

Torsión de los apéndices epiploicos del colon * **

Dres. ROBERTO PERDOMO y CESAR PEREYRA BORRELLI

La torsión de los apéndices epiploicos del colon, constituye un mecanismo responsable de cuadros abdominales agudos, cuya naturaleza transcurre a menudo ignorada o mal interpretada.

Diversas razones concurren para ello. En primer término, por tratarse de una causal de escasa frecuencia, y luego porque su presencia no suele ser evocada entre las posibilidades del diagnóstico en el vientre agudo. Se ve así dificultado su reconocimiento, no solamente clínico sino también durante la exploración operatoria.

En circunstancias tales, consideramos de provecho referirnos a la torsión de los apéndices epiploicos del colon con el apoyo de la experiencia recogida en 3 observaciones personales.

En 1919, Hunt (6) realiza la primera revisión de conjunto de la materia y atribuye a Vesalius (1543) la más remota descripción de una "apendicitis epiploica" seguida por casos similares de Virchow, Tomellini y Cruveilhier. Cita también Hunt (6) a Tomellini como referencia de la primera observación de torsión intra-abdominal y a Riedel (1905) por el relato del primer estudio clínico en una torsión intraherniaria.

En los trabajos consultados, el aporte casuístico es regularmente muy limitado, poniendo de relieve la rareza de esta complicación. Resulta de especial interés la lectura de las contribuciones de Hunt (6), de Pines y col (12), de Fieber y Forman (4) y de Murdie (11), que realizan estudios de revisión fundamentados en la recopilación bibliográfica. En la literatura nacional no hemos encontrado referencias sobre el tema.

CASUISTICA

Obs. I.—L. L., 41 años. C.A.S.M.U. 120.668. Desde hace 48 horas presenta dolor nítido y persistente en FID. que aumenta con el movimiento y cede algo al reposo en cama. No vómitos ni náuseas. Tránsito intestinal y urinario normales.

Examen: Hábito con tendencia al pícnico. Obesidad de tronco predominante. Buen estado general. Lengua algo saburral. Apirético. Pulso y presión arterial normales. *Abdomen:* dolor y defensa nítidos en FID. Resto del vientre libre e indoloro.

Operación de urgencia: Diagnóstico de apendicitis aguda. Incisión de Mac Burney-Gosset. Líquido serohemático en regular cantidad, libre en la serosa. Apéndice sin lesiones. En cara anteroexterna de la unión cecoascendente hay una formación infartada, negruzca, tensa, de 1,5 cm. de diámetro aproximado, formando cuerpo con la serosa del colon. Al comprimirla entre los dedos se disgrega en tres unidades aisladas, pediculadas, como pequeñísimos bajoros de campana, de implantación muy próxima entre sí, torcidos una o más veces sobre su fina base en sentido dextrógiro, infartados y reunidos entre sí por adherencias laxas. Hay gran número de apéndices epiploicos normales diseminados sobre las caras libres del cecoascendente, gráciles, móviles, pequeños de 2-3 mm. a 1 cm. de largo, algo engrosados en su extremidad. Se practica ligadura basal y exéresis de los apéndices epiploicos infartados. Umbilicación del área cruenta de implantación. Apendicectomía.

Evolución: Sin incidentes. Curación.

Anatomía patológica: Apéndices epiploicos infartados y con necrosis de la grasa. Lesiones determinadas por la torsión: hemorragia, necrosis de la grasa y exudación leucocitaria.

Obs. II.—R. L. D., 25 años. C.A.S.M.U. 139.539. Desde hace 4 días presenta dolor nítido, fijo, persistente en FII, de mediana intensidad, que se acentúa con el movimiento. No vómitos ni náuseas. No fiebre. Ligera constipación. Apendicectomizado hace 5 años.

