

Sección: Caso de interés

Infarto segmentario idiopático del omento mayor: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Juan Manuel Sarmiento M., M.D.*

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino con diagnóstico de infarto segmentario idiopático del omento mayor. Se hace una revisión de la literatura y se compara con los hallazgos de este paciente, tratando de aportar nuevos datos a esta rarísima entidad.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 29 años de edad, sexo masculino, raza blanca. Consultó el 8 de marzo, 1988, por dolor difuso periumbilical, no cólico, de inicio larvado. Como único antecedente de importancia refería haber comido abundantemente en la madrugada de ese día. No presentaba anorexia, náuseas o vómito. Al examen estaba afebril, hidratado y lucía bien. El peristaltismo era normal. Se encontró dolor en flanco derecho con defensa voluntaria, sin Blumberg.

El hemograma mostró 11.175 leucocitos/mm³ (71% neutrófilos, 2% eosinófilos, 25% linfocitos y 2% monocitos). El coprológico y el parcial de orina fueron normales. Se dejó en observación, esperando que se aclarara el cuadro. Doce horas después el paciente no refería nada nuevo, salvo que le había disminuido un poco el apetito. Seguía afebril e hidratado y a la palpación abdominal el Blumberg empezaba a sugerirse; no se palpaban masas. El nuevo hemograma mostraba 10.769 leucocitos/mm³ (76% neutrófilos, 22% linfocitos y 2% monocitos).

Hasta ese momento, el paciente tenía un diagnóstico incierto y los hallazgos clínicos no ameritaban una exploración, así que se continuó observándolo sin medicación analgésica ni antibiótica.

A la mañana siguiente, el enfermo se sentía mejor, estaba ambulatorio y un poco anoréxico. A la palpación abdominal no habían cambios. Al mediodía el dolor se incrementó razón por la cual se volvió a evaluarlo. Presentaba 38° C de temperatura rectal, defensa voluntaria y Blumberg exquisito a unos 5 cm a la derecha del ombligo. No se encontró espasmo muscular ni habían masas. El tacto rectal fue normal. Se decidió entonces llevar a cirugía con diagnósticos de apendicitis retrocecal aguda vs colecistitis aguda.

En cirugía, a través de una incisión mediana supraumbilical, se encontró unas pocas adherencias entre el peritoneo parietal y el intestino delgado (el paciente había sido intervenido un año atrás por herida toracoabdominal por arma de fuego) que se liberaron fácilmente. En el lado derecho, en el borde libre del omento mayor, se encontró un área terminal de 8 x 5 cm, de color negro, infartada, con hemorragia y edema (Figura 1).

Los apéndices epiplóicos del colon transversal estaban unidos por el proceso inflamatorio. No se encontró torsión del omento y las adherencias descritas se hallaban lejos de esta área. El apéndice era normal al igual que el resto de los órganos de la cavidad. No se encontró ascitis. Se procedió a resecar el área infartada y se realizó apendicectomía. El paciente evolucionó favorablemente y a los 3 días se le dio de alta. Hasta la fecha no ha consultado por sintomatología relacionada.

La descripción patológica informó como áreas de grasa

* Médico Cirujano, Universidad del Valle. Calle 55 28-58, Palmira.

