

## Imágenes en cirugía general

# Infarto omental primario localizado en flanco izquierdo complicado con absceso y fistulización a pared abdominal

*Left-sided primary omental infarction with associated omental abscess and wall fistulization*

J. García-Espinosa, A. Martínez-Martínez, E. Moya-Sánchez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

### RESUMEN

El infarto omental primario es una rara causa de abdomen agudo resultante de un compromiso vascular. Es más frecuente en fosa iliaca y flanco derechos por ser las regiones con menor vascularización. El infarto omental en el lado izquierdo es muy infrecuente. Clínicamente se manifiesta como dolor abdominal simulando otras entidades más frecuentes como apendicitis, diverticulitis o colecistitis. En TC aparece como una masa grasa encapsulada en tejido graso omental adyacente al colon ascendente. En ecografía puede observarse aumento focal de la ecogenicidad de la grasa omental. El tratamiento es conservador con la administración de fármacos antiinflamatorios y habitualmente se resuelve espontáneamente, siendo la complicación con absceso o infección muy infrecuente. En casos de complicación con absceso, el tratamiento quirúrgico es de elección.

**Palabras clave:** infarto omental, fístula, absceso, cirugía.

### ABSTRACT

Primary omental infarction is a rare cause of acute abdomen resulting from vascular compromise. It is more frequent in the iliac fossa and flank, because it is the region with the least vascularity. The omental infarction on the left side is very infrequent. Clinically it manifests as abdominal pain simulating other more frequent entities such as appendicitis, diverticulitis or cholecystitis. In CT it appears as a fatty mass encapsulated in omental fatty tissue adjacent to the ascending colon. Ultrasonography shows a focal increase in the echogenicity of omental fat. The treatment is conservative with the administration of anti-inflammatory drugs and usually resolves spontaneously, being the complication with abscess or infection very infrequent. In cases of complication with abscess, surgical treatment is the choice.

**Keywords:** omentum, fistula, abscess, surgery.

### PLANTEAMIENTO CLÍNICO

Paciente de 85 años con antecedentes personales de diabetes e hipertensión arterial. Acudió a Urgencias por dolor abdominal de 72 horas de evolución que focalizaba en hipocondrio y flanco izquierdo. El dolor había aumentado progresivamente y se incrementaba con los movimientos y la respiración. No asociaba cambios en el hábito intestinal ni síntomas urinarios. No refería antecedente traumático ni quirúrgico. A la exploración física el abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación en flanco e hipocondrio izquierdo y sin signos

#### CORRESPONDENCIA

Jade García Espinosa  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
18014 Granada  
[jadegarciaespinosa@gmail.com](mailto:jadegarciaespinosa@gmail.com)

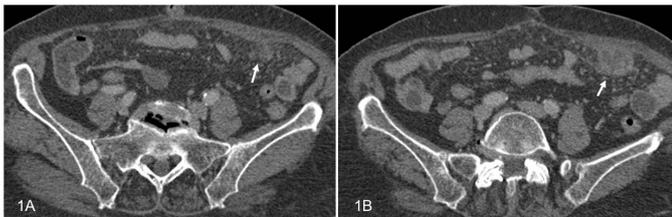
XREF

#### CITA ESTE TRABAJO

García Espinosa J, Martínez Martínez A, Moya Sánchez E. Infarto omental primario localizado en flanco izquierdo complicado con absceso y fistulización a pared abdominal. Cir Andal. 2018;29(3):279-281

de peritonismo. No presentaba fiebre, taquicardia ni taquipnea. Analíticamente destacaba PCR de 157 y leucocitosis de 21.700 con 90% de polimorfonucleares.

Se solicitó TC abdominopélvica (Figura 1) que mostró aumento de la densidad y trabeculación del tejido graso omental en flanco izquierdo (flecha en figura 1A) y una colección líquida abscesificada en dicha localización (flecha en figura 1B). El diagnóstico radiológico inicial fue de probable lesión neoplásica omental. Por este motivo se solicitó biopsia ecoguiada de la lesión.



**Figura 1**

TC abdominopélvica con contraste i.v. que muestra aumento de la densidad y trabeculación del tejido graso omental en flanco izquierdo (flecha en 1A) y una colección líquida abscesificada en dicha localización, profunda al músculo recto izquierdo de la pared abdominal (flecha en 1B). TC abdominopélvica con contraste i.v. que muestra aumento de la densidad y trabeculación del tejido graso omental en flanco izquierdo (flecha en 1A) y una colección líquida abscesificada en dicha localización, profunda al músculo recto izquierdo de la pared abdominal (flecha en 1B).