Examen: Normotipo. Buen estado general. Apirético. Lengua limpia. *Abdomen:* dolor exquisito en un punto de la FII, contra el borde externo del recto. Se delimita con precisión un área de 2 a 3 cm. de diámetro, bajo la cual se palpa una tumefacción irregular, dura, de límites precisos, intensamente dolorosa. que parece formar cuerpo con la pared abdo-

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela (Hospital de Clínicas).

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de noviembre de 1968.

minal, pero que se deja de percibir cuando se realiza la contracción muscular. Más allá de esa pequeña zona el abdomen se hace rápidamente libre e indoloro. ,

Operación de urgencia: Diagnóstico de tumefacción intraabdominal dolorosa, adherente al peritoneo de la FII; probable torsión de apéndice epiploico sigmoideo. Incisión de Mac Burney-Gosset izquierda. Edema subperitoneal. Tumefacción adherente al plano peritoneal anterior, cercana al orificio interno del canal inguinal. Liberada de este plano, se observa que corresponde a la necrosis de un apéndice epiploico del sigmoideo de unos 2,5 cm. de diámetro, torcido sobre su pedículo en sentido dextrógiro. y adherente a otros vecinos que se hallan también edematosos, pero no infartados. Se extirpa dicho apéndice junto con otros dos vecinos, previa ligadura de sus bases. Peritonización del área cruenta de implantación, que presenta edema subperitoneal.

Evolución: Sin incidentes. Curación.

Anatomía patológica: Apéndices epiploicos que miden: 3 por 2 cm., de color marrón oscuro, casi negro; 2 por 2 cm. de color amarillo marrón; y 2,5 por 2 cm. de color amarillo. Histológicamente el más alterado es un apéndice con edema, congestión, hemorragia, infiltración leucocitaria regular y fenómenos alterativos necróticos de la grasa, constituyendo un proceso de infartación hemorrágica. En los dos restantes existe un tejido de granulación joven previo, al que se agregan fenómenos agudos de congestión, hemorragia e infiltraciones leucocitarias más intensas. *En suma:* infarto hemorrágico de apéndice epiploico; epiploitis crónica en los fragmentos menores.

OBS. III.— I. B. de C., 38 años. C.A.S.M.U. 177.220. Desde hace 48 horas presenta dolor en hipogastrio y FID de mediana intensidad, con exacerbaciones en el movimiento y acalmia en el reposo y con la bolsa de hielo. No fiebre, náuseas ni vómitos. Sin antecedentes digestivos.

Antecedentes personales: Cursa su menstruación; su dolor comenzó al segundo día de la menstruación. Ciclos normales. Flujo tratado, pero no suprimido. Tratada hace años con neumotórax por bacilosis pulmonar.

Examen: Mediana obesidad. Buen estado general. Lengua húmeda y limpia. Apirética. **Abdomen:** dolor en hipogastrio y ambas FI. más en la derecha. Depresible. **Examen genital:** cervicitis crónica. Fondos de saco vaginales libres; ligero dolor en el anterior.

Evolución: Tratamiento médico inicial: reposo, bolsa de hielo, óvulos vaginales, antibióticos. Leucocitosis y examen de orina normales. Al 10º día ha mejorado, pero mantiene aún sensibilidad espontánea y provocada en hipogastrio y FID. Al 17º día continúa con dolores intermitentes, siempre sin temperatura ni repercusión digestiva.

Examen: Dolor persistente en parte interna de FID, en la unión con el hipogastrio, con sensación de empastamiento no bien definida en esa zona. **Radiografía de ciego y apéndice:** colon espasmódico; no se ve el apéndice.

Operación: Al 35º día. Laparotomía exploradora impuesta por la persistencia de la sintomatología dolorosa. Sin diagnóstico. Incisión de Mac Burney-Gosset. Apéndice sin lesiones. Ovario derecho escleropoliúístico. Apéndice epiploico sigmoideo de 4-5 cm. de largo, de extremidad dilatada que impresiona como quística, de color grisáceo, consistencia dura en la zona basal que es fina y se encuentra torcida parcialmente. El bucle sigmoideo cae sobre el fondo de saco vesicouterino y el apéndice epiploico se proyecta, por consiguiente, hacia la derecha por detrás de la vejiga, a la que adhiere por su extremidad. Esta proyección permite comprender el dolor bajo, en la unión de hipogastrio y FID. Ligadura y sección del apéndice epiploico. Apendirectomía. Resección cuneiforme de ovario derecho.

