

SOBRE LA TORSION DEL GRAN OMENTO

por el doctor

MANUEL CORACHÁN

Cirujano numerario del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo

Denomina HERTZLER *torsión del gran omento* a la rotación del epiplon mayor alrededor de su eje longitudinal, en grado suficiente para producir trastornos circulatorios. Puede torsionarse todo el omento, puede torsionarse sólo una parte.

Esta afección se encuentra asociada en muchos casos con una hernia, sin que se pueda deslindar bien el papel desempeñado por la misma. Frecuentemente la torsión parece facilitada por antiguas adherencias viscerales, o por tumores del abdomen.

No nos entretendremos a considerar el sin fin de clasificaciones que se han propuesto para facilitar el diagnóstico de la torsión del omento, en su mayoría basadas en si existe o no existe hernia y en si ésta tiene o no relación con la torsión, y nos limitaremos a emplear la distinción clínica de BUFALINI en lo relativo a la sintomatología, sirviéndonos de la de LEJARS para la orientación diagnóstica, por creer que son las dos únicas que tienen una verdadera utilidad práctica.

El diagnóstico exacto de la afección que nos ocupa se hace raramente antes de la intervención quirúrgica, por lo que desde el punto de vista sintomatológico, y teniendo en cuenta los diagnósticos clínicos equivocados que se hacen en presencia de una torsión del epiplon mayor, BUFALINI distingue dos grupos de casos clínicos; unos con sintomatología *pseudo-herniaria*, otros con sintomatología *pseudo-apendicitica*.

La torsión íntimamente ligada con una hernia, ocurra en el abdomen o dentro del saco herniario, da el cuadro clínico de la estrangulación herniaria: después de un esfuerzo, aparecen súbitamente dolores, al principio localizados, y después irradiados a todo el abdomen y acompañados de vómitos que cesan frecuentemente al cabo de algunas horas. El enfermo no expela materias fecales, pero sí gases. La facies del enfermo no está muy alterada. A la exploración se encuentra en unos casos simplemente una hernia dolorosa, irreductible, de grueso pedículo también doloroso, mate a la percusión y con ligero meteorismo abdominal; sintomatología que induce generalmente a formular el diagnóstico de epiplocele estrangulado. En otros casos, se junta a estos datos clínicos la existencia

de una tumoración abdominal dolorosa, que orienta el diagnóstico hacia una torsión de epiplon. Cuando no hay tumor abdominal, la lesión anatómica puede ser una torsión intrasacular o una torsión abdominal; cuando existe tumor en el abdomen siempre se trata de una torsión abdominal.

En las dos siguientes historias clínicas puede verse con claridad cada uno de estos dos tipos de torsión del omento, de sintomatología *pseudo-herniaria*.

Historia clínica, núm. 1639/C.—Ramón S..., natural de Puigreig, (provincia de Barcelona), de 38 años de edad, casado. Ingresa en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo el día 12 de Noviembre de 1928.

Antecedentes personales: Resfriados muy frecuentes con tos y expectoración. Presenta desde su infancia una hernia inguinal derecha que le ha producido pocas molestias.

Enfermedad actual: Hace 4 días, después de un esfuerzo nota que no puede reducir su hernia, presentando al propio tiempo dolor en la región herniaria. No ha tenido vómitos. La última deposición data de dos días, en que expulsó además gases.

Exploración: Tumoración en región inguino-escrotal derecha, dolorosa e irreductible, mate a la percusión.

Diagnóstico clínico: Hernia epiploica inguinal derecha estrangulada. Se interviene el mismo día de haber ingresado en la Clínica.

Raquianestesia.

Después de incidir las capas superficiales se confirma el diagnóstico de hernia inguinal derecha, oblicua externa. El saco es ancho y, al parecer, contiene epiplón; al abrirlo sale una pequeña cantidad de líquido y se exterioriza el contenido, que está constituido exclusivamente por epiplón, de un color amarotado pálido. Al tirar ligeramente del epiplón, después de seccionar el anillo inguinal interno que le estrangula, se nota resistencia a la tracción; una exploración cuidadosa muestra que el epiplón del saco se continúa con una masa epiploica intraabdominal laxamente adherida al peritoneo parietal. Se prolonga la incisión hacia arriba y afuera, seccionando el oblicuo mayor y el transverso perpendicularmente a sus fibras, e introduciendo la mano a través de la herida, a fin de practicar una buena exploración, se encuentra una masa de epiplón aglomerada, que, una vez desprendida de sus adherencias, es posible extraer, apreciándose que está formada por epiplón arrollado, pronto a esfacelarse y con fetidez manifiesta. La zona de torsión, muy poco extensa, formaba como un cuello en el que el epiplón estaba arrollado dando cuatro vueltas de espiral.

