

Infarto del epiplón mayor como causa de hemorragia interna. a propósito de un caso

Infarction of the major eplioon as a cause of internal hemorrhage. Case study

Dr. Osmeri Villafaña Castillo

Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente de 58 años con antecedente de infarto agudo del miocardio 15 años atrás, acude a la consulta de urgencia en cirugía general deambulando. Refiere estado catarral desde una semana atrás, tos, fiebre 37½-38°C, dolor en el abdomen que se focaliza en el hipocondrio derecho, pulso al inicio de 86 por minuto que se acelera después a 100 por minuto. Se analizan los datos aportados por el paciente, se realiza examen físico, exámenes complementarios y se interpreta como una colecistitis aguda. Con ese criterio se opera, pero el acto operatorio demuestra lo contrario: hemorragia interna por infarto del epiplón mayor y hematoma grande que se localiza en el estómago-duodeno-ángulo hepático del colon transversal e hígado, que comprimía la vesícula comprometiendo la irrigación del órgano. Se realiza omentomía parcial y reposición de volumen.

DeCS: OMENTO/cirugía/ HEMATOMA; HEMORRAGIA.

ABSTRACT

The study of 58 years patient with antecedent of acute infarction of myocardium during 15 years is presented he attended the general surgery department of the emergency service. He refers influenza during a week , coughing, fever 37 1/2 ° C – 38 ° C, abdominal pain focused to right hypochondrium, pulse beginning with 86/min which accelerates later to 100/min. Data collected were analyzed: physical examination, complementary test, and it is interpreted as acute cholecystitis but the operatory procedure shows the contrary, internal hemorrhage due to infarction of the major eplioon and a huge hematoma localized beteween the stomach-duodenum-hepatic angle of transverse colon and liver which compressed the gall-bladder, affecting the irrigation of this organ. Partiot omentectomy and volume reposition is performed. Literaturerelated with this topic is reviewed.

DeCS:OMENTUN/surgery/HEMATOMA;HEMORRAGE.

INTRODUCCIÓN

En los momentos actuales, cuando se habla de hemorragia interna, nos viene a la mente un gran traumatismo con lesión de una víscera maciza, o lesiones de estructuras vasculares de gran importancia, pero en la mayoría de los casos, nunca sospechamos que pueda estar en relación con otras estructuras, máxime, cuando el paciente no refiere antecedentes de traumatismo, herida por arma de fuego o arma blanca (1).

El infarto del epiplón mayor es una de las entidades a que hacíamos referencia, éste puede presentarse debido a una torsión, trombosis, poliarteritis nudosa, embolia y traumatismos (2).

El infarto segmentario idiopático del epiplón es raro, casi siempre se observa en personas bien nutridas y en la tercera década de la vida. Su origen es oscuro, aunque la causa es la trombosis debido a ingurgitación venosa, traumatismos ligeros o aumento de la presión intrabdominal. Generalmente está infartado el borde derecho inferior libre del epiplón, esto se debe a que la mitad derecha del epiplón es habitualmente más larga que la izquierda y por ello más susceptible a la torsión o infarto.

Manifestaciones Clínicas

Los pacientes refieren dolor intenso y persistente que comienza de forma gradual o súbita en el cuadrante inferior derecho del abdomen, debido a la disposición del epiplón, aunque se ha descrito el dolor situado en el centro del abdomen, o en el lado izquierdo en algunos casos. Puede presentarse anorexia y náuseas, aunque los vómitos son raros, dato útil para distinguirlo de la apendicitis. Otro dato importante es que en estos enfermos raramente parecen tan graves como los de otras enfermedades abdominales quirúrgicas agudas (3).

En el examen físico la zona sensible suele estar más arriba de lo que cabría esperar en una apendicitis y a veces puede palparse una masa o tumefacción abdominal. La hiperestesia cutánea sería característica.

Nunca se ha establecido el diagnóstico antes de operar, la mayor parte de los casos son considerados de apendicitis aguda.

Tratamiento

Descubrir un apéndice normal tras una laparotomía y algo de líquido serosanguinolento en la cavidad peritoneal, debe hacer pensar en otra enfermedad. La zona infartada constituye una masa dura de color rojo o negro púrpura.

El tratamiento quirúrgico consiste en la extirpación amplia del epiplón mayor.

PRESENTACION DEL CASO

HC: 54203

Paciente de 58 años de edad, del sexo masculino, raza blanca con antecedentes de haber sufrido hace 15 años un infarto del miocardio para el que recibió tratamiento médico adecuado, incorporándose a sus labores habituales sin dificultad. El tratamiento consistió en una tableta de Nitropental diaria y Metildopa una tableta diaria. Pasados varios años es atendido por presentar lesiones en la piel, es nuevamente ingresado, se le toman muestras para biopsia y se concluye como dermatitis crónica inespecífica, se le aplicó tratamiento y las lesiones desaparecieron. No refirió otras afecciones en los últimos años hasta hace aproximadamente una semana que comienza con congestión nasal, quebrantamiento, fiebre que oscilaba entre 37 ½ y 38° C, a lo cual se le añadió tos seca y pertinaz que no cedió con analgésicos antipiréticos. El día 4/06/1999 el paciente refiere que en un acceso de tos sintió un dolor abdominal intenso en el centro del abdomen que dificulta la respiración, la tos y la fiebre persistían. Permanece en su domicilio, automedicándose con duralgina una tableta cuando había hipertermia. Al día siguiente en horas de la tarde decide acudir al hospital (42

Km de distancia de su domicilio) deambulando sin mucha dificultad, pero con dolor en el hipocondrio derecho que se incrementó al extremo de hacerse insoportable.