Evolución: Sin incidentes. Curación.

Anatomía patológica: Apéndice epiploico grueso de 4 cm. de largo por 2 cm. de espesor en la porción distal, más gruesa: color violáceo. Al corte muestra zonas infiltradas por sangre y necrosadas. **Microscopia:** infarto hemorrágico con esteatonecrosis. **Cuña de ovario:** ovario poliúístico, escleroso.

PATOLOGIA

Características anatómicas de interés patológico.

Extraemos de las investigaciones anatómicas de Pines y col.(12) los siguientes detalles:

1) Los apéndices epiploicos son pequeñas bolsas grasosas de peritoneo. Su longitud es variable: entre algunos milímetros y 15 cm., con un promedio de 3 cm.

2) Esas dimensiones son también variables con *la edad, la distribución* de los apéndices en el colon y el *estado de nutrición* del paciente. Están presentes ya al nacimiento, pero constituyen estructuras rudimentarias en el niño y en el joven. Son corrientemente más largos en los segmentos transversos y sigmoideo del colon. Se los observa de mayor tamaño en los obesos y en personas que han experimentado pérdida de peso reciente.

3) Su distribución se realiza a lo largo de todo el colon y parte alta del recto, incluyendo ocasionalmente el apéndice. Se disponen habitualmente en dos filas en relación precisa con las bandeletas longitudinales: una medial a la anterior y otra por detrás de la posterointerna. Con menor frecuencia pueden formar tres filas y por excepción solamente una. Desde luego, son dependientes de la topografía del colon, incluyendo sus variaciones patológicas (hernias por deslizamiento).

4) Su número promedial se evalúa en la cifra de 100 para el adulto..

5) Pueden hallarse *divertículos mucosos* en su interior, pero no parece ésta una condición favorecida por los apéndices epiploicos. La literatura no demuestra tal disposición como particularmente frecuente.

6) Su vascularización proviene de la rama de bifurcación interna de la vasa recta cólica, que transcurre subserosa y penetra en la base del apéndice epiploico. Describe allí un trayecto en U invertida dando ramas para ese apéndice y vuelve luego a la pared del colon, introduciéndose en las capas musculares bajo la proyección de la bandeleta posterior.

Clasificación patológica.

Los apéndice epiploicos pueden ser afectados por procesos patológicos de diversa naturaleza. Las cifras proporcionadas por Fieber y Forman (3), en base al análisis de 102 observaciones de "apendicitis epiploica" recopiladas en la literatura, ofrecen una imagen bastante ajustada de las distintas formas anatomopatológicas y de su frecuencia relativa: *torsión* 31,4 %; trombosis e infarto 15,6 %; gangrena 19,7 %; inflamación aguda y supuración 18,6 %; inflamación crónica (fibrosis, hialinización y/o calcificación) 13,7 %; invaginación 1 %.

La torsión de los apéndices epiploicos.

Constituye el aspecto patológico más frecuente y es nuestro tema de observación y de estudio específico.

1) *Mecanismo*.—Es un punto en discusión. Se invocan diversos mecanismos favorecedores de la torsión epiploica. Nos limitaremos a enumerar las posibles causas predisponentes o determinantes señaladas:

- Obesidad o pérdida reciente de peso.
- Apéndice epiploico largo, con extremidad abultada y fina base de implantación.
- Desarrollo de un lipoma en la extremidad libre.

—Ejercicio brusco, traumatismo abdominal o violenta peristalsis espontánea o postcatarsis.

—Congestión venosa durante el período digestivo. Las venas son más largas que la arteria y la recubren adoptando una disposición serpiginosa. De este modo podría iniciarse la torsión sobre el eje arterial del apéndice epiploico.

