóstico de certeza (a través de TC o ecografía) es indispensable para establecer el tratamiento adecuado, por lo que es de vital importancia el reconocimiento de esta patología. El manejo conservador estuvo indicado en todos los casos de IO menor conocidos, incluida nuestra paciente con evolución favorable, por lo cual consideramos que se debe reservar la cirugía para los casos en los que el diagnóstico radiológico sea incierto o el deterioro clínico lo precise.

PALABRAS CLAVE: infarto idiopático; omento menor; masa epigastrio; trabeculación grasa.

ABREVIATURAS: infarto del omento (IO), tomografía computarizada (TC), proteína C reactiva (PCR), resonancia magnética (RM)

INTRODUCCIÓN

El omento o epiplón es un repliegue peritoneal que depende del peritoneo visceral del estómago y del colon transverso; contiene grasa y vasos sanguíneos, así como ganglios linfáticos, siendo su función la contención de infecciones intraperitoneales. Anatómicamente está dividido en epiplón mayor y menor. El omento menor está formado por los ligamentos gastrohepático y el hepaticoduodenal, que conecta la curvatura menor del estómago y el duodeno proximal con el hígado⁽¹⁾. El infarto del omento (IO) menor es una entidad muy poco frecuente que se ha descrito recientemente en la bibliografía médica, gracias a los avances en técnicas radiológicas de los últimos años y al afinamiento en su reconocimiento clínico y radiológico. Se han descrito múltiples asociaciones etiológicas, sin embargo su patogénesis es aún desconocida. A continuación se presenta un caso de IO menor idiopático, que se manifestó como una masa dolorosa en epigastrio, cuyo manejo fue conservador y la evolución clínica y radiológica resultó favorable.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 39 años, sin antecedentes médicos de interés, quien acudió a urgencias por dolor en epigastrio superior, de 3 días de evolución, no irradiado, que se modificaba con los movimientos del tronco y asociado a náuseas y vómitos ocasionales. En ningún momento presentó fiebre. A la exploración física se palpaba en epigastrio: una masa redondeada, adherida a planos, de 4 cm aproximadamente.



FIGURA 1.- Imagen de gastroscopia en la que se aprecia tumoración compresiva extrínseca en cara posterior del estómago (vista en retrovisión)

CORRESPONDENCIA:

Verónica Martín Domínguez
Servicio de Aparato Digestivo
Hospital Universitario de La Princesa
C/ Diego de León, 62 • 28006 Madrid, España
Teléfono: 673 831 093
E-mail: veronicamartin29@yahoo.es

FIGURA 2.-
Imágenes de la TC sin contraste (A) coronal y (B) axial, que muestran el área focal de hiperatenuación de la grasa omental.



La ecografía abdominal reveló que se trataba de una lesión adyacente al páncreas. En la tomografía computarizada (TC) se identificó una masa de 33x20x40 mm, en la transcavidad de los epiplones, de características inflamatorias, más hiperdensa que la grasa mesentérica, que producía una ligera impronta sobre la pared posterior del estómago, sin distinguir un claro plano de clivaje. Se identificaron pequeñas imágenes lineales hiperdensas en su interior, sugestivas de vasos sanguíneos (**Figura 2**). Los diagnósticos diferenciales fueron: tumor peripáncreático; trabeculación de la grasa peripáncreática; tumoración estromal o inflamación focal de la pared gástrica (ejemplo úlcera gástrica). Se realizó una gastroscopia, en la que se apreció una tumoración compresiva extrínseca en la cara posterior gástrica (**Figura 1**), y una ecoendoscopia que fue normal. Finalmente, habiéndose descartado causas inflamatorias/tumorales pancreáticas y de la pared gástrica, se propuso el diagnóstico de IO menor y se estableció tratamiento conservador con analgésicos no esteroideos. Al 4º día de ingreso la paciente se encontraba asintomática, siendo dada de alta. Al cabo de un mes se realizó resonancia magnética abdominal (RM), que mostró una imagen que no captaba contraste intravenoso de alteración residual, en zona del ligamento gastrohepático, confirmándose la sospecha del IO menor, con evolución radiológica favorable.

DISCUSIÓN

El IO es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo, descrito por primera vez en 1999, por van Breda Vriesmann et al, siendo el resultado del infarto de la grasa omental focal ⁽²⁾.

Frecuentemente se produce secundario a cirugía abdominal, pero también puede ocurrir de forma idiopática o primaria. La patogénesis es aún desconocida, sin embargo se han postulado varias hipótesis, tales como: malformaciones vasculares durante el desarrollo embriológico; variaciones en la distribución de la grasa; estasis venosa o congestión vascular y trombosis, que comprometen el aporte de los vasos sanguíneos, y hacen al omento susceptible de torsión o infarto espontáneo ⁽³⁾.

Factores precipitantes son: los incrementos de la presión abdominal, por ejemplo, secundarios a comidas copiosas; los estados de hipercoagulabilidad; cirugías abdominales, y la obesidad ⁽⁴⁾. Puede ocurrir en cualquier localización del abdomen, siendo clínicamente indistinguible de otras entidades, como: apendicitis, colecistitis, úlcera péptica, diverticulitis ⁽²⁾. El IO suele estar acompañado de síntomas inespecíficos, como náuseas y vómitos. En la analítica puede haber aumento de los reactantes de fase aguda, como leucocitosis o elevación de la proteína C reactiva (PCR) ⁽⁵⁾. Es más frecuente el IO mayor, pero, de forma excepcional puede ocurrir el IO menor, manifestándose como dolor localizado en epigastrio, con defensa abdominal y en ocasiones con signos de irritación peritoneal, como lo fue el caso clínico descrito, quien además presentó el hallazgo de una masa palpable ^(3, 6).

