

CASO CLÍNICO

Infarto segmentario idiopático del epiplón mayor, resuelto por cirugía endoscópica. Reporte de un caso

Dr. Pastor Escárcega-Fujigaki¹, Dr. Guillermo Hernández Peredo-Rezk¹, Dr. Santiago Hernández-Gómez², Dr. Carlos Rodríguez-Gutiérrez³, Dr. Gustavo Martín-Bendimez⁴, Enf. Ruth Velasco-Sánchez⁵

Departamentos de ¹Cirugía Pediátrica, ⁴Cirugía General y ⁵Enfermería, Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio"; ²Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital Civil "Dr. Luis F. Nachón"; ³Departamento de Anestesiología, Hospital General de Zona No. 11, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalapa, Veracruz, México.

Resumen

Introducción. El infarto segmentario idiopático primario del epiplón mayor se presenta de manera ocasional en la etapa pediátrica, predomina en niños con sobrepeso y se confunde con apendicitis aguda.

Caso clínico. Paciente masculino de 6 años de edad con dolor abdominal y febrícula de 36 horas de evolución. Peso de 25 kg (p-90), talla 115 cm (p-50), discreta deshidratación, dolor importante en fosa iliaca y flanco derechos así como irritación peritoneal localizada. La biometría hemática mostró leve leucocitosis, y la radiografía simple de abdomen reacción peritoneal. Durante la cirugía endoscópica se encontró un segmento del epiplón infartado, el cual se ligó, se resecó y se extrajo. La evolución fue satisfactoria.

Conclusión. La cirugía endoscópica proporciona una excelente exposición para el diagnóstico y tratamiento del infarto del epiplón mayor.

Palabras clave. Infarto de epiplón; necrosis de epiplón; cirugía endoscópica.

Solicitud de sobretiros: Dr. Pastor Escárcega Fujigaki, Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz "Dr. Rafael Lucio", Av. Ruiz Cortines, No. 2903, Unidad Magisterial, C. P. 91020, Jalapa, Ver., México.

Fecha de recepción: 16-01-2006.

Fecha de aceptación: 30-11-2006.

Introducción

El infarto segmentario idiopático del epiplón mayor, entidad descrita por primera vez por Eitel¹ en 1899, es una causa poco frecuente de abdomen agudo en la población general. En ésta, tan sólo 15% son niños,² predomina en pacientes del sexo masculino, con sobrepeso³ y generalmente ocurre a partir de la etapa escolar, en virtud de que para entonces el epiplón mayor se ha desarrollado por completo.⁴ Debido a que se confunde con apendicitis aguda, el diagnóstico se realiza durante el acto quirúrgico.³⁻⁵ El objetivo de esta presentación es promover el conocimiento de este cuadro clínico y la utilidad de la cirugía de mínima invasión en su diagnóstico y tratamiento.^{4,6,7}

Presentación del caso clínico

Paciente masculino de seis años de edad sin antecedentes heredofamiliares ni patológicos de importancia. Su padecimiento lo inició 36 horas antes de su ingreso con dolor abdominal en flanco y fosa iliaca derechos que se incrementó hasta ocasionarle claudicación, además presentó febrícula de 37.5° C. A la exploración física tuvo un peso de 25 kg (p-90), talla 115 cm (p-50), frecuencia cardiaca 90 por minuto, frecuencia respiratoria 26 por minuto, facies de dolor, deshidratación incipiente, orofaringe, cuello y cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen sin distensión con resistencia muscular de predominio derecho, dolor importante en flanco y fosa iliaca derechos con rebote positivo y peristalsis disminuida, además signo del psoas. La biometría hemática con 10 500 leucocitos/mm³, 80% de polimorfonucleares y 20% de linfocitos, sin bandas, pruebas de funcionamiento hepático, examen general de orina y pruebas de coagulación normales. La radiografía simple de abdomen con escoliosis antiálgica, borramiento de la línea preperitoneal y del psoas lado derecho, asas de intestino delgado dilatadas. Se hizo diagnóstico presuncional de apendicitis aguda y se realizó cirugía endoscópica encontrando apéndice sano, pero con una porción del epiplón mayor in-



Figura 1. La pinza señala el epiplón inflamado, edematoso y adherido a la corredera parietocólica derecha.

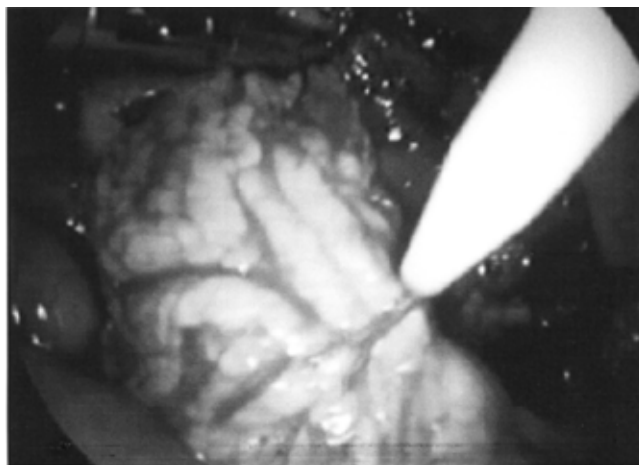


Figura 2. Con un "endoloop" se liga la porción sana del epiplón.

flamado, edematoso y adherido a la pared abdominal y corredera parietocólica derecha (Fig. 1). Con un "endoloop" se ligó esta porción del epiplón (Fig. 2), se resecó y se extrajo por el puerto de la lente. La evolución fue satisfactoria. El reporte del estudio histopatológico fue: tejido congestivo, infiltrado inflamatorio con fibrosis incipiente y áreas de necrosis.