2) *Topografía*.—Del cuadro confeccionado por Murdie (11), sobre un estudio de 106 casos de torsión extraídos de la literatura, surge un claro panorama de las distribuciones topográficas del proceso: sigmoides 55; ciego 31; colon ascendente 12; colon transversal 5; ángulo cólico derecho 2; colon descendente 1. Es nítidamente predominante la torsión de los apéndices epiploicos del colon sigmoides y del ciego sobre cualquier otra topografía. Se observa también que las torsiones son mucho más frecuentes en el sigmoides que en el ciego, pero que la diferencia se reduce si sumamos a esta topografía las cifras del colon ascendente.

Tal selectividad topográfica de las lesiones tiene gran valor por su influencia sobre el diagnóstico.

3) *Anatomía patológica*.—Las lesiones encontradas son variables en relación a distintos factores que enumeraremos esquemáticamente:

a) La torsión aguda involucra en la mayoría de los casos la presencia de un apéndice epiploico engrosado, negruzco y necrótico, con una o varias vueltas sobre su base de implantación en el colon, que condicionan las lesiones. Un aspecto similar puede verse en casos de trombosis e infarto o gangrena del apéndice epiploico (necrosis en ausencia de torsión). En la serosa peritoneal suele encontrarse un exudado serohemático, acompañando a la torsión aguda (Obs. I).

b) En ciertos casos de evolución prolongada, subaguda, pueden observarse torsiones de menor grado con el apéndice epiploico engrosado, de color gris oscuro o violático, y de consistencia variable: blanda, edematosa, o firme. Es la microscopia que hace el diagnóstico lesional, destacando el componente hemorrágico y necrótico, con esteatonecrosis (Obs. III).

c) Casos aún más evolucionados, donde el episodio inicial puede quedar olvi-

dado, son susceptibles de mostrar restos del proceso en forma de bandas fibrosas organizadas, sólo reconocibles por su topografía y disposición característica como restos de un apéndice epiploico. Desde luego, en estos casos resulta generalmente imposible determinar si la patología inicial fue debida al mecanismo de torsión o a otra causa de "apendicitis epiploica".

d) En su evolución, la torsión espontánea del apéndice epiploico en su base, con pasaje de éste a constituir un cuerpo extraño libre intraperitoneal [Murdie (11)].

e) Es posible ver la participación de varios apéndices epiploicos vecinos en el proceso, sea con torsión del conjunto (Obs. I) o bien con torsión de uno de ellos y aparente reacción de vecindad de los restantes.

f) En esencia la torsión no involucra fenómenos infecciosos, a menos de coexistir un divertículo de colon en el interior del apéndice epiploico. Pero aun en ausencia de esa rara eventualidad, es factible también la infección secundaria de tal sitio de menor resistencia.

g) La perivisceritis secundaria a la torsión genera ocasionalmente procesos plásticos y adherenciales, en los que participan en forma variable el peritoneo parietal (Obs. II) y las vísceras vecinas al apéndice epiploico comprometido (Obs. III).

h) La topografía modificada del colon condiciona lesiones especiales como la torsión de un apéndice epiploico en el saco herniario de una hernia por deslizamiento; o un proceso de la fosa ilíaca derecha en relación al asa sigmoidea de amplio bucle que alcance tal situación. Son hechos a ser tenidos en cuenta por el cirujano durante la exploración operatoria.

CLINICA

Los procesos agudos que tienen lugar en los apéndices epiploicos del colon son, como hemos visto, de variada naturaleza, constituyendo la torsión la causal más frecuente. De todos modos, resultaría puramente teórico pretender una diferenciación clínica entre estos procesos, y creemos preferible hablar genéricamente de un cuadro de "apendicitis epiploica" en el bien entendido de que ello no significa prejuzgar sobre su causa determinante.