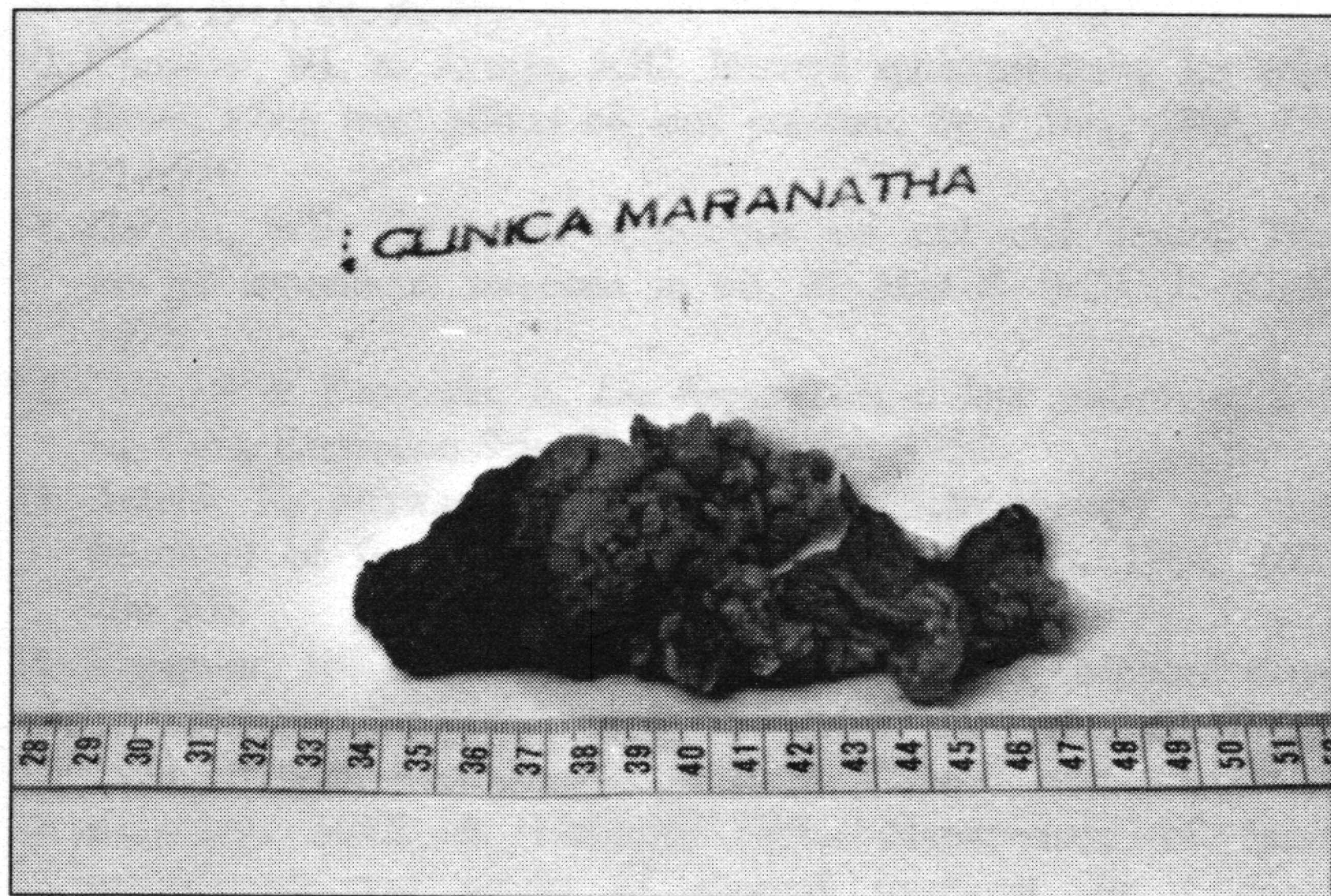


Figura 1. Se aprecia claramente la zona terminal infartada, negruzca, en la pieza quirúrgica (omento mayor). Como se detalla, el resto de tejido está sano y no se ve ningún elemento de torsión.

omental con extensos cambios por necrosis, hemorragia con trombosis arteriolar reciente, tejido de granulación prominente y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño (Figura 2).

COMENTARIO

El infarto segmentario idiopático del omento mayor (ISIOM) es una rara entidad que tiene como componente principal un daño del sistema venoso, de origen desconocido.

Fue descrito por primera vez en 1896 según Bush citado por Croofot¹ y desde entonces se han encontrado muy pocos casos. Hasta 1972, se informaron 112 de los cuales 15 casos eran niños. Se cree que se han informado menos casos de los que realmente existen.

El ISIOM debe reunir ciertos criterios para ser diagnosticado³:

1. Ser espontáneo, sin ninguna etiología traumática o infecciosa.
2. De carácter segmentario y no asociado a oclusiones vasculares masivas.
3. Proceso primario del omento, exclusivamente.
4. La zona afectada no debe tener pedículo y no puede ser el resultado de una torsión sobre éste.