Sección del epiplón en tejido sano, por encima de la zona de torsión y ligadura del mismo. Aislamiento del saco y sutura. Sutura del oblicuo mayor y el transverso. BASSINI con crin y catgut y cierre sin drenaje.

Alta, curado, el 6-XII-28.

Historia clínica núm. 1703, libro IV.—F. R. de M., de 39 años, ingresa en la clínica particular el día 21 de noviembre de 1929.

Antecedentes hereditarios sin importancia. Menarquia a los 12 años. No ha tenido hijos ni abortos.

Apendicitis a los 33 años operada con éxito.

Desde joven aqueja un dolor en la fosa ilíaca derecha que aumenta con la fatiga.

Hace 5 días dolor hipogástrico que cesa espontáneamente. Repite a las dos horas durando toda la noche, sin vómitos. Con el reposo se alivia el dolor. Permanece 4 días sin expulsar gases ni heces fecales, y finalmente aparecen vómitos. Con inyecciones de peristaltina se restablece momentáneamente la circulación intestinal, pero persisten los vómitos, que son porráceos. Se traslada la enferma a Barcelona.

Al explorarla, se encuentra una tumoración dolorosa e irreductible en la región inguinal izquierda. Abdomen meteorizado, con defensa muscular; a la palpación dolor generalizado, más acentuado en la fosa ilíaca izquierda, donde se encuentra una gran tumoración.

Diagnóstico clínico: Posible torsión intra-abdominal del epiplón, con hernia inguinal irreductible.

Intervención: Anestesia general. Laparotomía media infraumbilical. La fosa ilíaca izquierda se halla completamente ocupada por una masa epiploica casi gangrenada por torsión de la misma. El epiplón está adherido al anillo inguinal interno pero las vueltas de torsión asientan por encima de él. Líquido sero-hemático y fétido en peritoneo libre. Se extirpa todo el epiplón mayor, seccionándolo inmediatamente por debajo del colon transversal y por encima del anillo inguinal interno; se deja el epiplón contenido en la hernia para extirparlo por vía inguinal. Se cierra el abdomen con puntos entrecortados de hilo de bronce de aluminio, dejándose un MIKULICZ en su parte inferior.

Inmediatamente se procede a la cura de la hernia inguinal; se trata de una hernia oblicua externa que contiene en su saco el trozo de epiplón esfacelado, que es extirpado. Ligadura y sección del saco. Sutura en dos planos.

Curso post-operatorio: Normal. Se quita el MIKULICZ a los 8 días. Los puntos metálicos a los 17. Sale con una eventración en la parte inferior de la cicatriz, por lo que es intervenido al cabo de cierto tiempo, con resultado satisfactorio.

En la variedad pseudo-apendicitica, los síntomas son los que corresponden a una crisis abdominal aguda pronunciada, siendo el diagnóstico en estos casos difícilísimo. Únicamente la laparatomía puede mostrarnos la verdadera naturaleza del proceso.

La razón del porqué BUFALINI llama a estas modalidades clínicas, torsiones con sintomatología pseudo-apendicitica, es porque en la mayoría de casos se hace y se interviene con el diagnóstico de apendicitis. En algunas ocasiones, la torsión omental da lugar a un tumor abdominal que parece adherido a la pared y, como da la sensación de empastamiento, se le ha comparado a un plastrón apendicular;

este plastrón asienta en general a la derecha; de aquí una razón de más para confundirlo con el correspondiente a una apendicitis.

El siguiente caso clínico confirma esta semejanza.

Historia clínica núm. 1910/C.—Antonia B., natural de Barcelona, de 22 años de edad, soltera. Ingresa en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, sala de San Zacarías, núm. 12, el día 21 de mayo de 1929.

Antecedentes individuales: Menstruación a los 13 años, tipo 28/4. Desde hace un año, 8 días antes del período menstrual siente dolor en el costado izquierdo, con vómitos alimenticios y biliosos, que calman al terminar el período menstrual.

Enfermedad actual: El día 12 de mayo, después de una crisis de vómitos y diarrea que duró una noche entera, le aparece súbitamente un dolor en la fosa ilíaca derecha, acompañado de escalofríos, fiebre y vómitos.

Falta de deposiciones y de gases durante 3 días. Cede el cuadro a los 4 días, quedando bien al sexto día.

Ningún síntoma en el aparato urinario.