Será suficiente evocar la posibilidad de tal apendicitis epiploica ante una determi-

nada situación abdominal aguda. Su confirmación, con determinación de las lesiones y de su mecanismo productor, estará a cargo de la exploración operatoria. Esta es la actitud realista con que debe ser considerado y conducido en la práctica este problema.

1) *Frecuencia*.—El proceso afecta con proporción similar a ambos sexos. Es raro o inexistente en los niños y jóvenes, y una observación a los 18 años es la más temprana registrada en la literatura [Murdie (11)]. Su proporción mayor se da en adultos entre 30 y 50 años.

2) *Antecedentes*.—Suele existir un rápido aumento de peso reciente (Obs. I) o, por el contrario, un adelgazamiento notorio, a lo que se da cierta importancia patológica. Es corriente la ausencia de todo antecedente digestivo y el comienzo del cuadro como primera manifestación abdominal. No obstante, cierto número de casos se manifiestan como crisis dolorosas recurrentes, relatando el paciente episodios previos similares, transitorios o de breve duración.

3) *Anamnesis*.—En su presentación habitual la apendicitis epiploica se inicia con dolor de instalación brusca e intensa. Naturalmente, la ubicación de ese dolor es variable en relación a la topografía del apéndice epiploico afectado. La fosa ilíaca derecha y el flanco derecho son los sitios más comunes, en relación con los apéndices del cecoascendente y también por manifestarse allí algunos casos de topografía sigmoidea, cuando esta asa del colon se proyecta hacia la derecha. En proporción semejante se registra el dolor en la fosa ilíaca izquierda, traduciendo la apendicitis epiploica sigmoidea que siendo la topografía anatómica más frecuente tiene proyecciones dolorosas variables, tal como la antes mencionada. En circunstancias similares puede presentarse dolor en hipogastrio y aun en ambas fosas ilíacas (Obs. III).

Son excepcionales las manifestaciones dolorosas del vientre alto, pero pueden existir sea en epigastrio, sea en ambos hipocostrios (apendicitis epiploica de colon transversal y ángulos).

Son también raros los cambios espontáneos del área dolorosa, aunque es posible

hallar variaciones con los desplazamientos del decúbito en relación a la propia movilización del colon en esas circunstancias. Lo corriente es que el dolor se localice nítida y precisamente desde el comienzo, sin presentar tampoco irradiaciones.

El dolor se exagera con el movimiento y se atenúa con el reposo.

Solamente en 20 % de las observaciones se describen náuseas o vómitos.

4) *Examen físico.*—El paciente que consulta por apendicitis epiploica aguda no se manifiesta, aun visto con retardo como es de regla que suceda, con aspecto de seriamente enfermo. Falta totalmente el cuadro toxiinfeccioso de los procesos inflamatorios peritoneales evolucionados. El pulso y la temperatura son normales o sólo ligeramente ascendidos. La lengua es húmeda y no existe halitosis.

La palpación abdominal despierta dolor nítido en el punto de proyección de la lesión. En nuestros casos nos ha sorprendido la ajustada delimitación del área dolorosa que es posible establecer: con un solo dedo puede señalarse esa área, por fuera de la cual la sensibilidad vuelve a ser normal abruptamente. Se nos ocurre, obviamente, que ello es debido a la pequeña lesión que constituye la apendicitis epiploica en la gran mayoría de los casos, lo cual no es habitual en otras lesiones abdominales y puede servir de guía eventual al planteamiento diagnóstico.

Pines y col. (12) dan valor a la hiperestesia cutánea como signo en favor de la lesión.

Existe defensa parietal en 30 % de los casos [Fieber y Forman (3)]. Menos comunes el hallazgo de una tumefacción palpable: pequeña, nítidamente delimitada y exquisitamente sensible en nuestra observación II. Un hecho similar de dolor y pequeña masa palpable puede revelarse también al examen genital en casos de apendicitis epiploica sigmoidea o cecal de proyección pelviana.

