

<b>Caso</b>	(259) Infarto omental como causa poco frecuente de dolor abdominal agudo.
<b>Autores</b>	Filip Jacek Gwiazdowski, Gloria Reina Muñoz, Antonia Mora Jurado
<b>Centro</b>	Hospital Infanta Elena

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente intervenido hace 19 días de hemicolectomía derecha por neoplasia del colon, que acude al servicio de urgencias por fiebre y dolor en hipocondrio derecho. En la analítica se detecta leucocitosis con PCR aumentada.

Se solicita TC de abdomen con contraste intravenoso para descartar complicaciones postquirúrgicas o colecistitis aguda.

En el TC de abdomen se aprecia una colección con paredes bien definidas, de densidad heterogénea (áreas de densidad líquido y densidad grasa intercaladas), un nivel grasa/líquido en su zona contra declive así como algunas burbujas de gas en su espesor. Muestra un efecto masa sobre las estructuras adyacentes.

Dichos hallazgos son sugestivos de un infarto omental secundario al procedimiento quirúrgico previo, con datos radiológicos y analíticos sugestivos de sobreinfección.

Se ingresa al paciente y se decide drenaje de la colección en nuestro servicio bajo control ecográfico, obteniendo material graso-purulento.

Tras la disminución del débito de drenaje durante los siguientes días se programa intervención quirúrgica, donde se detecta una colección organizada firmemente adherida a las asas de intestino delgado, duodeno y epiplón mayor, compuesta por pus y fragmentos de epiplón mayor necrosado.

Una semana más tarde, el paciente es dado de alta con buen estado general.

## DISCUSIÓN

El infarto omental es una causa poco frecuente de dolor abdominal agudo.

Presenta una clínica poco específica con dolor a nivel de hemiabdomen derecho (o izquierdo con menor frecuencia), que puede irradiarse hacia zona lumbar. En la mayoría de los casos no asocia fiebre, alteraciones analíticas ni otros signos gastrointestinales.

El infarto omental primario está causado por una torsión del omentum lo que provoca un compromiso arterial y/o venoso. La torsión en la mayoría de los casos sucede en el margen derecho del omentum dado su mayor longitud y movilidad.

El infarto secundario está relacionado con antecedentes traumáticos, quirúrgicos, procesos inflamatorios o infecciosos a nivel loco-regional. En este caso, suele localizarse en la región donde apareció el factor nocivo.

En el estudio ecográfico se presenta como un área de ecogenicidad aumentada localizada en la grasa omental.

En la tomografía computarizada se observa un área mal definida con aumento de atenuación, que con el tiempo forma un anillo/cápsula hiperdensa. Por la licuefacción de la grasa necrótica se puede observar un nivel grasa-líquido.

Las principales complicaciones del infarto omental son la sobreinfección y la obstrucción intestinal.