Exploración: Ligero dolor a la presión en la parte derecha del abdomen. Dolor máximo en el punto de MACBURNAY. El resto del abdomen es normal. Por tacto rectal se provoca dolor hacia la derecha.

Examen radiológico (27-V-1929): Retención marcada de la papilla en ileon a las 8 horas. Apéndice visible, luz normal, desviado a la izquierda, fijo y doloroso a la presión. Ciego de contorno regular y poco movable por palpación.

Contaje de leucocitos: 10.000 por mm. c.

Diagnóstico clínico: Apendicitis dudosa.

Intervención (31-V-1929): Anestesia general con éter (OMBREDANNE). Laparotomía media infraumbilical. Se encuentra un plastrón de adherencias, con aspecto caseoso, en la pared de la fosa ilíaca derecha, rodeado de varias asas de intestino delgado, que le limitan. Estas asas se desprenden con relativa facilidad, por medio de una disección obtusa. Las asas despegadas sangran bastante.

Aisladas las asas queda una masa piriforme semi-necrosada y caseosa que resulta ser un fragmento de epiplón, cuyo pedículo, da 5 o 6 vueltas en espiral, y llega hasta el ángulo hepático del colon. Apéndice sano en situación interna transversal.

Se extirpa el epiplón por encima de la torsión. Apendicectomía subserosa con invaginación del muñón, que se protege con el meso. Cierre de la pared en 4 planos, dejando un drenaje con tubo y gasas, en el DOUGLAS, lejos de las asas intestinales desperitoneizadas, que ya no sangran, no peritoneizándose debido a la poca extensión de la superficie desnuda. El drenaje se coloca por temor a una infección del campo operatorio producida por el esfacelo del epiplón torsionado.

La pieza patológica se presenta como una masa piriforme de unos 15 cms. de longitud, con aspecto necrosado, caseoso. El pedículo está formado por unas 6 vueltas de torsión.

En el examen microscópico, se ven varias hojas de epiplón, con tejido fibroso, infiltrado de células linfoblásticas.

Lo más importante en estos casos clínicos de sintomatología pseudo-apendicitica, es sentar la indicación de una intervención quirúrgica urgente, que es la que se impone siempre delante de un *abdomen agudo*.

* * *

Los cuadros clínicos que acabamos de exponer nos indican cuán difícil es el diagnóstico, incluso en los casos típicos. Para hacer un buen diagnóstico diferencial, nos será útil considerar aparte los tres casos que corresponden a la clasificación de LEJARS.

a) Torsión abdominal combinada con una hernia irreductible.

b) Torsión abdominal con un saco herniario vacío.

c) Torsión sin hernia.

Si además suponemos con AIMES que existe una torsión intraabdominal combinada con una torsión intrasacular, podremos considerar otro caso:

d) Torsión abdominal, con torsión intrasacular.

* * *

a) *Torsión abdominal con hernia irreductible:* El enfermo presenta síntomas herniarios y nos pasa inadvertida la torsión abdominal. En este caso, hemos de recordar, que cuando una hernia epiploica estrangulada da síntomas muy marcados, debe pensarse en una torsión de omento, y que la torsión de epiplón se distingue de una estrangulación sencilla, porque la primera produce una masa tumefacta que se extiende hacia arriba en dirección del anillo interno, en tanto que la última produce sus trastornos dentro del anillo inguinal.

b) El enfermo presenta una sintomatología abdominal y la hernia pasa inadvertida por no estar tumefacta. En este caso es la apendicitis la afección con que más frecuentemente se la confunde: el mismo principio súbito después de crisis sucesivas, sitio frecuente de la torsión en la fosa ilíaca derecha, tumefacción en forma de empastamiento, etc., etc. Pero, como hace observar muy bien LEJARS, esta tumoración es demasiado voluminosa para haberse desarrollado tan rápidamente; dada su reciente aparición, tendríamos que pensar en su absceso considerable para justificarla, y entonces existirían dolores vivos, reacción local y general más marcadas. Ahora bien, en la torsión, la temperatura no está muy elevada, el pulso no tiene la rapidez que tendría en un caso de absceso tan voluminoso, no existen vómitos y el estado general está poco afectado. Además, el dolor no asienta exactamente en el punto de MAC BURNEY; el tumor es más regularmente redondeado, más superficial, más cercano a la pared que un plastrón apendicular.

c) El enfermo presenta una tumoración abdominal; el diagnóstico es difícilísimo. Los accidentes comienzan súbitamente con un tipo de peritonitis con sub-oclusión y, se puede confundir con cualquiera otra torsión, pues todas tienen la misma sintomatología: la confusión es fácil por ejemplo con la torsión de un quiste ovárico; las dificultades aumentan cuando coincide, como en el caso de PAYR, la torsión del omento con la de un quiste del ovario. Un fibroma pediculado puede dar lugar al mismo error. En el caso de POLLIDORI, se hizo el diagnóstico de oclusión intestinal; este diagnóstico

puede ser eliminado porque la detención de materias fecales y gases no es, salvo raros casos, total. El síndrome dado por una torsión es más bien de sub-oclusión que de verdadera oclusión.