Una estrangulación herniaria puede ser simulada ajustadamente y sin posible diferenciación clínica por la existencia de una apendicitis epiploica en el interior de un saco herniario. Tanto más cuanto más pequeño sea el volumen de la hernia en cuestión.

5) *Evolución.*—La forma más frecuente de presentación de la apendicitis epiploica es la aguda que cursa con dolor persistente. La ausencia de otras manifestaciones digestivas y generales suele demorar la consulta al cirujano. En la serie estudiada por Murdie (11) el promedio se establece en 3,3 días de retardo. Naturalmente, muchos casos deben evolucionar a la atenuación y curación espontánea aparente o real, con ignorancia del diagnóstico al no practicarse la laparotomía.

En otros casos el dolor se atenúa sin desaparecer por completo y sobre ese fondo persistente pueden existir exacerbaciones, decidiendo finalmente la exploración en periodo subagudo (Obs. III). Finalmente, se describen un número importante de formas agudas recurrentes, y escasas observaciones con manifestaciones dolorosas crónicas [Le Vay (9)].

6) *Exámenes complementarios.*—El laboratorio puede demostrar cifras leucocitarias entre 10.000 y 16.000, aunque es corriente hallarlas normales.

La radiología no parece representar un aporte considerable al diagnóstico de apendicitis epiploica. Barker [en Turell (14)] señala la posibilidad de hallar una masa peritoneal móvil, calcificada, testigo de una antigua lesión de apendicitis epiploica, que pudiera servir de nexa para interpretar una nueva crisis como de naturaleza similar. Destaca también que esas calcificaciones pueden inducir al error de diagnóstico con íleo biliar.

DIAGNOSTICO

La apendicitis epiploica por la naturaleza variable de causas que la engendran, por carecer de una topografía definida ya que todo el contorno del colon es su posible asiento, y por compartir síntomas similares con afecciones más frecuentes y graves en esas distintas áreas, se presta mal para un diagnóstico clínico positivo, pero su conocimiento es imprescindible para el correcto planteamiento de posibilidades.

La literatura señala solamente dos observaciones con diagnóstico positivo: una con dolor en la fosa ilíaca derecha en un paciente previamente apendicectomizado,

y otra con pequeña tumefacción palpable y dolorosa en la fosa ilíaca izquierda. Semejante a esta última es nuestra observación II, en donde el diagnóstico de apendicitis epiploica fue planteado y confirmado.

En 96 casos recopilados por Saltz y Saypol (13) el diagnóstico más corrientemente formulado fue el de apendicitis aguda (44 obs.). El dolor en la fosa ilíaca izquierda, que sigue en frecuencia, motivó en 32 observaciones diagnóstico más dispares: diverticulitis sigmoidea, torsión de quiste de ovario, anexitis, etc. Existen otras localizaciones dolorosas en la apendicitis epiploica y con ellas también una amplia gama de diagnósticos erróneos, de forma tal que la afección se demuestra capaz de simular cualesquiera de las condiciones del vientre agudo con sintomatología localizada.

No obstante, es dado observar que predominan francamente las localizaciones en el vientre inferior y que los diagnósticos principales se refieren a la patología aguda apendicular, diverticular o tumoral sigmoidea y anexial. De ello puede concluirse que cuando la exploración quirúrgica no confirme la lesión presumida en esos órganos, debe explorarse siempre la posibilidad de una apendicitis epiploica.

Creemos útil repetir lo que a este respecto dicen Saltz y Saypol (13): "Desde el momento que se va a la laparotomía, está claro que la importancia no radica en el diagnóstico preoperatorio, sino más bien en el conocimiento de su existencia y en la habilidad para reconocer la lesión una vez que se ha penetrado en el vientre y la exploración elimina otras posibilidades".

Este es el aspecto diagnóstico de mayor importancia. Es muy factible que en cierto número de casos la apendicitis epiploica pase desapercibida a la laparotomía, por falta de exploración (apendicectomías de primera intención) o por exploración incompleta y no orientada en esta materia.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

Abandonada a su evolución espontánea la apendicitis epiploica cursa con toda probabilidad a la curación espontánea en la mayoría de los casos, con o sin secuelas.

