

5

INFARTO SEGMENTARIO IDIOPATICO DEL EPIPLON MAYOR⁺

Presentación de dos casos y revisión del tema

- * Sergio Franco Sierra
- ** Jesús Vásquez Arango
- *** Jorge Ortiz Escobar

RESUMEN

El infarto Segmentario Idiopático del Epiplón Mayor es una causa poco frecuente y poco diagnosticada de abdomen agudo quirúrgico. Se realiza la revisión del tema y la presentación de dos casos de la entidad observados en el Servicio de Cirugía General del ISS - Medellín. Este es el segundo informe en la literatura médica nacional, en la que se han reportado tres casos en total. Pensamos que en la medida que se presenten revisiones de temas de entidades poco frecuentes, será más fácil realizar un diagnóstico prequirúrgico oportuno y un enfoque terapéutico racional.

Palabras clave: Infarto Segmentario Idiopático del Epiplón Mayor, Abdomen Agudo Quirúrgico.

SUMMARY

Primary Idiopathic Segmental Infarction of Greater Omentum is a rare event in itself and very unfrequently is diagnosed in relation with acute surgical abdomen. A general revision of this pathology is annotated. In this paper the occurrence of two cases in the General Surgical Department, ISS, Medellín is presented. In Colombia according to the medical literature available only another similar case has been reported.

Revision of rare occurrence pathologies will contribute to early diagnosis and proper therapeutic management.

Key words: Primary Idiopathic Segmental Infarction of Greater Omentum, Acute Surgical Abdomen.

-
- + SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL, Instituto de Seguros Sociales, Medellín-Antioquia.
 - * Residente II año Cirugía Cardiovascular, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.
 - ** Residente IV año Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín
 - *** Cirujano General, U. de A.; Cirujano Instituto de Seguros Sociales, Medellín, Antioquia, Profesor de Cirugía, Facultad de Medicina, U.P.B.
- Separatas: SERGIO FRANCO SIERRA, Cra. 30 # 12-47 Medellín.

INTRODUCCION

Se define el infarto segmentario idiopático del epiplón mayor como una alteración vascular aguda del epiplón de causa desconocida; son criterios diagnósticos de este proceso que no se acompañe de torsión epiplóica, que no exista enfermedad cardiovascular asociada o un proceso patológico intraabdominal local ni antecedentes de traumatismo abdominal, causas estas consideradas como infarto epiplóico secundario (1). Sin embargo fueron Werzasinski y Epstein quienes en 1956 y 1968 propusieron bases diagnósticas de esta patología (2, 3). Ha recibido múltiples nombres: Necrosis Espontánea del Epiplón, Epiploitis Hemorrágica Aguda, Infarto Segmentario Primario, Trombosis Primaria del Omento (4).

Esta patología fue descrita por primera vez en 1896 por Bush y en 1899 Eitel informó el segundo caso (5). A partir de 1920 (Eberts) (6) y de (1932) Johnson (7), se incrementó el interés por el diagnóstico de esta enfermedad y de allí en adelante se empezaron a describir casos esporádicos y aislados; en 1980 Crofoot (1, 8) recopila los primeros 112 casos de la literatura mundial, de donde se han podido establecer las formas de presentación, manifestaciones clínicas y los cambios anatomopatológicos que se presentan más comúnmente. Es posible que muchos casos no se hayan informado, y que algunos otros no se hayan diagnosticado como tal, o que en ocasiones hayan pasado desapercibidos sin manifestaciones clínicas importantes (9). En la literatura médica nacional, Navarro y Méndez (4) describieron el primer caso de la entidad en nuestro medio y realizaron una revisión exhaustiva del tema, analizando los registros de esta patología quirúrgica en un período de 21 años del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, sin que se encuentre descrita como causa de abdomen agudo quirúrgico. Los dos últimos casos informados fueron presentados por Tolenaar y Bast en 1987 (10) con los que se acumulaba hasta la fecha un total de 150 casos publicados en la literatura médica mundial. En este aporte de 2 casos observamos que se conservan las manifestaciones clínicas descritas y los hallazgos anatomopatológicos característicos de la entidad.

