

Trabajo del Servicio del Dr. Carlos Forrisi, Hospital Saito

TORSION AGUDA PRIMITIVA DEL GRAN EPIPLON (*)

Dres. Carlos A. Bortagaray y Alfredo S. Santo

Queremos presentar a la consideración de ustedes una observación de torsión aguda primitiva del gran epiplón que, de acuerdo a nuestra búsqueda bibliográfica, es poco frecuente. Jackson, en 1948, colecciona 70 casos de la literatura médica y agrega dos observaciones más.

HISTORIA CLINICA. — D. C., 38 años. Ha sido siempre sano. Estuvo internado en dos oportunidades por traumatismo de mano. Ingresa el día 5 de mayo de 1953. Hace quince días que tiene dolores en el hipocondrio y flanco derecho, con reagudización de los dolores esta mañana. Tuvo también náuseas. Al examen, se trata de una persona de constitución robusta, con muy buen estado general. El abdomen es móvil a la respiración y a la tos. A la palpación se comprueba dolor en el flanco y parte baja del hipocondrio derecho, predominando sobre todo el flanco, donde hay una discreta resistencia muscular. En la fosa ilíaca derecha el dolor es menos intenso, no habiendo defensa. Se le da ingreso en observación.

Leucocitosis, 9.000. Se le ordena poner hielo, penicilina y régimen. Por la noche persiste el mismo cuadro, teniendo vómitos y chuchos de frío. Es examinado nuevamente en la mañana del día 6, comprobándose el mismo cuadro doloroso. Se hace un examen radiológico simple, que no muestra nada anormal. Pensando en la posibilidad de una apendicitis alta, o de una colecistitis aguda, se decide la intervención.

Mayo 6 de 1953. Dres. Bortagaray y Santo. Anestesia general. Incisión de Jalaguier. Se encuentra en la exploración un apéndice engrosado, pero sin lesiones. Continuando la exploración hacia arriba, se halla una tumoración dura que, exteriorizada, resultó ser una torsión del gran epiplón, en el sentido de las agujas del reloj y de varias vueltas, con edema e infiltración hemorrágica. Se hace la resección del gran epiplón por encima del sitio de la torsión, previa ligadura con hilo de algodón grueso. Se explora la vesícula y el duodeno, en los que no se encuentra nada anormal.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa del día 30 de setiembre de 1953.

Cierre de la pared por planos. Post-operatorio sin incidentes, siendo dado de alta en mayo 12, sin sentir ninguna molestia.

Como dijimos anteriormente, la torsión aguda del epiplón es de observación muy poco frecuente; no así la torsión secundaria a otros procesos: hernia, bridas, neoplasmas o procesos inflamatorios.

En el mecanismo de producción se invocan diversas teorías: Teller y Baskin, la obesidad; Sellheim, dice que el principal factor en su producción es el movimiento de rotación brusca del cuerpo;

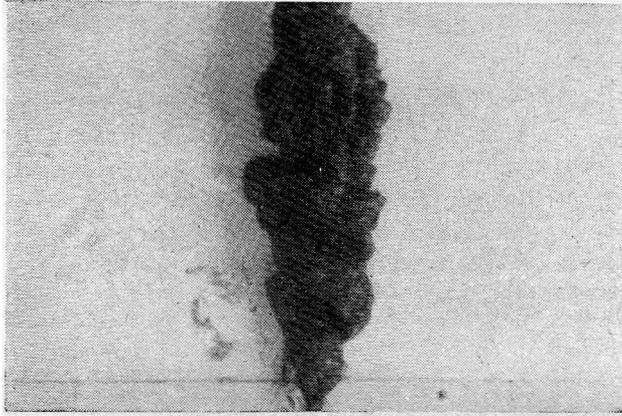


Fig. 1

otros autores, dicen que el epiplón está constantemente arrollado y torcido por el peristaltismo intestinal, sobre todo cuando está interpuesto entre dos asas delgadas, o entre éstas y la pared abdominal, lo que puede inducir a la torsión. Payr es partidario de un mecanismo hemodinámico, por desproporción entre las venas y las arterias epiplóicas. En definitiva, la etiología es desconocida. La torsión se hace en el sentido de las agujas del reloj, la circulación está interferida, con edema y extravasación sanguínea, pudiéndose llegar a la gangrena. Los síntomas son los de un cuadro agudo de vientre de iniciación más o menos brusca, siendo diagnóstico muy difícil entre apendicitis aguda, colecistitis aguda o perforación de ulcusgastroduodenal. En nuestro enfermo pensamos en una apendicitis alta o una colecistitis aguda, a pesar de tener una leucocitosis baja. El diagnóstico se puede hacer cuando

se palpa una tumoración que aparece precozmente en un cuadro agudo abdominal, porque el plastrón apendicular o vesicular se constituye en forma más lenta y no bruscamente, como en la torsión aguda primitiva del epiplón.