En ciertos casos pueden constituir verdaderos hallazgos radiológicos en forma de masa calcificada abdominal, u operatorios como cuerpos extraños libres en la cavidad peritoneal.

Como excepción se señala una observación de muerte por absceso en una torsión de apéndice epiploico, con peritonitis complicando su avenamiento quirúrgico [Seelye, citado por Saltz y Saypol (13)].

Las adherencias peritoneales periepiploicas en período agudo y las secuelas consecutivas a la organización fibrosa de tales adherencias y de los propios apéndices epiploicos lesionados, son susceptibles de comprometer el tránsito intestinal y se constituyen en la complicación más significativa del proceso. Se menciona un 9 % de cuadros oclusivos intestinales en la apendicitis epiploica, con compromiso predominante del intestino delgado [Fieber y Forman (3)]. Del mismo modo, a esta complicación responde el número mayor de muertes registrado en la apendicitis epiploica.

En relación a este aspecto particular, pasamos a referir una observación personal de báscula del intestino grueso sobre el eje de una banda fibrosa correspondiente a un apéndice epiploico modificado del colon transverso:

Obs. IV.— M. R. de C., 55 años. Hospital Pasteur. Desde hace 24 horas presenta dolor en FID, distensión abdominal y estado nauseoso. No ha movilizad el intestino. Tránsito urinario normal.

Examen: Buen estado general. Obesidad mediana. Apirética. Lengua húmeda. *Abdomen:* distensión difusa sin tensión. Dolor en FID, sin defensa.

Operación de urgencia: Diagnóstico de apendicitis aguda. Incisión de Mac Burney-Gosset. No se encuentra el ciego en la FID. Se introduce la mano en el vientre y se le encuentra desplazado hacia el flanco izquierdo. Vuelto a su situación normal, lo que se logra sin dificultad, se observa que no tiene lesiones como tampoco el apéndice, y que todo el cecoascendente y el ángulo derecho del colon son ampliamente móviles y poseen un amplio meso. Esta anomalía de fijación ha permitido su báscula de conjunto, sin torsión axial, hacia la izquierda. Al examinar el eje sobre el cual se ha producido dicha báscula, se encuentra una formación fibrosa sobre el colon transverso que une la bandeleta anterior al mesocolon por su cara inferior, constituyendo una especie de hemianillo que se superpone exactamente a aquel eje investigado. Se reseca esa banda fibrosa que corresponde indudablemente a un apéndice epiploico fibrosado y adherente

al mesocolon. Se fija el colon ascendente al peritoneo parietal del flanco hasta el ángulo derecho. Apendicectomía.

Evolución: Sin incidentes. Curación.

La oclusión del colon sigmoides por banda fibrosa derivada de la organización de un apéndice epiploico, similar a la de nuestra observación, es referida también en un caso de Hunt (6).

TRATAMIENTO

El tratamiento quirúrgico de la torsión de los apéndices epiploicos del colon, así como de las restantes formas de la "apendicitis epiploica", es sencillo y consiste en la ligadura simple o por transfixión de su base, previa detorsión.

Existiendo la posibilidad de una proyección diverticular del colon dentro del apéndice, se aconseja la invaginación del muñón resultante mediante puntos seroserosos o sutura en cierre de bolsa de tabaco.

El compromiso de la vascularización parietal del colon por inclusión en la ligadura del asa arterial que se proyecta en la base del apéndice epiploico, puede ser descartado en las torsiones cuyo proceso involucra de entrada un compromiso de dicha asa, aparentemente sin consecuencias. No existen observaciones relativas a complicaciones originadas en este dispositivo vascular.

RESUMEN

Se presentan tres observaciones de torsión intraabdominal de los apéndices epiploicos del colon.