Al tercer día de ingreso empeoró el estado general apareciendo sudoración, palidez, hipotensión (68/48), taquicardia con frecuencia cardíaca de 100 lpm, oligoanuria y fiebre de 38,5°C. En la analítica de control se evidenció aumento de la PCR de hasta 266. Ante la clínica de shock séptico ingresó en la UCI, donde se trató con perfusión de noradrenalina a 6 mL/h, que fue reduciéndose hasta su estabilización y con antibioterapia empírica.

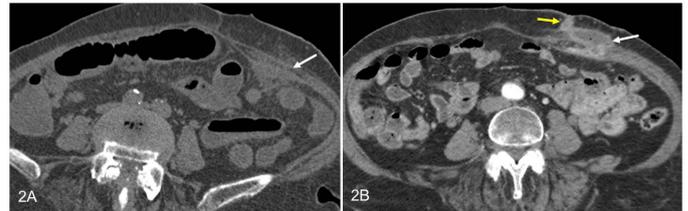
Se solicitó resonancia magnética (RM) de abdomen urgente en la que se observó una colección líquida abscesificada en omento mayor, con restricción de la difusión y realce en anillo, sin evidencia de masa sólida. Ante la clínica de la paciente y la evolución de la imagen, el diagnóstico radiológico fue de absceso omental, quedando prácticamente descartada la posibilidad de neoplasia.

Se realizó tratamiento conservador con antiinflamatorios y antibioterapia así como punción-drenaje ecoguiada de la colección. El estudio citológico reveló cambios inflamatorios con ausencia de células neoplásicas.

La paciente respondió adecuadamente al tratamiento dándose de alta tras diecinueve días de ingreso hospitalario. Previo al alta se realizó colonoscopia para descartar origen neoplásico o diverticular del cuadro, la cual fue normal.

Un año más tarde se solicitó TC abdominopélvica por otro motivo encontrándose trabeculación de la grasa omental en flanco izquierdo y alteración de la densidad en el espesor del músculo recto izquierdo del abdomen, sin evidencia de colecciones líquidas definidas (Figura 2A).

Dos años después y debido a la aparición de abscesos de pared abdominal de repetición se solicitó una nueva TC abdominopélvica (Figura 2B) para valorar una posible causa intraabdominal subyacente. Dicho estudio mostró una colección líquida abscesificada localizada en el espesor de la pared abdominal en flanco izquierdo (flecha en figura 2B) que presentaba un trayecto fistuloso hacia la piel (flecha amarilla en figura 2B). Se revisaron los TC realizados en los últimos dos años y dada la evolución radiológica, el diagnóstico fue de infarto omental complicado con absceso y con fistulización hacia la piel.



**Figura A**

TC abdominopélvica sin contraste i.v. que muestra trabeculación de la grasa omental en flanco izquierdo y alteración de la densidad en el espesor del músculo recto izquierdo del abdomen, sin evidencia de colecciones líquidas definidas (flecha). 2B: TC abdominopélvica con contraste i.v. Colección líquida abscesificada localizada en el espesor de la pared abdominal en flanco izquierdo (flecha) que presenta un trayecto fistuloso hacia la piel (flecha amarilla).

Se trató con ciprofloxacino 500 mg durante dos semanas de forma ambulatoria. En la revisión se objetivó la persistencia de un pequeño orificio fistuloso en pared abdominal, con débito purulento mínimo y sin signos de abscesificación ni otra sintomatología. Se optó por tratamiento conservador con curas locales periódicas y seguimiento por médico de AP no habiendo aparecido nuevas complicaciones.

## DISCUSIÓN

El omento mayor es un pliegue peritoneal que se continúa con las capas peritoneales viscerales del estómago y el colon transversal. Contiene grasa y vasos sanguíneos y a menudo sirve para contener la propagación de infecciones intraperitoneales<sup>1</sup>. El infarto omental primario suele ser un infarto hemorrágico resultante de un compromiso vascular. Es una entidad rara debido a la presencia de abundantes vasos colaterales omentales y, en la mayoría de los casos, se produce en fosa ilíaca o flanco derechos ya que, en esta localización, el omento tiene un menor suministro de sangre<sup>2</sup>. La localización en flanco izquierdo es rara y ocurre más frecuentemente en el contexto de cirugía previa o traumatismos en los que se ve alterado el suministro vascular<sup>2</sup>.