Se ha discutido mucho sobre la etiología del proceso, pero aún se mantiene oscura una definición relevante. Lo que sí está claro es que el infarto se produce por injuria endotelial de las venas del omento, pero el factor desenga-

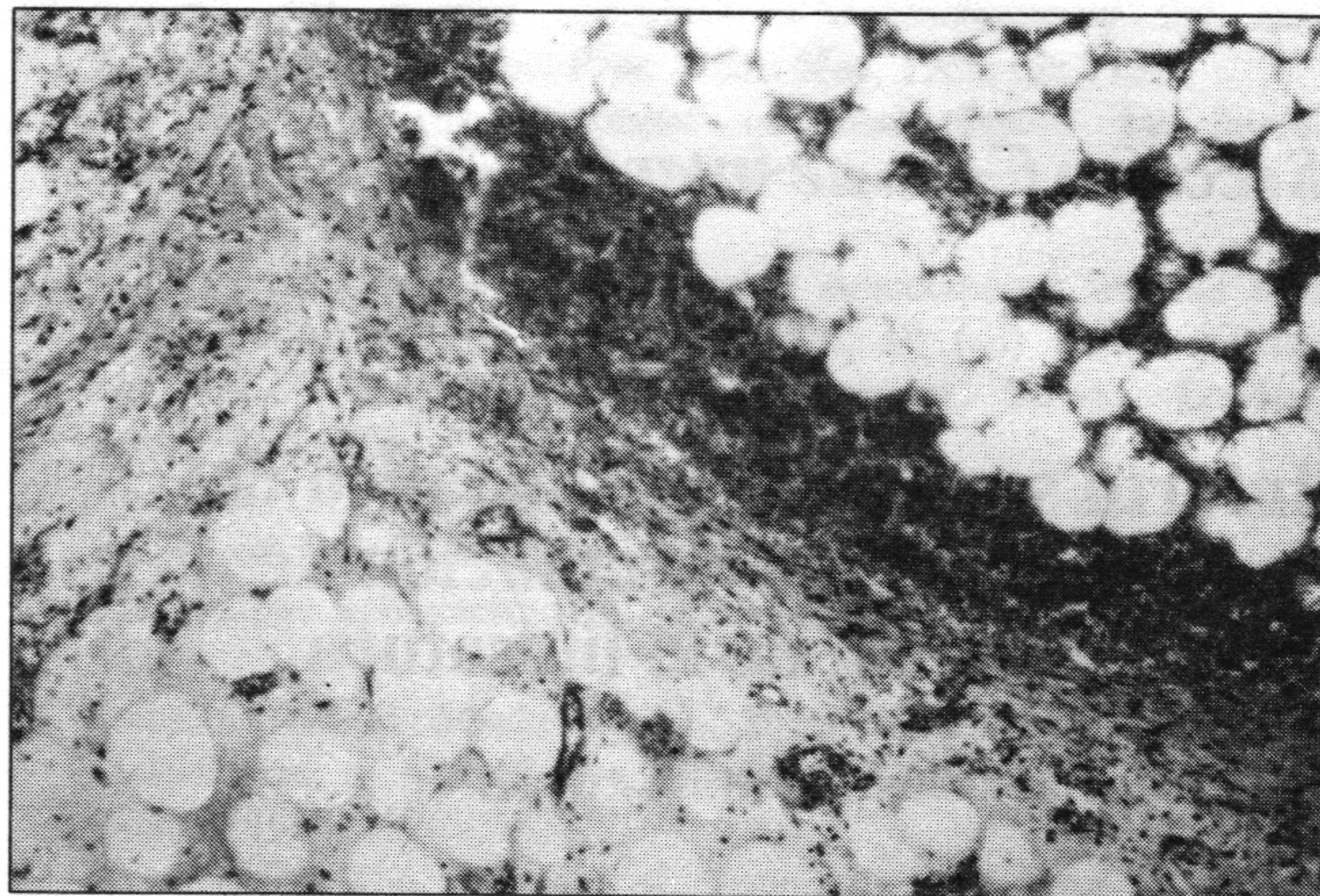


Figura 2. Se observa la grasa omental dentro de una zona de infarto hemorrágico, con trombosis y abundante tejido de granulación.

denante es un enigma. Entre las consideraciones más fundamentadas se tienen:

1. Una peculiaridad anatómica del drenaje venoso que origina trombos, reforzando el concepto de que el lado derecho sea siempre el afectado⁴.
2. Hemorragia omental: un omento muy lleno de grasa hace tracción gravitacional llevando a una disrupción venosa⁵.
3. Ruptura de venas por presión abdominal: un aumento repentino de la presión causado por tos, estornudo, risa o levantamiento brusco (en especial, después de una comida abundante) puede lesionar los vasos venosos del omento⁶.

En la mayoría de los casos descritos se encuentra un cuadro abdominal muy atípico, tanto que nunca se diagnostica preoperatoriamente. Lo que es muy relevante es la ausencia de elementos que definan una etiología precisa y, peor aún, una conducta adecuada. El curso puede ser estacionario o levemente progresivo y sólo después de varias horas (72 al menos) es que se empieza a resolver.

