

Torsión primaria de epiplón mayor

R. Escartín Villacampa, J. Elías Pollina y J.A. Esteban Ibarz

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 251-254)

Objetivo

La torsión primaria del epiplón mayor es una causa infrecuente de abdomen agudo en los niños. Se realiza un estudio retrospectivo con el fin de establecer su incidencia y características clínicas.

Pacientes y métodos

Se revisan las historias clínicas de los niños intervenidos de torsión de epiplón en el Hospital Infantil Universitario Miguel Servet de Zaragoza en los últimos 25 años. Se analizaron los siguientes datos: edad de presentación, sexo, factores predisponentes, sintomatología, exploraciones complementarias efectuadas, tratamiento y evolución.

Resultados

En los 15 pacientes con torsión de epiplón la razón varón:mujer fue de 2:1. La sintomatología fue similar a la de la apendicitis aguda con ciertas peculiaridades como un más largo período de evolución en el momento del diagnóstico, una fiebre y leucocitosis menores de lo que sería de esperar en una apendicitis con esas horas de evolución y, en 12 casos, la ausencia de vómitos. Tras el tratamiento quirúrgico la evolución fue satisfactoria. En 13 casos la torsión fue primaria y en 2 casos secundaria a hernia inguinal y linfangioma quístico de epiplón, respectivamente. Se discuten la etiología, la patogenia y los problemas diagnósticos y terapéuticos de este proceso.

Conclusiones

En todos los casos de torsión primaria el diagnóstico clínico fue de apendicitis aguda. A pesar de estar clásicamente asociada a la obesidad sólo en 1 de los 13 casos de torsión primaria se encontró un peso mucho mayor de la media para su edad y sexo en nuestra región, y en ningún caso hubo una malformación anatómica claramente asociada.

Palabras clave:

Epiplón. Torsión. Dolor abdominal. Enfermedades peritoneales.

PRIMARY TORSION OF THE GREATER OMENTUM

Objective

Primary torsion of the greater omentum is an infrequent cause of acute abdomen in children. A retrospective review was conducted to establish the prevalence and clinical features of omental torsion as a cause of acute abdominal pain in childhood.

Patients and methods

We reviewed the clinical histories of the children given surgical treatment for torsion of the greater omentum in our hospital in the last 25 years. The following data were studied: age at presentation, sex, predisposing factors, symptomatology, complementary investigations, treatment and evolution.

Results

The male:female ratio among the 15 patients who underwent surgery was 2:1. Symptomatology was similar to that of acute appendicitis with certain peculiarities such as a longer period of evolution at the moment of diagnosis, lower temperature and leucocytosis lower than would be expected in appendicitis at the same time of evolution and, in 12 patients, absence of vomiting. After surgical treatment evolution was satisfactory. Torsion was primary in 13 patients, secondary to inguinal hernia in 1 and secondary to cystic lymphangioma of the omentum in 1. The etiology and pathogenesis, as well as the diagnostic and therapeutic problems of this process, are discussed.

Conclusions

In all the patients with primary torsion the clinical diagnosis was of acute appendicitis. Although primary torsion is classically associated with obesity, only 1 of the 13 patients weighed significantly more than the average for the same age and sex in our region and none of the patients showed a clearly associated anatomic malformation.

Key words:

Omentum. Torsion. Abdominal pain. Peritoneal diseases.

Correspondencia: Dr. R. Escartín Villacampa.
Cervantes, 26, 3.º B. 50006 Zaragoza.
Correo electrónico: ricardoescartin@ctv.es

Recibido en mayo de 2000.
Aceptado para su publicación en septiembre de 2000.

TABLA 1. Datos clínicos

Caso n.º	Sexo	Edad (años)	Duración de los síntomas (h)	Vómitos	Temperatura (°C)	Leucocitos/ μ l	Peso (kg)	Valor Z* (DE)
1	Mujer	11	72	No	36,9	11.500	52	+ 1,9
2	Mujer	10	70	No	36,5	9.300	42	+ 0,7
3	Mujer	7	30	Sí	37,7	21.300	29	+ 1,2
4	Varón	8	40	No	36,9	9.900	32	+ 0,4
5	Mujer	4	48	No	36,6	12.500	17	- 0,3
6	Mujer	4	18	No	37,1	13.100	19	+ 0,9
7	Mujer	8	48	No	37,1	8.600	48	+ 3,5
8	Varón	8	60	Sí	37,0	10.500	31	+ 0,1
9	Varón	11	96	No	37,0	14.500	38	- 0,6
10	Mujer	13	72	No	37,3	10.900	66	-
11	Varón	8	48	Sí	37,1	13.690	35	+ 1,0
12	Mujer	2	27	No	36,2	11.000	13	+ 1,1
13	Mujer	11	36	No	36,5	8.000	?	?

*Valor Z = score standard deviation = (peso - media del peso en la región/desviación estándar en la región).