Discusión

El infarto segmentario del epiplón mayor puede ser primario o secundario y ocurre con o sin tor-

sión del mismo.⁸ A pesar de que la torsión e infarto segmentario son clasificados como entidades separadas,^{3,9} en la práctica clínica se comportan de manera similar. Al parecer, la predilección de esta alteración por el lado derecho del epiplón mayor, está relacionada con malformaciones del pedículo, la presencia de un epiplón derecho bífido o con la mayor movilidad de este segmento.^{3,10,11} Se han descrito factores predisponentes como el sobrepeso, comidas copiosas, traumatismo abdominal, ejercicio físico extenuante o cambios súbitos en la posición corporal.⁵ En este caso se asoció con peso elevado en el percentil 90, índice de masa corporal en percentil 96 y sin ninguno de los otros factores de riesgo mencionados.

Aunque lo ideal es hacer el diagnóstico antes de la intervención quirúrgica, esto es difícil, por lo que se debe sospechar en cuadros de apendicitis atípica, es decir, sin anorexia, vómitos y fiebre alta, particularmente en obesos, o con biometría hemática normal. Por lo general, el niño no se ve tan mal, a pesar del cuadro franco de irritación peritoneal localizado. En estas situaciones sugerimos que además de los exámenes de laboratorio y gabinete de rutina se solicite un ultrasonido y tomografía axial computada abdominal que han demostrado su utilidad en el diagnóstico.³

Por el desconocimiento y lo raro de esta entidad el diagnóstico se efectúa en la casi totalidad

de los casos durante el acto quirúrgico. Es conveniente que, al encontrar un apéndice sano, además de buscar otras causas como divertículo de Meckel, quiste torcido de ovario, enfermedad pélvico-inflamatoria, se debe descartar el infarto segmentario o torsión del epiplón mayor.

Con la cirugía endoscópica o de mínima invasión, se obtiene una magnífica exposición que ha permitido diagnosticar mejor estos casos, pero queda la duda de que otros hayan pasado desapercibidos. Cuando el acceso es abierto por lo limitado del campo quirúrgico, es posible que el segmento del epiplón esté adherido, fuera del campo de visión.⁴

Con el acceso endoscópico la resección del epiplón infartado puede llevarse a cabo con el bisturí armónico, con una asa de "endoloop" (como el caso que nos ocupa) o con sutura libre. El espécimen se extrae con facilidad por la flexibilidad del epiplón que se adapta al orificio del trocar.⁴ Actualmente, éste es el acceso de elección para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.^{4,6,7}

Ya que el estudio histopatológico reportó "un tejido congestivo, infiltrado inflamatorio con fibrosis incipiente y áreas de necrosis", sin otras características patológicas como quistes o tumores, se concluyó que este caso es primario.

IDIOPATHIC SEGMENTARY INFARCTION OF THE GREAT OMENTUM TREATMENT BY LAPAROSCOPY. A CASE REPORT

Introduction. The primary idiopathic segmentary infarction of the great omentum is rarely found in the pediatric age group; it is predominant in overweight children and it is mistaken for acute appendicitis.

Case report. Six year old masculine patient presented abdominal pain for 36 hours associated with low grade fever; he weighed 25 kg (p-90), his height was 115 cm (p-50), on physical examination he showed slightly dried oral mucosa, pain on lower right quadrant with peritoneal irritation signs. The white blood count showed slight leukocytocys and the abdomen radiograph showed inflammation and peritoneal irritation. Endoscopic surgery was done and an infarcted segment of greater omentum was found, it was ligated, resected and extracted. Clinical evolution was satisfactory.

Conclusion. Endoscopic surgery gives us an excellent resource for diagnosis and treatment of this pathology.

Key words. Omentum infarction; omentum necrosis; endoscopic surgery.

Referencias

1. Eitel GG. Rare omental torsion. NY Med Rec. 1899; 55: 715-6.
2. Mainzer RA, Simoes A. Primary idiopathic torsion the omentum. Arch Surg. 1964; 88: 974-81.
3. Varjavandi V, Lessin M, Kooros K, Fusunyan R, McCauley R, Gilchrist B. Omental infarction: Risk factors in children. J Pediatr Surg. 2003; 38: 233-5.
4. Yoshida R, Yamataka A, Koga H, Nambu J, Hasumi H, Kobayashi H, et al. Laparoscopic treatment of primary idiopathic omentotorsion a 5 year-old girl. Pediatr Endosurg. 2004; 8: 153-6.
5. Escartin VR, Elias PJ, Esteban IJ. Torsión primaria de epiplón mayor. An Esp Pediatr. 2001; 54: 251-4.
6. Sánchez J, Rosado R, Ramírez D, Medina P. Torsion of the greater omentum: treatment by laparoscopy. Surg Laparosc Endosc Perchtan Tech. 2002; 12: 443-5.
7. Goti F, Hollmann R, Stieger R. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum successfully treated by laparoscopy: report of case. Surg Today. 2000; 30: 451-3.
8. Tolennar PI, Bast TJ. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum. Br J Surg. 1987; 74: 1183-4.
9. Kimber CP, Westmore P, Hutson JM. Primary omental torsion. J Pediatr Child Health. 1996; 32: 22-4.
10. Sakellaris G, Stathopoulos E, Kafousi M, Arbiros J, Bitsoni M, Charissis G. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum: Two cases of acute abdomen in childhood. J Pediatr Surg. 2004; 39: 1264-6.
11. Chew DK, Holgersen LO, Friedman D. Primary omental torsion in children. J Pediatr Surg. 1995; 30: 816-7.