Al examen físico no había palidez de mucosas las pulsaciones ascendieron en dos horas de 86 a 100 por minuto, se ingresa en observación. En el ECG, mostró taquicardia sinusal, sin evidencia de zonas de infarto, excepto zonas de lesiones anteriores, HB 122 g/l, coagulación 8 MN, sangramiento 1/MN, parcial de orina dentro de los límites normales.

Al examen físico, se palpa zona de empastamiento en el hipocondrio derecho, maniobra de Murphy positiva, no USG de urgencia, con los elementos encontrados en el examen físico y los datos aportados por el paciente se interpreta como un cuadro de colecistitis aguda. Con este criterio se lleva al quirófano y como hallazgo quirúrgico en la laparotomía encontramos la cavidad abdominal llena de sangre no coagulable, se aspiran 1 600 ml de sangre exploramos cavidad y observamos una zona de infarto en el epiplón mayor de aproximadamente 10 cm, referimos la zona y seguimos nuestra búsqueda y observamos que la vesícula estaba comprimida por un hematoma que se localizaba entre el estómago, duodeno, colon transversal (ángulo-hepático) y el hígado, comprometiendo el riego sanguíneo de la vesícula (hipoxia-dolor), se retira el hematoma con ambas manos, observándose la vesícula de características normales, no litiasis en su interior por lo que se decide dejarla intacta, se repone volumen y omentectomía. El paciente evoluciona satisfactoriamente hasta su egreso y total recuperación.

Informe de Anatomía Patológica

En el informe anatomopatológico B-99-454 aportó los siguientes resultados:

Tejido adiposo con áreas de hemorragia y polimorfos nucleares en el interior de vasos sanguíneos.

COMENTARIO

El infarto del epiplón mayor es una enfermedad rara, aunque descrita en la literatura; Robert. A Mackenzie en un estudio retrospectivo que realizó, encontró que en la literatura se reportaban 40 casos hasta 1946, los síntomas y las formas de presentación eran similares al de una torsión del epiplón (4).

Attemier y Horlzer en 1946 recogieron y comunicaron 64 casos en los que se incluían la torsión del epiplón. El cuadro clínico de la enfermedad coincidía también con el de la torsión y se presentaba con más frecuencia en el hombre de la tercera a la sexta década de la vida (5). Halligan y Rabiah en 1959 describen cuatro casos,

revisan la literatura y coinciden con que las manifestaciones clínicas y los hallazgos quirúrgicos se corresponden con los reportes de otros autores en relación con la presencia de líquido serohemático escaso con apéndice normal (6).

Recientemente Karak PK et al 1998 reportan tres casos de infarto del epiplón mayor con las mismas características clínicas que las descritas por otros autores (7).

En nuestro caso, las manifestaciones clínicas fueron muy variadas con respecto a la literatura revisada, lo antecedió un cuadro catarral, después se instaló el dolor abdominal desencadenado por los accesos de tos sin focalización en la fosa ilíaca derecha, sino al hipocondrio derecho del epiplón. Durante el acto quirúrgico se constató la ausencia de sangramiento activo, de modo que como pudimos observar la forma de presentación de la enfermedad, el diagnóstico preoperatorio y los hallazgos quirúrgicos fueron diferentes a los reportados por otros autores en la literatura mundial.

CONCLUSIONES

1. En la bibliografía médica se habla muy escuetamente del infarto del epiplón mayor como entidad nosológica causante de afección abdominal aguda quirúrgica; mucho menos como causa de hemorragia intrabdominal.
2. El infarto del epiplón, pensamos que se produjo por aumento de la presión intrabdominal, provocada por los abscesos de tos que a su vez hicieron que la zona infartada sangrara.
3. El dolor en el hipocondrio derecho se debió a compresión de la vesícula por el hematoma comprometiendo la circulación del órgano, hipoxia, dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hardy James D. Problemas quirúrgicos graves. 2ed. La Habana: Científico Técnica; 1986. P 183.
2. Sabiston David C. Tratado de patología quirúrgica. La Habana: Científico Técnica; 1985. T1. P 842-43.
3. Schakelford Richart MD. Diagnóstico quirúrgico. Barcelona: Salvat; 1971. T-11. P 1123-24.
4. Mackenzie Robert C. And Small Omentum . Can med assoc J 1946;55:144.

5. Altemiier WA,. Holzer CE. Primary torsion of the omentum. Surgery interamericana 1942. Clin quir NA 20:110.
6. Halligan EJ, Rabiah FA. Primary idiopathic segmental infarction of greater omentum: a Report of 4 cases and review of the literature. Arch. Surg 1959;79:738.
7. Karak-PK, Millmond-SH; Neumann-D. Omental infarction: Report of three cases. USA University of Connecticut Health Center. 1998. P 98-108.

Recibido: 12 de mayo de 2000

Aprobado: 24 de febrero de 2001