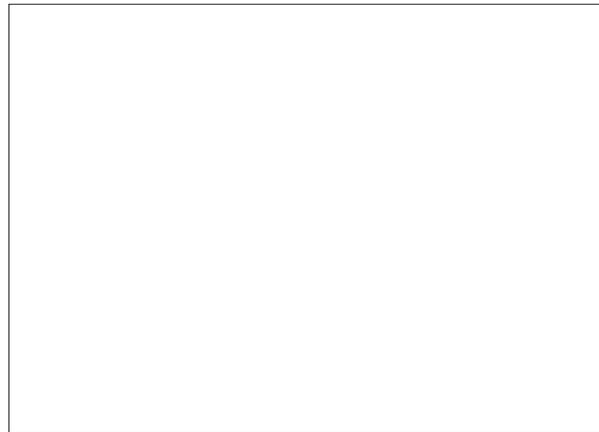


Figura 1. Hallazgos quirúrgicos del caso 1. Torsión primaria de epiplón mayor. Apéndice cecal normal.

INTRODUCCIÓN

La torsión primaria de epiplón mayor es una causa infrecuente de dolor abdominal en la infancia. Fue descrita por primera vez por Eitel¹, y raramente es sospechada como primer diagnóstico antes de la intervención quirúrgica. En las revisiones más extensas, apenas el 15% de los casos se producen en la edad pediátrica². Clínicamente simula la sintomatología de una apendicitis aguda, con dolor intenso en la fosa ilíaca derecha, febrícula y defensa muscular a la palpación. El tratamiento es quirúrgico y la evolución es habitualmente favorable.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se presentan los 15 casos intervenidos de torsión de epiplón en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Infantil Universitario Miguel Servet en los últimos 25 años. Se analizan datos en cuanto a sexo y edad de presentación, peso, factores asociados y predisponentes, sinto-

matología y horas de evolución, pruebas complementarias efectuadas, tratamiento y evolución de cada paciente.

RESULTADOS

Entre 1975 y 1999 se intervinieron 15 pacientes, 5 niñas y 10 niños, con edades comprendidas entre 13 meses y 13 años. Ninguno de ellos presentaba antecedentes familiares ni personales de interés excepto un niño, afectado de síndrome de Down, y un lactante con una hernia inguinal izquierda. Todos, menos este último caso, fueron atendidos por presentar dolor abdominal agudo acompañado de náuseas y con una evolución de 1 a 3 días.

En la exploración física presentaban dolor selectivo en la fosa ilíaca derecha, con defensa muscular. El aumento de temperatura y la leucocitosis fueron menores de los que se esperarían en una apendicitis aguda de tantas horas de evolución (tabla 1). La radiografía simple de abdomen fue inespecífica, excepto en 2 casos en los que se mostró una imagen de atrapamiento aéreo en la fosa ilíaca derecha. Sólo se realizó estudio ecográfico en 2 niños, detectando la presencia de líquido peritoneal abundante, sin otros hallazgos en uno de ellos, y una imagen quística de 89 x 34 x 112 mm en la pelvis en el otro, que correspondió a un linfangioma quístico de epiplón mayor. En todos los casos salvo en este último el diagnóstico clínico preoperatorio fue de apendicitis aguda.

En la intervención se encontró un apéndice cecal normal acompañado de abundante exudado peritoneal. Sólo en un caso fue necesaria la realización de una laparotomía media debido a que el segmento de epiplón torsionado no era accesible desde la incisión de McBurney. En otro caso, la laparotomía se programó a la vista del hallazgo ecográfico de un gran linfangioma quístico.

El epiplón presentaba torsión total o parcial (de 1 a 3 vueltas), con un segmento necrótico de 6-12 cm (figs. 1 y 2). En 13 casos la torsión era primaria y en 2 casos, se-

cundaria: en uno había un linfangioma quístico de epiplón que había condicionado la torsión y en el otro el epiplón estaba firmemente adherido a un saco herniario, por lo que se completó la intervención con inguinotomía y herniorrafia (tabla 2).

En todos los casos la evolución fue favorable, sin complicaciones postoperatorias.

DISCUSIÓN

La torsión del epiplón mayor es una causa rara de dolor abdominal en la infancia, pero debe considerarse ante toda laparotomía por apendicitis aguda en la cual no se encuentra un apéndice cecal inflamado³.

Debe distinguirse claramente entre la torsión secundaria, a menudo debida a adherencias, masas epiploicas, bridas o incarceration herniaria, y la torsión primaria. Las únicas circunstancias anatómicas que se han sugerido como predisponentes para la torsión primaria del epiplón mayor son la obesidad, la presencia de un epiplón bífido o la existencia de venas epiploicas redundantes, actuando como factores precipitantes una comida excesiva, traumatismo abdominal, ejercicio físico extenuante o cambios súbitos en la posición corporal. También se ha descrito la torsión primaria asociada al síndrome de Prader-Willi. En el caso de las torsiones parciales, el lado derecho se afecta con mayor frecuencia que el izquierdo⁴.