Estos son los principales elementos que se presentan en un paciente "típico":

- Paciente en tercera o cuarta década de la vida.
- Hombre.
- Contextura gruesa, sin ser obeso.
- Dolor por 3 días, como promedio mínimo de obser-

vacación, habiéndose intervenido pacientes a los 6 días del inicio de su sintomatología.

- El lado derecho del abdomen es el más afectado, particularmente el cuadrante inferior.
- Por lo general no se presentan náusea ni vómito, aunque pueden estar presentes y la anorexia no es marcada.
- En los primeros días de la sintomatología el paciente no aparenta enfermedad.
- Generalmente el enfermo está afebril y la temperatura no es mayor de 38° C.
- La defensa abdominal es voluntaria, y el signo de Blumberg aparece tardíamente.
- La leucocitosis es moderada, pudiendo no encontrarse. Se han informado casos en los cuales los controles posteriores muestran reducción en el conteo leucocitario.
- Generalmente el peristaltismo es normal.

Por la descripción anterior, los diagnósticos preoperatorios son una apendicitis "atípica" o en menor grado, una colecistitis aguda. Sin embargo, el paciente siempre se lleva a cirugía por el temor a las complicaciones de la primera entidad.

Se recomienda entrar por la vía mediana (doblemente indicada en caso de una "apendicitis atípica"). Lo que generalmente se encuentra es una cantidad escasa de líquido serosanguinolento en la cavidad abdominal (menor de 100 cc), con un área marginal de necrosis en el omento mayor, lado derecho, que varía entre 2 y 11 cm, bien demarcada, hemorrágica, edematosa y frecuentemente adherida a colon en la mayoría de los casos¹.

El tratamiento de esta entidad es la resección del área necrótica para evitar problemas gangrenosos o adherencias posteriores; la apendicectomía queda a juicio del cirujano pero no es indispensable. El estudio anatómo-patológico evidencia trombosis venosa con hemorragia, infiltrado de células inflamatorias de tipo crónico y un grado variable de organización de fibroblastos inmaduros. El cultivo para virus y/o bacterias del espécimen siempre ha resultado negativo¹.

Como se puede notar el paciente estudiado tiene muchos

elementos concordantes con la presentación clínica, quirúrgica e histológica descrita. Un dato interesante es el antecedente de una comida copiosa ese día y la aparición más tarde del dolor. Es claro, y según lo descrito, que este hecho pudo involucrarse en el inicio de la enfermedad. Por otra parte, la ausencia de líquido serosanguinolento en la cavidad abdominal es el único detalle que no concuerda. Este hecho lo podría explicar la intervención relativamente temprana del paciente (unas 30 horas). En los casos descritos en la literatura, los pacientes se operaron después de 72 horas de iniciados los síntomas. Por esta razón se dice que si un paciente se opera y se encuentra líquido serosanguinolento intraabdominal, estando el apéndice normal, la regla es buscar la patología en el omento¹.

Finalmente, la morbimortalidad quirúrgica es prácticamente nula y el pronóstico, con tratamiento, es excelente.

SUMMARY

Because of the extremely rare frequency of the idiopathic segmental infarction of the greater omentum; a case of a male patient is described and is compared with those of the literature. It is a new case of this rare disorder, often misdiagnosed.

REFERENCIAS

1. Crofoot, DD. Spontaneous segmental infarction of the greater omentum. *Am J Surg*, 1980, 139: 262-264.
2. Schnur, PL, Macllrath, DC, Carney, JA & Whittaker, LD Jr. Segmental infarction of the greater omentum. *Mayo Clin Proc*, 1972, 47: 751-755.
3. Wresinski, JT, Firestone, SO & Walke, BR. Primary segmental infarction of greater omentum. *Surgery*, 1956, 39: 663-668.
4. Eger, SA & Barto, RE Jr. Primary idiopathic segmental infarction of greater omentum. Report of two cases. *Am J Surg*, 1949, 78: 518-519.
5. Harris, FI, Diller, T & Marcus, SA. Hemorrhagic infarction of greater omentum simulating acute appendicitis. *Surgery*, 1948, 23: 206-210.
6. Totten, HP. Primary idiopathic segmental infarction of greater omentum. *Surg Gynecol Obstet*, 1940, 71: 80-85.
7. De Laurentis, DA, Kim, DK & Hartshorn, JW. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Arch Surg*, 1971, 102: 474-475.