HISTORIA CLINICA

Pacientes de sexo masculino de 22 y 42 años de edad respectivamente, con cuadro de tres

días de evolución de dolor que se inició en meso y epigastrio y que rápidamente se irradió a la fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, sin vómito, con anorexia, sin sintomatología gastrointestinal ni síntomas urinarios; al examen físico la temperatura oral promedio fue 38.3°C; obesos, uno de ellos deshidratado, con lengua saburral, y en ambos, pulso promedio de 88 x min., en el examen físico abdominal, encontramos pacientes con marcada sensibilidad en fosa iliaca derecha, microblumberg + y signos de hiperalgesia cutánea en la misma zona. El resto del examen físico fue completamente normal.

Hemoleucograma:

Paciente # 1		Paciente # 2
12.600	Leucocitos	12.500
69 %	Neutrofilos	78 %
29 %	Linfocitos	21 %
2 %	Eosinofilos	1 %
9 mm/hora	V.E.S.	12 mm/hora

Los pacientes fueron llevados a cirugía con la impresión diagnóstica de apendicitis aguda; en uno de ellos se pensó en un absceso apendicular. En cirugía se realizó laparotomía, encontrando en ambos casos necrosis segmentaria del epiplón mayor, subyacente al hemiabdomen inferior derecho, ambos pacientes con escaso líquido serosanguinolento libre en cavidad (+ o - 100 cc, y el otro + o - 180 cc) el cual se cultivó y fue negativo para gérmenes. En ambos pacientes el apéndice cecal era normal, por lo cual el procedimiento realizado fue la omentectomía del segmento comprometido. La evolución de los pacientes fue adecuada y al tercer día postoperatorio son dados de alta, sin recibir antibioticoterapia durante la hospitalización ni después de ella.

El informe de anatomía patológica informó trombosis de las venas epiplóicas con áreas de infartos hemorrágicos que alternaban con polimorfonucleares neutrófilos en el epiplón.

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA

En la actualidad no existe un mecanismo etiológico claro como desencadenante del infarto

segmentario, sin embargo se han propuesto teorías múltiples. Se sugiere que la obesidad, la falla cardíaca y los trastornos de la coagulación, específicamente la hipercoagulabilidad, actúen como factores predisponentes (8). Eger y Barto (11) creen que debido a la localización anatómica casi constante a nivel del hemiabdomen inferior derecho, existan anomalías anatómicas del drenaje venoso del epiplón que predispongan a la trombosis a este nivel.

Otros estudios (12) sostienen que las personas obesas tienen mayor probabilidad de padecer la patología a causa del aumento de la tracción "gravitacional" del epiplón extremadamente grasoso que lo lleva a una ruptura vascular. Existen también teorías acerca de la importancia etiológica del trauma cerrado de abdomen (13) en la aparición del infarto segmentario del epiplón mayor.

Por último, Debautentis, Kim y cols (15) sugieren que este problema se presenta en la edad media de la vida y que el crecimiento y aumento de los depósitos de grasa es considerable, con lo cual el omento crecería en forma acelerada, sin que existiera concomitantemente un crecimiento vascular asociado, explicando este mecanismo la aparición del infarto.

En general se sabe que el retorno venoso se encuentra comprometido, con lo cual se produce daño endotelial, edema y hemorragia en el tejido y en la cavidad abdominal, dando origen a una peritonitis con líquido aséptico, el cual se considera como un hallazgo característico en la laparotomía; si el proceso continúa, se presenta una oclusión arterial, la que conduce a un infarto hemorrágico agudo y necrosis de la porción comprometida.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La mayoría de los pacientes son adultos jóvenes o de mediana edad, con franco predominio del sexo masculino (70% en hombres y 30% en mujeres), generalmente obesos, con manifestaciones clínicas iniciales vagas e inespecíficas, que luego se convierten en dolor y se hacen evidentes signos de irritación peritoneal, generalmente localizados en el hemiabdomen derecho y principalmente en la fosa iliaca derecha (50 - 75% de los casos); el dolor clínicamente es muy parecido al de la apendicitis aguda o al de la colecistitis y de hecho son los

dos principales diagnósticos diferenciales. Algunas veces, aunque con menor frecuencia, puede presentarse en el hemiabdomen izquierdo y hacer pensar en un cuadro de diverticulitis (10% de los casos). Sullivan y col. (14) sugieren que el dolor que desaparece con el reposo y recurre con el movimiento es muy sugestivo de enfermedad del epiplón.