Sólo en 1 de los 13 casos de torsión primaria se encontró un peso muy por encima de la media para su edad y sexo en la región⁵, y en ninguno de ellos había una malformación anatómica claramente asociada. No existía ningún factor precipitante claro. Uno de nuestros casos se asociaba a síndrome de Down⁴.

La proporción varón:mujer fue de 2:1, al igual que en las series pediátricas más extensas como las de Kimber et al con 13 casos⁶.

La presentación clínica es superponible a la de la apendicitis aguda, si bien llama la atención el largo tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la intervención (media, 49 h). A pesar de este largo tiempo de evolución y a diferencia de otros procesos inflamatorios abdominales como la apendicitis aguda, la torsión de epiplón cursa sin fiebre alta, con moderada leucocitosis (salvo en un caso), y en 12 casos con ausencia de vómitos.

El diagnóstico preoperatorio es excepcional⁷, sobre todo porque ante este cuadro clínico raramente se indican exploraciones complementarias tan específicas y demostrativas como la tomografía axial computarizada (TC)⁸. En

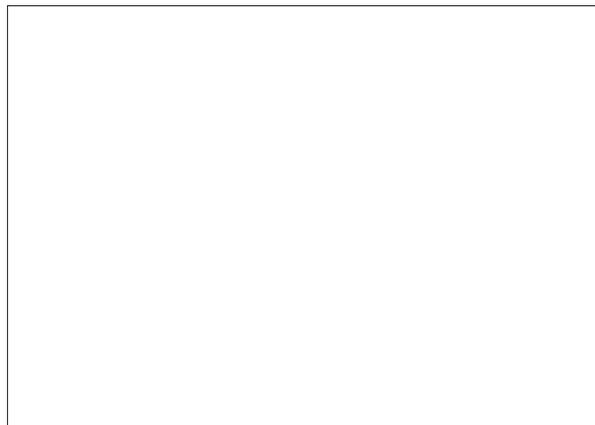


Figura 2. Hallazgos quirúrgicos del caso 9. Torsión primaria parcial de epiplón mayor.

nuestra serie de torsiones primarias sólo en un caso se utilizó la ultrasonografía abdominal y no reveló hallazgos específicos. La radiografía simple de abdomen tampoco fue útil en el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda. No obstante, la ecografía fue diagnóstica en uno de los casos de torsión secundaria, detectando un linfangioma quístico que al torsionarse producía isquemia y necrosis.

En 13 casos la resección del apéndice cecal normal y del epiplón infartado pudieron realizarse a través de la incisión practicada para la apendicectomía (incisión de McBurney). Sólo se realizó una laparotomía media dada la inaccesibilidad del segmento necrótico a través de la incisión en fosa ilíaca derecha y otra ante el diagnóstico ecográfico preoperatorio de linfangioma abdominal. Ninguno de nuestros casos se abordó por vía laparoscópica, aun cuando probablemente esta sería la vía de elección en la actualidad de existir la sospecha preoperatoria.

La evolución postoperatoria fue excelente y como suele ser habitual en estos niños ninguno de los pacientes presentó complicaciones.

Ante el hallazgo de un apéndice cecal macroscópicamente normal en un niño con abdomen agudo es pues imprescindible la realización de inspección y palpación digital a través de la herida para descartar entre otros este proceso no tan infrecuente y de fácil solución quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- Eitel GG. Rare omental torsion. NY Med Rec 1899; 55: 715-716.
- Mainzer R, Simoes A. Primary idiopathic torsion of the omentum. Arch Surg 1964; 88: 974-981.

TABLA 2. Datos clínicos de 2 niños con torsión secundaria de epiplón mayor

Caso n.º	Sexo	Edad (años)	Duración de los síntomas (h)	Vómitos	Temperatura (°C)	Leucocitos/ μ l	Causa predisponente
14	Mujer	1	60	No	37,0	—	Hernia inguinal
15	Varón	3	15	No	37,8	8.030	Quiste de epiplón

3. Anderson KD, Parry RL. Appendicitis. En: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, eds. *Pediatric surgery*, 5.^a ed. San Luis: Mosby-Year Book, 1998; 1369-1377.
4. Chew DK, Holgersen LO, Friedman D. Primary omental torsion in children. *J Ped Surg* 1995; 30: 816-817.
5. Ferrández A. Estudio longitudinal del crecimiento y desarrollo. Datos de 0 a 12 años. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, 1996.
6. Kimber CP, Westmore P, Hutson HM, Kelly JH. Primary omental torsion in children. *J Pediatr Child Health* 1996; 32: 22-24.
7. Palma F, Valdés P, Bercedo J, López A, Gándara N, Medina FJ et al. Torsión primaria de epiplón: diagnóstico preoperatorio mediante ecografía abdominal. *Rev Esp Enferm Dig* 1998; 90: 373-379.
8. Ceuterick L, Baert AL, Marchal G, Kerremans R, Geboes K. CT diagnosis of primary torsion of greater omentum. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 1083-1084.