

CARTA CLÍNICA

Otras causas de dolor abdominal. Isquemia omental



Other causes of abdominal pain. Omental ischaemia

Varón de 46 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial y obesidad. El paciente acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor abdominal en flanco derecho de 4 días de evolución, irradiado a mesogastrio, epigastrio y parrilla costal derecha. El dolor tiene carácter continuo y de perfil mecánico, no lo relaciona con la ingesta y cede parcialmente con analgesia convencional. No se acompaña de náuseas, vómitos, ni alteraciones en el ritmo intestinal. No fiebre, no ictericia, no coluria. No refiere otra sintomatología acompañante. A la inspección, la zona superior del músculo recto derecho se encuentra levemente abombada con respecto a la izquierda. En la exploración abdominal, ruidos hidroaéreos conservados, con abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco derechos, presentando empastamiento de la región y Murphy positivo. Puño-percusión renal bilateral negativa. El paciente presenta constantes vitales normales: tensión arterial 138/87, frecuencia cardíaca 86 lpm, saturación de oxígeno del 98% y afebril. Resto de la exploración sin hallazgos significativos.

Realizamos una ecografía abdominal en nuestra consulta con sonda lineal de 12,5MHz: imagen hipoeoica bien delimitada por debajo de recto anterior derecho, correspondiente a un aumento de densidad de la grasa omental, y que se localiza en la zona de dolor del paciente. No infiltra músculo ni peritoneo. Además, leve engrosamiento de la musculatura de la pared abdominal anterior. Hígado, vesícula y vía biliar sin alteraciones. No líquido libre (fig. 1).

Estos hallazgos ecográficos sugieren un infarto omental agudo. Se deriva al servicio de urgencias hospitalarias donde se pauta Adiro®, ranitidina y tratamiento antibiótico empírico con piperacilina tazobactam; se solicita analítica y TAC abdominal urgente, que confirma el diagnóstico de infarto omental agudo, por lo que se realiza ingreso hospitalario en el servicio de cirugía general (fig. 2). Tras una semana de hospitalización, se da el alta al paciente tras mejoría de la sintomatología, precisando de revisiones con analítica y TAC de abdomen para comprobar su correcta evolución.



Figura 1 Ecografía musculoesquelética con sonda lineal, realizada en la consulta de atención primaria.

El epiplón u omento es un pliegue peritoneal formado por las capas de peritoneo visceral de la curvatura mayor del estómago y el colon transverso, que se unen entre sí, y cuya función es limitar la diseminación de procesos infecciosos e inflamatorios. El infarto del omento produce una isquemia grasa del epiplón mayor, con estasis venoso, necrosis aséptica e inflamación. Es poco frecuente debido a la gran circulación colateral que presenta, exceptuando el borde libre derecho¹, donde se produce más frecuentemente la isquemia. Afecta generalmente a varones entre 30-50 años (2:1), y a niños con IMC alto. Factores de riesgo implicados: la obesidad, las comidas abundantes (desplazamiento omental por hiperperistalsis), los traumatismos, los estados de hipercoagulabilidad, las variantes anatómicas y las enfermedades abdominales (quistes, tumores, hernias o adherencias), siendo la causa precipitante desconocida.

Se presenta como dolor abdominal agudo inespecífico de intensidad creciente, y no suele presentar sintomatología digestiva asociada. Los pacientes suelen tener buen estado general, sin aspecto de enfermedad grave, estando generalmente afebriles, aunque en la exploración abdominal podemos encontrar signos de irritación peritoneal, e incluso puede llegar a palparse empastamiento en un 10-30% de las ocasiones, generalmente cuando la isquemia es más extensa². Sin embargo, al ser una enfermedad poco

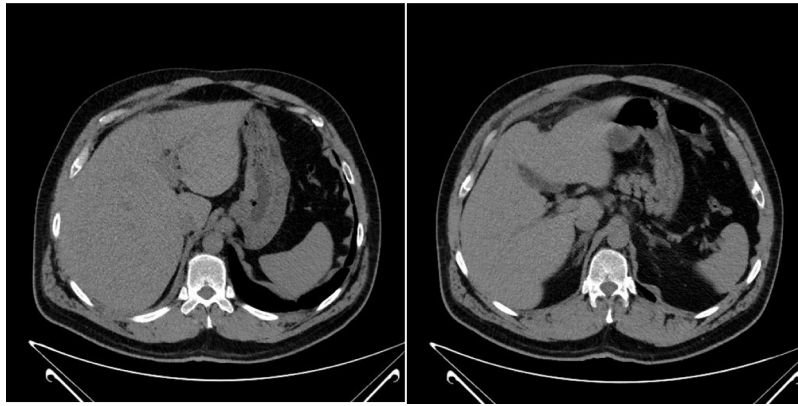


Figura 2 TAC abdominal: aumento difuso no circunscrito de la densidad de la grasa omental del espacio perihepático izquierdo, que impronta ligeramente la superficie hepática anterior, con un diámetro mayor de unos 7 cm, junto con leve engrosamiento de la musculatura de la pared abdominal anterior, que sugiere como primera posibilidad infarto omental agudo.

frecuente, no suele estar en los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo, dando lugar a intervenciones innecesarias, ya que puede simular otras enfermedades como apendicitis aguda, diverticulitis aguda, pancreatitis mesentérica o enfermedad ginecológica³. Su diagnóstico se recoge en un 2-7% de los casos en los que se sospechaba diverticulitis y en un 0,3-1% de los pacientes con sospecha de apendicitis^{4,5}.