La TC es el principal método diagnóstico, tanto para el IO mayor como el IO menor, cuya sensibilidad es del 90%. Los hallazgos tomográficos son: una lesión circunscrita, heterogénea, de atenuación mixta que muestra trabeculación grasa, con imágenes lineales hiperdensas en su interior, correspondientes a bandas fibrosas y/o venas trombosadas dilatadas ^(3, 5). La ecografía tiene una sensibilidad del 64% y se muestra como una masa heterogénea, mal definida, con focos internos de hiper e hipocogenicidad, no compresible ⁽⁷⁾. Tanto la TC como la ecografía contribuyen a descartar otros procesos primarios causantes de masas benignas en el epiplón, como: tumor estromal, hemangioma, tumor neurogénico y teratoma; así también procesos malignos: linfomas y enfermedades metastásicas.

También se ha empleado la RM en casos de IO mayor, mostrando, en secuencias potenciadas en T1, una lesión hipointensa con áreas hiperintensas que corresponden a grasa y a restos hemáticos. La RM se ha empleado principalmente en el seguimiento imagenológico, mostrando un anillo hiperdenso bien definido. En nuestro paciente se empleó la RM para el control radiológico, mostrando la evolución favorable de la lesión.

En una revisión de la bibliografía (PubMed), encontramos 8 casos de IO menor, descritos desde el 2004 hasta el 2012⁽⁸⁾. Todos los pacientes mostraban, como síntoma principal, dolor abdominal, y algunos de ellos presentaban leucocitosis. No encontramos diferencia en cuanto a sexo ni edad de los pacientes. El diagnóstico se realizó a través de TC y en ningún caso se efectuó gastroscopia ni ecoendoscopia, y la etiología fue idiopática. El diagnóstico diferencial se estableció con enfermedad ulcero-péptica y pancreatitis. Todos los pacientes fueron manejados con éxito, de forma conservadora.

Existe controversia entre el manejo conservador y el quirúrgico. El tratamiento conservador está justificado, debido al curso autolimitado en el 90% de los casos. Consiste en el ingreso hospitalario bajo vigilancia de los síntomas, control del dolor con fármacos analgésicos y antiinflamatorios, un adecuado aporte de fluidos y disminución de la ingesta. El tratamiento con antibiótico aún está en discusión. Algunos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico, bien sea cirugía abierta o laparoscópica, con resección de la zona de isquemia; debido a que acorta el periodo hospitalario, disminuye el requerimiento de analgesia por el paciente y evita el riesgo de formación de adherencias, abscesos o sepsis. Sin embargo, otros autores afirman que este riesgo es teórico, siendo mayor el de complicaciones derivadas de la cirugía y el riesgo anestésico^(5, 9).

Todos los casos encontrados de IO menor publicados hasta la fecha, han sido manejados de forma conservadora, sin presentar complicaciones, y se encontraron asintomáticos, en una media de 2 semanas; sin embargo, no podemos realizar un análisis comparativo con el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El IO menor debe ser incluido dentro de los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal y masa en epigastrio, cuando se han descartado las causas más frecuentes. El diagnóstico definitivo, a través de TC o ecografía, es indispensable para establecer el tratamiento adecuado, por lo que es de vital importancia el conocimiento de esta patología, así como afinar los criterios radiológicos para su reconocimiento. El manejo conservador estuvo indicado en todos los casos de IO menor conocidos, incluida nuestra paciente, con evolución favorable, por lo que se reserva la cirugía para los casos en los que el diagnóstico radiológico sea incierto o el deterioro clínico lo precise.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Coulier B. Contribution of us and ct for diagnosis of intra peritoneal focal fat infarction (IFFI): a pictorial review. *J Belg Radiol* 2010;93:171-84.
- 2 van Breda Vriesman AC, Lohle PN, Coerkamp EG, Puylaert JB. Infarction of omentum and epiploic appendage: diagnosis, epidemiology and natural history. *Eur Radiol* 1999;9:1886-92.
- 3 Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Casola G. CT and MR Imaging of Extrahepatic Fatty Masses of the Abdomen and Pelvis: Techniques, Diagnosis, Differential Diagnosis, and Pitfalls. *RadioGraphics* 2005;25:69-85.
- 4 Fernández-Rey CL. Primary omental infarction as cause of non-surgical acute abdomen: imaging diagnose. *Rev Esp Enferm Dig* 2010; 102(8):498-99.
- 5 Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW, et al. Omental infarction: case series and review of the literature. *J Emerg Med* 2012; 42(2):149-54.
- 6 Soobrah R, Badran M, Smith SG. Conservative Management of Segmental Infarction of the Greater Omentum: A Case Report and Review of Literature. *Case Rep Med* 2010;2010:765389.
- 7 Rimon A, Daneman A, Gerstle JT, Ratnapalan S. Omental infarction in children. *J Pediatr* 2009 Sep;155(3):427-31
- 8 Coulier B, Van Hoof M. Intraperitoneal fat focal infarction of the lesser omentum: case report. *Abdom Imaging* 2004;29(4):498-501.
- 9 Barai K, Knight b. Diagnosis and management of idiopathic omental infarction: A case report. *Int J Surg Case Rep* 2011; 2(6):138-40.