

INFARTO OMENTAL. SIMULADOR DE PATOLOGÍAS ABDOMINALES

OMENTAL INFARCTION. ABOMINAL DISEASES SIMULATOR

CARINA SPAGNOLI *

Médica especialista en Diagnóstico por Imágenes.

Nos llega un pedido de tomografía con contraste endovenoso para un paciente varón de 28 años con dolor abdominal en flanco e hipocondrio derecho de 72 horas de evolución. Los resultados de laboratorio no arrojaban leucocitosis ni alteraciones en el hepatograma. En la ecografía de abdomen no se constató litiasis biliar ni otros hallazgos patológicos. Se le realiza la TC de abdomen (Fig. 1 y 2) donde se visualiza una extensa área grasa con aumento difuso de su densidad (Fig. 1 A – F y 2 A – C), con vasos sanguíneos en su interior (Fig. 1 A, 2 B) en topografía del omento mayor en el flanco derecho, desde el ciego hasta el ángulo hepático del colon, bien delimitada hacia delante por el peritoneo parietal (Fig. 1 B, 1 D, 2 A – C). Además, aparecen algunos ganglios linfáticos pequeños cercanos al ciego y colon ascendente (Fig. 2 B). El apéndice cecal se observa de apariencia habitual, sin signos tomográficos de inflamación (Fig. 2 A). Todos estos hallazgos sugieren la presencia de infarto omental.

La variante primaria de esta entidad se ha atribuido a un defecto en la vascularización en la porción derecha del omento (que tiene mayor motilidad y dimensiones) asociada a un evento de torsión. La variante secundaria es principalmente debida a eventos traumáticos, cirugías previas u otras patologías intra abdominales.

Como presentación predomina el dolor abdominal agudo-subagudo en las manifestaciones clínicas simulando apendicitis y/o colecistitis; náuseas, vómitos y fiebre suelen estar ausentes. La leucocitosis, si se presenta, suele ser leve. Muchas veces se logra el diagnóstico mediante la ecografía donde se evidencia la presencia de una masa bien delimitada de grasa ecogénica, típicamente adyacente al colon derecho. La TC se caracteriza por verse como una extensa área de reticulación grasa, que ronda los 50 mm de longitud, en región pericolónica derecha; la presencia de vasos sanguíneos “retorcidos” o espiralados suponen torsión del omento. Muy raras veces pueden infectarse. El curso natural del infarto omental culmina con la autolimitación del proceso, requiriendo el paciente la administración de analgésicos para sobrellevar el dolor. En el caso de hoy el paciente fue intervenido quirúrgicamente por continuar con dolor. Los hallazgos quirúrgicos incluyeron torsión omental producida por aproximadamente 15 rotaciones, escaso hemoperitoneo (infarto hemorrágico), apéndice cecal y vesícula biliar indemnes. Finalmente, uniendo datos semiológicos, clínicos e imagenológicos podremos alcanzar el diagnóstico de esta entidad no tan infrecuente en los servicios médicos.

