

Infarto primitivo segmentario de epiplón mayor

Dres. Rogelio Belloso, José Soto y Artigas Aliano*

Los autores presentan una observación de infarto de epiplón mayor en el borde derecho del mismo sin torsión aparente. Señalan que estadísticamente ésta es la localización más frecuente.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Omentum.

El infarto primitivo segmentario de epiplón mayor es una afección poco frecuente y de etiología oscura. El primer caso en la literatura fue publicado por Bush en 1896, no existiendo otras comunicaciones hasta 1920. Corresponde a Johnson en 1932 el haber hecho una correcta descripción de esta entidad. Hasta 1968 (5) se conocían 88 casos, no creemos sea esta cifra real de la incidencia de la enfermedad sino que por su escasa morbilidad no se deben comunicar la gran mayoría de los mismos. En nuestro medio en la bibliografía consultada no hay publicaciones al respecto, existe sí un exhaustivo estudio de la vascularización del epiplón mayor por parte de Nario (8).

OBSERVACION

Reg. Nº 32.676. H. Pasteur. XI-1974.

M.D.; sexo masculino, 66 años. Sin antecedentes a destacar. Comienza 6 días antes del ingreso, luego de una ingesta copiosa, con dolor intenso en hipocondrio derecho, no repercusión digestiva alta ni baja, apirético. Toma gotas antiespasmódicas que le alivian parcialmente; en el día del ingreso intensifica su sufrimiento por lo que consulta.

Examen: lúcido, obeso, dolorido, apirético. Abdomen: simétrico, duele a la movilización en hipocondrio derecho; dolor y defensa a la palpación en la misma zona. Tacto rectal: Douglas libre e indoloro. Resto del examen clínicamente normal.

Se calma con antiespasmódicos y es reexaminado una hora después comprobándose a la palpación abdominal, tumefacción dolorosa de 4 cm por 3 cm de contorno irregular localizada en hipocondrio derecho que se interpreta como una vesícula distendida.

Operación.— Transversa de hipocondrio der., abierto el peritoneo viene escaso líquido citrino, la explora-

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Dr. Alberto Aguiar). Hospital Pasteur. Montevideo.

ción muestra una vesícula de tensión normal, alitiásica. Se comprueba una tumefacción de 6 por 5 cm rojo vinoso constituida por el borde derecho del epiplón mayor que adhiere al ángulo derecho del colon. Resección parcial del epiplón. Buena evolución.

COMENTARIO

Nuestro enfermo presenta las características comunes a todas las comunicaciones, infarto siempre segmentario y predominando en el borde derecho.

De acuerdo a la existencia de patología previa Schnur (11) ha propuesto la siguiente clasificación:

- I. INFARTO PRIMITIVO IDIOPATICO DE EPIPLON MAYOR.
- II. INFARTO SECUNDARIO A TORSION MECANICA:
 - a) Torsión primaria (no asociada a otra patología)
 - b) Torsión secundaria (asociada a hernias, tumores, etc.).
- III. INFARTO SECUNDARIO A CAUSAS GENERALES (vasculares, hemopatías, traumas, etc.).

Sin embargo hay quienes sostienen que esta separación es arbitraria y no debe mantenerse (1).

No tiene predilección por sexo ni por edad, siendo frecuente en niños (10); si bien predomina en los obesos no es condición determinante.

Varias teorías se han enunciado acerca de la etiología pero ninguna es satisfactoria. Los vasos epiplóicos de pared delgada, muy dilatados por la plétora o stress postprandial se romperían ante distintos esfuerzos que aumentan la presión intrabdominal (12). Trombosis consecutiva a injuria endotelial por ejercicios físicos o gravidez (8), obesidad, aumento excesivo de la grasa epiplóica que llevaría a la hemorragia y necrosis (2); todas ellas no son más que hipótesis.

El hecho de su máxima frecuencia en el borde derecho (5,12) permite suponer un factor embriológico predisponente; se cree que la zona infartada tenga su origen en el mesogastrio ventral, siendo su circulación precaria ya que deriva de los vasos del epiplón menor y de débiles anastomosis con los vasos del epiplón mayor; se le asignaría también importancia a la mayor movilidad y sobrecarga grasa del borde derecho (12).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 29 de octubre de 1975.