Generalmente son pacientes sin cuadro de distensión abdominal, con peristaltismo normal, y con espasmos y dolor severo en fosa iliaca derecha, que puede mostrar signos de irritación peritoneal, hecho este que convierte los pacientes en quirúrgicos. La gran mayoría de los pacientes no presentan vómito, náuseas, anorexia, constipación ni diarrea, y no es frecuente una elevación de la temperatura más allá de 38°C.

Los datos del hemoleucograma generalmente revelan poco o ningún aumento de los leucocitos y es raro que estos asciendan por encima de 10.000 x mm³; sin embargo, nuestros dos pacientes presentaban una leve leucocitosis. La placa simple de abdomen fue normal en la mayoría de los casos informados; cuando hay mucho líquido en cavidad abdominal puede mostrar un "velo" u opacidad en vidrio esmerilado.

Como se anotó, el diagnóstico prequirúrgico de esta patología es realmente difícil y el diagnóstico diferencial debe hacerse en orden de frecuencia con la apendicitis aguda, la colecistitis y la enfermedad diverticular. En realidad no hay datos específicos que ayuden al diagnóstico prequirúrgico correcto, y la gran mayoría de los pacientes han sido diagnosticados en el quirófano. Es importante entonces pensar en esta posibilidad diagnóstica como causa de abdomen agudo quirúrgico y el cirujano no debe conformarse con el diagnóstico de una apendicitis incipiente si no ha tenido en cuenta otras posibilidades diagnósticas como la presente (4).

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico es la resección del área infartada, con lo cual se previenen las principales complicaciones de gangrena y de posteriores adherencias; se debe reseccionar todo el segmento comprometido (8, 15), el cual generalmente oscila entre 2 y 18 cms. Existe la

posibilidad de que este segmento se infecte y origine una peritonitis.

REFERENCIAS

1. Adams TT., James. Pared abdominal, epiplón, mesenterio y retroperitoneo. En: Schwartz, Seymour. Principles of Surgery, 4 edición, McGraw-Hill, 1988, 1413-1440.
2. Epstein L., Lempke RE: Primary Idiopathic Segmental Infarction of Greater Omentum. Ann Surg 167:437, 1968.
3. Werzasinski JT, Firestone SD, Walske BR: Primary Idiopathic Segmental Infarction of Greater Omentum. Surgery 39:663, 1956.
4. Navarro S., Jorge; Méndez S., Odilio. Infarto Segmentario Primario del Epiplón Mayor. Informe de un caso y revisión del tema. Cirugía 4:46, 1989.
5. Adams, JT: Primary Torsion of the Omentum. Am J Surg 126:102, 1973.
6. Eberts EM: Case of spotaneous hemorrhage from the greater omentum. Canad Med Assoc J 10:461, 1920.
7. Johnson AM: The Greater Omentum and Omental Thrombosis. Northwest Med 31: 285, 1932.
8. Crofoot DD: Spontaneous Segmental Infarction of the Greater Omentum. Am J Surg 139: 262, 1980.
9. Barcia PJ, Nelson TG: Primary Segmental Infarction of the Omentum with and without Torsion. Am J Surg 126: 328, 1973.
10. Tolenaar PL, Bast TJ: Idiopathic Segmental Infarction of the Greater Omentum. Br J Surg 74:1182, 1987.
11. Eger SA, Barto RE: Primary Idiopathic Segmental Infarction of the Greater Omentum. Am J Surg 78: 518, 1949.
12. Totten HP: Primary Idiopathic Segmental Infarction of Greater Omentum. Am J Surg 56: 676, 1942.
13. Schott LE: Hemorrhage and Thrombosis of the Omentum. Their Etiology in Acute Abdomen. Am J Surg 51:449, 1941.
14. Allege AA, Sullivan SG,: Spontaneous Idiopathic Segmental Infarction of the Omentum. Ann Surg 142 : 136, 1955.
15. Debautentis DA, Kim DK: Idiopathic Segmental Infarction of the Greater Omentum. Arch Surg 102: 474, 1971.