Basándose en la experiencia recogida y en su confrontamiento con la literatura, los autores analizan los diferentes aspectos de interés que el conocimiento del tema ofrece al cirujano.

Se señalan las dificultades del diagnóstico positivo, pero enfatizándose que lo esencial radica en tener presente a esta entidad para reconocerla durante la exploración operatoria.

Entre las complicaciones de la afección, se destaca la importancia de los procesos oclusivos intestinales que pueden generar las adherencias y la organización fibro-

sa secundaria de los apéndices epiploicos. Se describe una observación de oclusión por báscula del colon derecho, determinada por este mecanismo.

RÉSUMÉ

On présente trois observations de torsion intra-abdominale des appendices épiploïques du côlon.

En se basant sur l'expérience acquise et en la confrontant avec la littérature, les auteurs analysent les différents aspects de ce thème présentant un intérêt pour le chirurgien.

Ils signalent les difficultés d'un diagnostic positif, mais ils soulignent que l'essentiel consiste à avoir présents à la mémoire ces cas pour les reconnaître au cours de l'exploration opératoire.

Parmi les complications de la maladie, ils appuient sur l'importance des processus d'occlusion intestinale que peuvent provoquer les adhérences et l'organisation fibreuse secondaire des appendices épiploïques. Ils décrivent une observation d'occlusion par bascule du côlon droit, déterminée par ce mécanisme.

SUMMARY

The paper presents three observations of intra-abdominal torsion of the epiploic appendices of the colon.

Based on their experience and its comparison with literature, the authors analyze the different aspects which are of interest to the surgeon.

The difficulties of establishing a positive diagnosis are described, stressing, however, that the essential point is to have it in mind so that it can be recognized during the operatory exploration.

Among the complications it presents, the authors stress the importance of obstructive processes of the intestine, for they can generate the adherences and the secondary fibrous organization of epiploic appendices. The papers describe one observation of occlusion due to torsion of the right colon, determined by this mechanism.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. L. *Gastroenterology*, V. II, pág. 347. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1946.
2. ELIASON, E. L. and JOHNSON, J. Primary acute epiploitis. *Surgery*, 6: 68, 1939.
3. FIEBER, S. S. and FORMAN, J. Appendice epiploicae: clinical and pathological considerations. Report of three cases and statistical analysis on one hundred five cases. *Arch. Surg.*, 66: 329, 1953.
4. FISKE, F. A. Intra-abdominal torsion of the appendices epiploicae. With report of two cases and review of the literature. *Am. J. Med. Sc.*, 192: 354, 1936.
5. HARTE, M. S. Chronic partial intestinal obstruction due to intussusception of an appendix epiploica. *Surgery*, 13: 555, 1943.
6. HUNT, V. C. Torsion of appendices epiploicae. *Ann. Surg.*, 69: 31, 1919.
7. JOHNSTON, J. T. Torsion of appendice epiploica. *Rocky Mountain Med. J.*, 60 (4): 30, 1963.
8. KENNY, F. Torsion of appendices epiploicae. A rare cause of acute abdominal pain. *M. J. Australia*, 1: 225, 1953.
9. LE VAY, D. Torsion and inflammation of the appendices epiploicae. *Lancet*, 1: 141, 1941.
10. MONDOR, H. *Abdomen agudo*, pág. 1032. Toray-Masson S. A. Barcelona, 1963.
11. MURDIE, W. Intra-abdominal torsion of an appendix epiploica. *Brit. J. Surg.*, 41: 290, 1953.
12. PINES, B., RABINOVITCH, J. and BILLER, S. B. Primary torsion and infarction of the appendices epiploicae. *Arch. Surg.*, 42: 775, 1941.
13. SALTZ, N. JJ. and SAYPOL, G. M. Intra-abdominal torsion of the appendices epiploicae. *New York J. Med.*, 53: 1692, 1953.
14. TURELL, R. *Enfermedades del ano, recto y colon*, Vol. II, Cap. 9. Ed. Beta S. R. L. Buenos Aires, 1962.