Por otra parte, el diagnóstico no tiene importancia práctica, dice Jackson, porque la similitud de los síntomas con los de la apendicitis aguda, hace que la exploración quirúrgica del abdomen

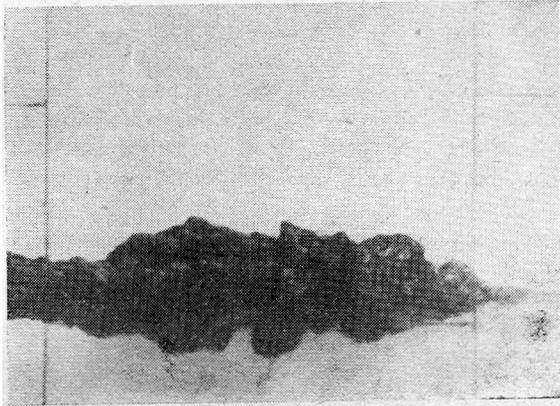


Fig. 2

sea imprescindible. El tratamiento es quirúrgico, extirpando el epiplón torcido, por encima de la torsión, haciendo la ligadura en la zona sana y no en la de los vasos trombosados.

BIBLIOGRAFIA

- JACKSON, A. S. — "Primary torsion of the omentum", American Journal of Surgery, Vol. 75, 1948, pág. 849.
- LEJARS. — "Chirurgie d'urgence", Masson, 1926.
- PAVLOVSKY, A. J. — "Abdomen agudo quirúrgico", El Ateneo, 1941.
- SPATARO, A. I. — "Torsión del gran epiplón", Día Médico, Vol. 24, 1952, pág. 2181.
- VERNENGO, M. — "Torsión interabdominal pura del gran epiplón", Boletín de la Soc. Cirug. Bs. Aires, 1938, pág. 934.
- ZUCKERMANN, Cr. — "Primary torsion of the omentum", American Journal of Surgery, Vol. 75, 1948, pág. 637.

Dr. Mourigán. — A través de muchos años no he visto nunca una torsión del gran epiplón, pero he tenido oportunidad de ver un cuadro

similar producido por la torsión epiploica en el colon transversal, bien comprobado en la operación. El cuadro parecía una apendicitis aguda. Llamó la atención al abrir el vientre la gran cantidad de líquido sero-hemático muy abundante, que hizo pensar por la obesidad de la enferma en una pancreatitis aguda, pero no tenía las características que se ven en la pancreatitis. Encontramos una masa dura, pegada al peritoneo anterior, la cual databa de 48 horas. Desde luego practicamos la ligadura por encima de la zona de torsión antes de destorcer para evitar la embolia.

Dr. Suiffet. — Nosotros comunicamos a la Sociedad de Cirugía en el año 1944, una observación muy similar a la que relata el Dr. Bortagaray en esta comunicación. Se trataba de una señora joven que fué intervenida con diagnóstico de apendicitis aguda por un sufrimiento doloroso abdominal de 24 horas de evolución, con dolor y defensa a la palpación en la fosa ilíaca derecha y al abordarse con el diagnóstico de apendicitis, se comprobó que el apéndice estaba sano y que existía una torsión total del epiplón mayor, torsión intra abdominal pura, sin que hubiera ninguna brida, ninguna adherencia visceral, ni herniaria. Se hizo la extirpación total del epiplón por la técnica similar a la que realizó Bortagaray en su caso y el resultado fué favorable sin ninguna eventualidad en la evolución. Quería recordar ese caso porque es interesante asociarlo en esta comunicación, que es similar a la que nosotros presentamos en aquella época.

Dr. Stajano. — Recuerdo y el Dr. Chifflet también se debe acordar, una comunicación del Dr. Lamas en el 3er. o 4º año de la Sociedad de Cirugía, allá por 1923 o 1924, un caso de torsión particular de epiplón, una torsión con un bizcochuelo, observación que consta en el Boletín de la Sociedad de Cirugía del año 1924 o 1925.

Dr. A. Chifflet. — El trabajo del Prof. Lamas está publicado en la Revista de Cirugía, de Buenos Aires, de 1927.

En la observación del Dr. Bortagaray, anota en dos oportunidades que la ligadura se hizo por arriba del nivel de la torsión, es decir en tejidos sanos. Este detalle de técnica tiene gran interés, porque ligando sin haber hecho la destorsión y por arriba del foco, se hace profilaxis de una posible complicación de estos procesos, que es la embolia a punto de partida en la trombosis venosa.

En las torsiones de los quistes de ovario, la embolia sigue por el territorio de la Cava al Corazón derecho y se hace ostensible en el Pulmón. En las torsiones epiploicas la embolia en el territorio de la Porta se localiza en el Hígado, donde la manifestación clínica no es evidente, pero donde puede provocar serias complicaciones, no siempre reconocidas por el médico.

El Dr. Bortagaray, con esta nueva comunicación a la Sociedad de Cirugía, evidencia su amplio espíritu de colaboración para nuestra Institución y su preocupación por el progreso científico en los Servicios del Interior. Debemos agradecerle muy especialmente.