Los hallazgos analíticos son inespecíficos, como leucocitosis y aumento de los reactantes de fase aguda. Las pruebas de imagen son de gran importancia, tanto para el diagnóstico, como para identificar complicaciones y descartar otras enfermedades. La radiografía abdominal no suele aportar hallazgos relevantes. La ecografía abdominal mostrará una masa hiperecoica, no compresible y con ausencia de flujo central, bajo la musculatura abdominal en la zona de dolor. La prueba de imagen de elección es la TAC abdominal, que mostrará una lesión ovoidea de atenuación grasa, generalmente medial al colon ascendente o anterior al transversal. El diagnóstico definitivo se establecería por anatomía patológica en los casos en los que se realiza intervención quirúrgica, generalmente ante resultados inespecíficos de pruebas complementarias.

El diagnóstico diferencial debemos hacerlo con otras enfermedades que cursan con dolor abdominal: apendicitis, abscesos, ileítis, diverticulitis, adenitis mesentérica, colangitis, apendicitis epiploica (isquemia de uno de los apéndices epiploicos del borde antimesentérico peritoneal). Ésta última y el infarto omental forman parte de lo que se conoce como infarto de grasa local intraabdominal, siendo su manejo similar⁶.

Actualmente el tratamiento de primera elección es el conservador, con antibioterapia y analgesia, si es posible en las primeras 48 h del inicio de la sintomatología; y seguimiento posterior durante unos 2 o 3 años con ecografías y TAC anuales⁷. Se realizará tratamiento quirúrgico en los casos que no mejoren a pesar del tratamiento farmacológico, empeoramiento, presencia de complicaciones que precisen cirugía (invaginación intestinal, obstrucción

intestinal, abscesos), o la falta de certeza diagnóstica⁴. Generalmente se realizará vía laparoscópica, reseccionando el omento infartado o torsionado, permitiendo así el diagnóstico histopatológico exacto, y descartar enfermedades o anomalías subyacentes⁸.

Por tanto, debemos considerar el infarto omental dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo, principalmente en varones adultos y niños obesos. Se estima que la incidencia de casos de infarto omental aumentará en los próximos años por el aumento de la prevalencia de la obesidad, dado la relación que hay entre ambas. Una correcta historia clínica y exploración física, junto con los resultados de las pruebas de imagen, nos permiten llegar a un diagnóstico fiable, y así realizar un tratamiento conservador adecuado, evitando cirugías innecesarias.

La ecografía, a pesar de no ser la prueba de imagen de elección, nos ayuda a orientar su diagnóstico, excluyendo otras enfermedades. Tiene la ventaja de que la podemos realizar en nuestras consultas de atención primaria. Esto permite una orientación diagnóstica precoz, un manejo temprano de la isquemia y un seguimiento radiológico posterior fácilmente disponible.

Bibliografía

1. Sánchez-López-Gay J, Becerra-Almazán JM, Reyes-Aguilar R, Rodríguez-Barón B, Navarro-Duarte JC. Causa de abdomen agudo no quirúrgico: infarto omental. *Semerger*. 2017;43:534-6.
2. Tannoury J, Yaghi C, Gharios J, Abboud B. Omental ischemia. *Presse Médicale*. 2016;45:824-8.
3. Santamaría AZ, Vallejo VG, Otero RL, González RU. Infarto del omento mayor: a propósito de un caso. *Rev Colomb Radiol*. 2018;29:4880-6.
4. Gelrud A, Cárdenas A, Chopra S. Epiploic appendagitis. *UpToDate*. 2020.
5. Schnedl WJ, Krause R, Tafait E, Tillich M, Lipp RW, Wallner-Liebmann S. Insights into epiploic appendagitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011;8:45-9.
6. Sariñena CM, Ramón RG, Antuña EG, Verdugo VS, González PG, Alonso YG. Procesos inflamatorios del tejido adiposo

- intraabdominal de tratamiento no quirúrgico. Granada: Congreso SERAM; 2012. S-0947.
7. Rodríguez de Mingo E, Fraga Pérez A, Pita da Veiga MA, Mazuecos Fernández J. Causa poco frecuente de dolor abdominal: infarto omental. *Med Gen Fam.* 2018;7:84-6.
 8. Álvarez ALA, Serna JMP, Chávez LLR, Perri LE, Palacios MG, Barca PR, et al. Tratamiento conservador del infarto omental. *Cir Pediátrica.* 2014;27:4.

N. Santoyo-Martín*, R.M. Valverde-Gómez,
E.C. Mohino-Laguna y J.A. Delgado-Casado

Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nurisantoyo@gmail.com

(N. Santoyo-Martín).