



P-362 - CUADRO DE ABDOMEN AGUDO POR TORSIÓN DEL EPIPLÓN MAYOR EN POSTOPERATORIO TEMPRANO

Pérez Quintero, Rocío; Rodríguez González, Pablo; Perea Sánchez, María José; Martín García de Arboleya, Rocío; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La torsión del epiplón mayor es una situación anatomopatológica en la cual el órgano rota sobre su eje axial hasta producir un compromiso vascular con estrangulación del mismo, infarto y/o necrosis. Es poco frecuente y puede ser primario o secundario a otro proceso. Los factores precipitantes incluyen el aumento brusco en la presión abdominal, los cambios bruscos en la posición corporal, la cirugía abdominal reciente o el traumatismo abdominal. Suele manifestarse con dolor abdominal pudiendo acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Los datos de laboratorio son poco expresivos aunque depende de su evolución. La tomografía computarizada (TC) con contraste es de elección mostrando una masa abdominal bien delimitada compuesta por pliegues grasos y fibrosos que se distribuyen de manera concéntrica o en espiral con centro hiperdenso, sin embargo, a veces no es posible visualizarlo con claridad por evolución de la patología. Ante torsiones o infartos segmentarios la indicación es manejo conservador, sin embargo, si la afectación es mayor o el paciente presenta criterios de gravedad, el tratamiento quirúrgico es la primera opción.

Caso clínico: Varón de 76 años con antecedentes de síndrome metabólico, enfermedad cardíaca y oncológica prostática que es intervenido de forma programada realizándose hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis por adenocarcinoma, con posterior dehiscencia de anastomosis y necesidad de cirugía urgente realizándose una ileostomía y fístula mucosa con buena evolución. Reingresa en urgencias 15 días después por mal estado general, dolor abdominal progresivo, con peritonismo, fiebre e infección de herida. Analítica con leucocitosis, neutrofilia, aumento de reactantes de fase aguda e insuficiencia renal aguda. Se realiza una TC que informa de lesión con gas en interior sugestiva de absceso con necrosis grasa encapsulada que contacta con curvatura mayor gástrica que comunica con zona craneal de pared abdominal. Durante estudio urgente empeoramiento presentando hipotensión, taquicardia y oliguria, por lo que se decide cirugía urgente, descartándose drenaje percutáneo por las características de la lesión y estado del paciente. Se realiza laparotomía media objetivándose un absceso intrabdominal dependiente del epiplón mayor que presenta extensa área de necrosis por torsión del mismo a nivel de curvatura mayor gástrica. Se realiza resección del epiplón mayor, se toman cultivos y se comprueba ausencia de perforación. El paciente evoluciona aceptablemente en UCI con drogas vasoactivas las primeras 24 horas y antibioterapia dirigida, pasando posteriormente a planta de cirugía general y siendo alta a los 15 días de la intervención. Microbiología: *E. coli*, *Proteus penner* y *Enterococo faecalis*, sensible a piperacilina tazobactam. AP: Necrosis adiposa.

Discusión: La torsión del epiplón mayor es una causa infrecuente de abdomen agudo que debemos tener en cuenta como diagnóstico diferencial. Puede ser secundaria a una cirugía y debido a la convalecencia de la misma enmascararse la sintomatología, diagnosticándose en proceso avanzado como en nuestro caso, en forma de absceso intrabdominal fistulizando a la herida. Su tratamiento en casos avanzados con presencia de absceso intrabdominal puede basarse en el drenaje percutáneo o cirugía, siendo la última la más recomendada.