Por último, en estos mismos casos de torsión sin hernia, la confusión es posible con una tiflitis, un vólvulus, una invaginación intestinal, un tuberculoma del ciego, torsión de un testículo ectópico, una colecistitis, una hernia de la vejiga. De todas maneras, los enfermos han beneficiado siempre de estos errores de diagnóstico, pues creyendo estar en presencia de una apendicitis, de una estrangulación o de una oclusión, se les ha operado de urgencia, con todas las posibilidades de una curación.

d) Finalmente el enfermo puede presentar una tumoración herniaria y una tumoración abdominal, en mayor o menor relación una con otra. Este es el único caso en que el médico tiene una verdadera orientación diagnóstica, que ayudará a aclarar el hecho, de tratarse de una estrangulación herniaria de tipo epiploico, o sea, con sintomatología apagada, y el hecho de presentar un gran plastrón abdominal de aparición rápida.

Pronóstico. — Operada precozmente, la torsión del gran omento no comporta un pronóstico grave; abandonada a sí misma, entre otras complicaciones tales como, trombosis, hemorragias, supuración, etc. se puede observar la ruptura del pedículo, como sucedió en un caso de WIESINGER, en el cual la laparotomía permitió el hallazgo en la región ileocecal, de un tumor omental del tamaño de la cabeza de un feto, adherente a las asas intestinales, en vías de necrosis, y cuyo pedículo estaba completamente seccionado.

Otras posibles complicaciones, son por ejemplo: estenosis extrínsecas del intestino con verdaderos fenómenos de oclusión; DONAT, habla de peritonitis; pero para que se presente ésta, no basta el hecho mecánico de la oclusión, sino que es necesaria la presencia de gérmenes. También han sido observadas graves hematemesis y melenas, debidas a la presencia de ulceraciones del estómago y del colon, producto a su vez de las compresiones vasculares y trombosis epiploicas, tal como pudo comprobarse en las necropsias de los casos de EISELBERG y MORESCO.

Como puede verse, pues, el pronóstico de esta afección depende de la precocidad de la intervención. De 66 casos reunidos por LEJARS, fallecieron 7; y aun de estos últimos hay que hacer constar que tres murieron después de la operación, debido a complicaciones accidentales.

Tratamiento. — El único tratamiento de la torsión del omento, es la intervención quirúrgica, que debe ser precoz para impedir la aparición del esfacelo de la masa epiploica arrollada.

En cuanto a la técnica a seguir, debemos decir, que siempre que en una intervención se descubra un

omento torsionado, debemos aislar la masa epiploica enferma y extirparla.

La simple destorsión no basta; no ha sido aplicada sino en rarísimas ocasiones, como en el caso de ERTÉL y en el más reciente de LAMAS. En este último caso, el epiplón pudo desenrollarse sin ningún esfuerzo, no quedando más vestigio que un despedido del epitelio de su hoja posterior.

Una vez reseca la porción epiploica arrollada, es preciso proceder a una cuidadosa exploración de toda la cavidad abdominal, al efecto de que no pasen inadvertidas lesiones concomitantes tales como, tumores y procesos inflamatorios que a menudo predisponen a la torsión y que, por tanto, coexisten con ella: *quistes, apendicitis, salpingitis, tumores del epiplón*, etc. En el caso de FOSTER, la torsión fué atribuida a la inflamación del apéndice, que fué extirpado al mismo tiempo que reseca el epiplón

La mortalidad operatoria, como ya dijimos al hablar del pronóstico de esta afección, es muy pequeña si se interviene precozmente.

RÉSUMÉ

Exposition d'histoires cliniques de différent types de torsion du grand omentum, déduisant que le plus important dans les cas cliniques de symptomatologie pseudo-apendiciteuse, est d'établir l'indication d'une intervention urgente tel qu'il convient dans tous les cas d'abdomen aigu.

SUMMARY

Exposition of clinical histories about different types of the great omentum's torsion, deducing that in the cases of pseudo-apendiciteuse symptomatology the most important fact is to establish the indication of an urgent intervention, such as is convenient in all the cases of acute abdomen.