En algunas ocasiones, el infarto omental está en relación con una disminución combinada del flujo arterial y venoso, lo cual se produce en estados de hipercoagulabilidad, insuficiencia cardíaca congestiva y vasculitis<sup>2</sup>. En raras ocasiones se ha descrito en corredores de maratón debido a la disminución de flujo en el omento<sup>2</sup>.

El infarto omental secundario puede ocurrir tras una lesión traumática, tras un acto quirúrgico o secundario a un proceso inflamatorio o infeccioso abdominal<sup>1</sup>. En nuestro caso no existían estos antecedentes.

Clínicamente se manifiesta como dolor de inicio subagudo sin asociar otros síntomas gastrointestinales y la fiebre suele estar ausente. Al no presentar síntomas específicos suele confundirse con otras causas de abdomen agudo como apendicitis aguda, colecistitis o diverticulitis por lo que, en la mayoría de los casos, el diagnóstico es radiológico. Analíticamente se observa leucocitosis con desviación izquierda<sup>3</sup>.

La TC abdominopélvica es la técnica de elección para su diagnóstico. Los hallazgos más comunes son la trabeculación o aumento de densidad de la grasa omental o la presencia de una masa grasa encapsulada, normalmente mayor de 5 cm, en tejido graso omental adyacente al colon ascendente. La pared del colon no suele estar afectada, lo que ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios colónicos. La torsión omental es una causa rara de infarto del omento que ocurre cuando una porción del epiplón se retuerce sobre sí misma, lo que da lugar a un compromiso vascular. En estos casos la TC abdominopélvica mostrará el *“signo del remolino”* en el omento causado por la presencia de vasos torsionados<sup>2</sup>.

En ecografía puede observarse aumento focal de la ecogenicidad del tejido graso omental<sup>1,4</sup>.

En escasas ocasiones el infarto omental puede infectarse y evolucionar hacia un absceso, como ocurrió en nuestro caso, requiriendo drenaje o tratamiento quirúrgico. También puede simular una lesión neoplásica, siendo necesario un estudio anatomopatológico y/o una exploración laparoscópica<sup>4</sup>.

El tratamiento de elección del infarto omental no complicado es conservador con analgésicos y antiinflamatorios siendo una afección autolimitada que suele resolverse de forma espontánea. En los raros casos en los que el tratamiento conservador falla y se desarrolla un absceso, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica con abordaje laparoscópico o el drenaje guiado por técnicas de imagen (TC o ecografía)<sup>5</sup>. La complicación con absceso es más frecuente en aquellos pacientes sometidos a tratamiento conservador. La resección laparoscópica del epiplón afectado proporciona un tratamiento definitivo con una hospitalización breve y una recuperación rápida<sup>5</sup>.

## CONCLUSIÓN

El TFS es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, normalmente de origen pleural. Es importante conocer que podemos encontrarlo en localizaciones extrapleurales como es el caso de la axila o la mama.

El diagnóstico preoperatorio es complejo y frecuentemente se realiza tras la resección quirúrgica, pero hay hallazgos radiológicos propios aunque inespecíficos y marcadores histológicos característicos que en conjunto apoyan el diagnóstico y condicionan el mejor abordaje terapéutico de esta lesión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aya Kamaya, Michael P. Federle, Terry S. Desser. Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics. *Radiographics* 2011;31:2021-34
2. Jeon YS, Lee JW, Cho SG. Is it from the mesentery or the omentum? MDCT features of various pathologic conditions in intraperitoneal fat planes. *Surg Radiol Anat* 2009;31(1):3-11.
3. Wiesner W, Kaplan V, Bongartz G. Omental infarction associated with right-sided heart failure. *Eur Radiol* 2000;10(7):1130-2.
4. Singh AK, Alhilali LM, Gervais DA, Mueller PR. Omental infarct: an unusual CT appearance after superior mesenteric artery occlusion. *Emerg Radiol* 2004;10(5):276-8.
5. Ahmed Abdul Aziz, Tamer El Zalabany, Abdul Rahim Al Sayed, Ahmed Al Ansari. Idiopathic omental infarction diagnosed and managed laparoscopically: a case report. *Case reports in surgery* 2013.