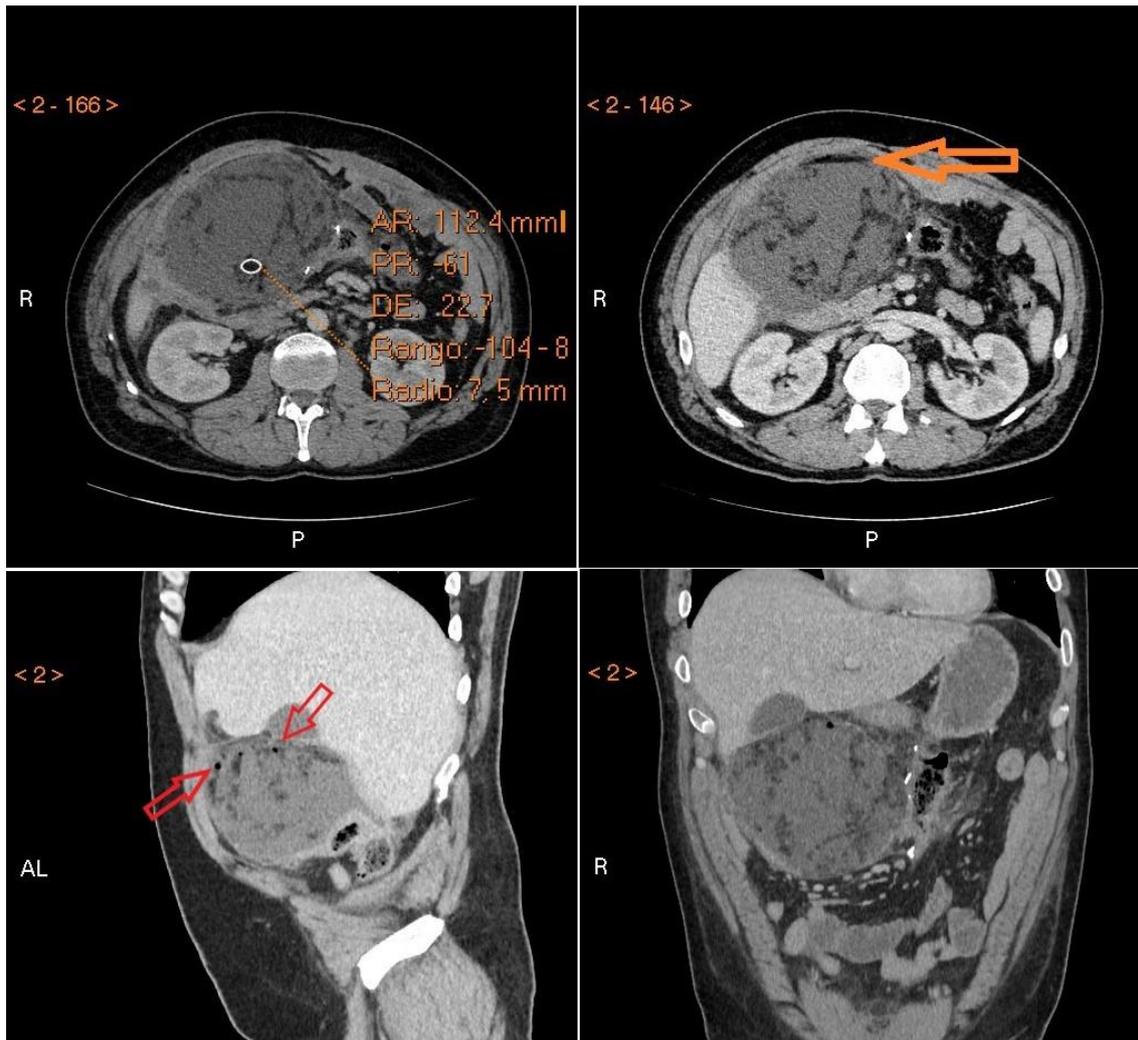
El diagnóstico diferencial incluye:

- apendagitis epiploica: de predominio izquierdo y con dependencia del colon, habitualmente de menor tamaño, con un área central de densidad grasa preservada.
- paniculitis mesentérica: con afectación de la grasa mesentérica.
- procesos inflamatorios agudos: como colecistitis, apendicitis o diverticulitis.

## **CONCLUSIÓN**

El infarto omental es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo. Normalmente se trata de una patología autolimitada, que se suele manejar mediante tratamiento conservador.

El principal papel del radiólogo es realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras patologías más graves, que necesiten tratamiento quirúrgicos urgentes; así como detectar posibles complicaciones asociadas al infarto omental.



Área de densidad grasa (imagen superior izquierda). Nivel grasa-líquido (imagen superior derecha, flecha naranja). Burbujas de gas dentro de la colección (imagen inferior izquierda, flechas rojas).

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Kamaya A, Federle MP, Desser T. Imaging Manifestations of Abdominal Fat Necrosis and Its Mimics. *RadioGraphics*. 2011;31:7. <https://doi.org/10.1148/rg.317115046>
- 2) Singh A, Gervais DA, Hahn P, Sagar P, Mueller P, Novelline R. Acute Epiploic Appendagitis and Its Mimics. *RadioGraphics*. 2005;25:6,1521-1534. <https://doi.org/10.1148/rg.256055030>
- 3) Pereira JM, Sirlin C, Pinto PS, Brooke Jeffrey R, Stella D, Casola G. Disproportionate Fat Stranding: A Helpful CT Sign in Patients with Acute Abdominal Pain. *RadioGraphics*. 2004;24:3. <https://doi.org/10.1148/rg.243035084>
- 4) Grattan-Smith JD, Blews DE, Brand T. Omental Infarction in Pediatric Patients: Sonographic and CT Findings. *American Journal of Roentgenology*. 2002;178:1537-1539. [10.2214/ajr.178.6.1781537](https://doi.org/10.2214/ajr.178.6.1781537)