* Residentes de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Av. Agraciada 2417, Montevideo (Dr. Belloso).

El diagnóstico preoperatorio no se ha realizado hasta el momento y todos los enfermos fueron operados con diagnóstico de colecistitis, como el nuestro, o apendicitis (1, 2, 3, 8). La anatomía patológica no es específica; muestra hemorragia capilar, venas dilatadas, extravasación hemática intralobulillar, reacción fibroblástica que ocurre en la superficie lo que favorecería la adhesión. No se han observado recurrencias y al parecer librado a la evolución espontánea no traería complicaciones (1). Ello debe alertar al cirujano que al no comprobar su diagnóstico debe realizar la exploración del epiplón mayor.

RESUME

Infarctus primitif segmentaire du grand épiploon.

Les auteurs présentent une observation d'infarctus du grand épiploon dans son bord droit sans torsion apparente. Ils signalent que d'après les statistiques cette localisation est la plus fréquente.

SUMMARY

Primary segmental infarction of the omentum.

The authors record a case of infarction of the right border of the omentum without apparent torsion. They point out the fact that such is statistically, the most common location.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALECCE AA, SULLIVAN SG and ASH-WORTH W. Spontaneous idiopathic segmental infarction of the omentum. *Ann Surg*, 142: 316, 1955.
2. ALTMEIER WA, HOLZER CE. Primary torsion of the omentum. *Surgery*, 20: 810, 1946.
3. BARCIA PJ and NELSON GT. Primary segmental infarction of the omentum with and without torsion. *Am J Surg*, 126: 328, 1973.
4. EGER SA and BARTO RE Jr. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Am J Surg*, 78: 516, 1949.
5. EPSTEIN LL and LEMPKE RE. Primary idiopathic segmental infarction of the greater omentum. *Am Surg*, 167: 437, 1968.
6. HALLIGAN EJ and RABIAH FA. Infarction of the omentum. *Arch Surg*, 79: 738, 1959.
7. HARRIS FI, DILLER T and MARCUS SA. Hemorrhagic infarction of the greater omentum simulating acute appendicitis. *Surgery*, 23: 206, 1948.
8. NARIO CV. Bases vasculares para el estudio de la patología del gran epiplón. *Bol Soc Cir Urug*, 5: 191, 1934.
9. PERRY Jr JF. Primary segmental infarction of the omentum in children. *Surgery*, 56: 584, 1964.
10. SCHNUR PL, McILRATH DC, CARNEY DC and WETTAKER LD. Segmental infarction of the greater omentum. *Mayo Clin Proc*, 47: 751, 1972.
11. TOTTEN HP. Primary idiopathic segmental infarction of greater omentum. *Am J Surg*, 56: 676, 1942.

DISCUSION

DR. LORENZO MÉROLA.— Hace años operé un enfermo que tenía un infarto centro epiploico, es decir, los dos bordes sanos y un gran infarto mediano triangular tomando casi todo el borde libre y centrado en los vasos que da el círculo de la gastroepiploica. De manera que eludiría esa ley del borde derecho y también la teoría embriológica favorecida por la irrigación. Parecía un círculo arterial normal y el enfermo tenía un gran infarto.

En cuanto a las torsiones, hay un colega ginecólogo que operamos con el Dr. Barquet que simulaba exactamente una vesícula tensa porque, ese sí, estaba exactamente en el lugar de la vesícula. De manera que el error con la masa palpable es lógico.

DR. ALBERTO VALLS.— Aquí presentó un infarto por torsión, el Dr. Marella. Nosotros hemos visto infartos después de gastrectomías, es importante, en el postoperatorio de gastrectomías por ligadura de los vasos del epiplón, haciendo ligadura no entre la arcada y el estómago sino más allá de la arcada, más abajo. Hemos visto tener que reoperar enfermos porque tenían un dolor violento en el vientre del lado derecho y era por ese mecanismo, estaba una zona de epiplón infartado.

DR. ROGELIO BELLOSO. (Cierra la discusión).— Al Dr. Mérola quisiera decirle que realmente por la lectura uno no saca cuál es lo etiológico que realmente explica esta patología. Al Dr. Valls: los casos de los Dres. Suiffet y Marella eran por torsión. Hay dos casos más presentados en esta Sociedad con anterioridad por ese mecanismo. Nada más.