* Correo electrónico: carina.spagnoli@gmail.com

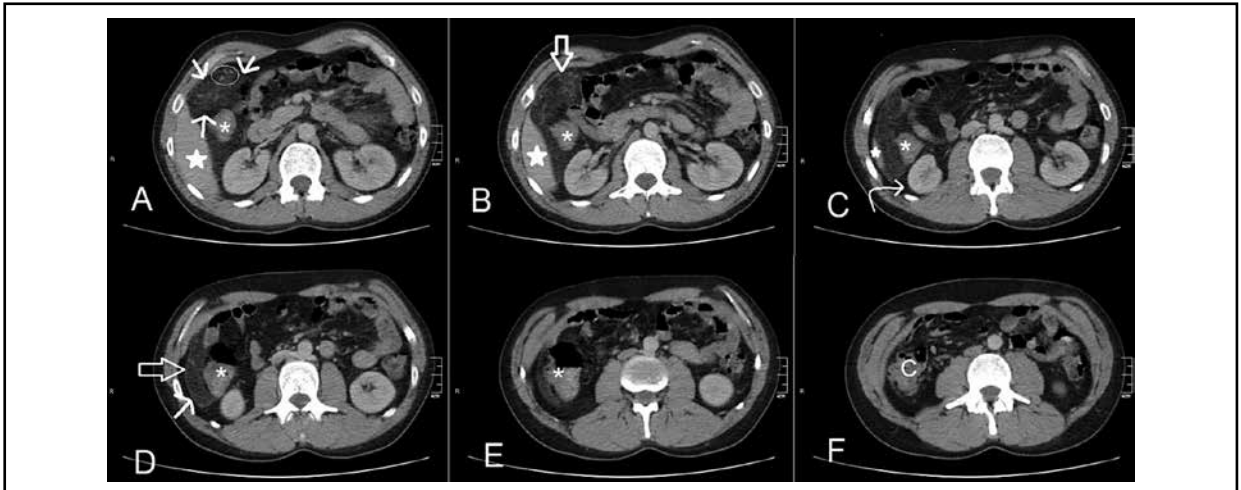


Figura 1: Tomografía multicorte con contraste endovenoso, cortes axiales. Flechas rectas: Alteración densitométrica de la grasa epiploica. Círculo blanco: vasos sanguíneos mesentéricos ingurgitados. Estrella: hígado. Asterisco: colon descendente. Flecha hueca: peritoneo parietal. Flecha curva: grasa perirrenal indemne. C: ciego.

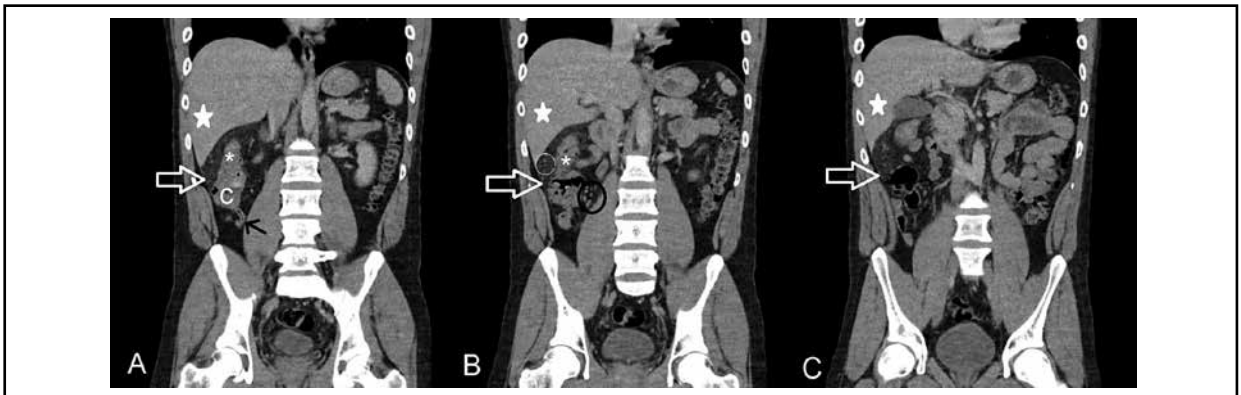


Figura 2: Tomografía multicorte con contraste endovenoso, cortes coronales. Círculo negro: ganglios linfáticos. Flecha negra: apéndice cecal. Círculo blanco: vasos sanguíneos mesentéricos ingurgitados. Estrella: hígado. Asterisco: colon descendente. Flecha hueca: peritoneo parietal. C: ciego.

Bibliografía:

1. Kamaya A, Federle MP, Desser TS. *Imaging Manifestations of Abdominal Fat Necrosis and Its Mimics*. Radiographics 31: 2021–34, 2011.
2. Lee J, Sagel S, Stanley R, Heiken. J. *Body TC con correlación RM*. Marbán, Madrid. 2007.

Los profesionales que deseen pueden mandar un aporte con el formato aproximado de este artículo a la editora.

Los trabajos que sean aprobados por arbitraje serán publicados a razón de uno por número. También pueden publicarse colaboraciones adicionales en la versión electrónica.