

Torsión del epiplon y apendicitis aguda

por el doctor

Pí Figueras

de Barcelona.

La torsión total o parcial del omento mayor, si bien no puede considerarse como una afección excepcional, es de una relativa rareza.

En 1926, AIMES pudo reunir 122 observaciones publicadas. MORRIS, en una estadística hecha a fines de 1931, reúne 164 casos. Es muy posible, como recientemente hacen notar FARR y BACHMANN, que todos los cirujanos de experiencia hayan tenido algún caso, pero pocos son los publicados. Repasando la literatura posterior a la publicación de MORRIS, hemos encontrado 27 casos más que en total darían 191 observaciones de torsión del epiplon. En la literatura española he encontrado 3 casos de mi querido maestro el Dr. CORACHÁN y 7 de PÉREZ CUADRADO. Bajo el punto de vista etiológico podemos dividir las torsiones del epiplon en 1.º, idiopáticas, sin causa aparente y 2.º, secundarias a otros procesos, todas como procesos inflamatorios, neoplásicos y hernias.

La torsión puede ser total o parcial, es decir, comprender el epiplon en su totalidad o solamente una parte del mismo.

Desde el punto de mira del diagnóstico diferencial creo que la división más útil es la que considera dos grandes grupos de torsión del epiplon: 1.º, torsiones en

casos en que existe hernia (sea la torsión intrasacular o intraabdominal o las dos cosas a la vez), y 2.º, torsiones intraabdominales sin hernia. Según MORRIS en el primer grupo se incluirán un poco más de la mitad de los casos (53 %).

El diagnóstico de los casos de torsión epiploica coexistente con hernia es en general relativamente fácil. No quiero ocuparme aquí de su sitomatología y divisiones, que por otra parte están bien descritos en varias publicaciones.

* * *

Las torsiones del epiplon sin hernia pueden ser, como dijimos, idiopáticas, sin causa aparente, o consecutivas a lesiones abdominales de diferentes tipos. En general, es frecuente que exista una adherencia que actúe de pedículo inferior. En otros casos la torsión es sintomática y consecutiva a un proceso del propio epiplon: sea de tipo inflamatorio, epiploitis crónica; sea natural.

Estas torsiones parecen ser más frecuentes en el hombre que en la mujer; acostumbra a observarse en individuos obesos o por lo menos bien nutridos.

La sintomatología—que la brevedad del tiempo reservado a una comunicación no me permite describir con detalle—puede esquematizarse así: proceso abdominal agudo, casi sin excepción en lado derecho, con dolores en general discretos, contractura muscular en el cuadrante infraumbilical derecho por regla general o tumoración que fácilmente se confunde con un plastrón inflamatorio en dicha región. La temperatura suele elevarse poco (37'5-38'5); pulso de frecuencia moderada, alrededor de 100; hiperleucocitosis con polinucleosis. El cuadro no puede ser más semejante al de una apendicitis aguda, en especial cuando la grasa y la contractura parietal borran la tumoración, que si es apreciable a las primeras horas de la crisis aguda, puede orientar el diagnóstico. Para FARR y BACHMANN la ausencia de náuseas y vómitos sería un dato a favor de la torsión. Aún reconociendo la extraordinaria fragilidad de este dato, he de hacer constar que en mi caso no se presentaron, con todo y existir una doble lesión.

La dificultad diagnóstica de la torsión del omento mayor sube de punto si como en nuestro caso la laparatomía demuestra la coexistencia de los dos procesos cuya clínica es tan análoga.

El caso por nosotros observado es el siguiente:

Historia clínica.—A. S., de 22 años, soltero. Sin antecedentes familiares ni personales dignos de mención. Bien nutrido, con tendencia a la obesidad.

Enfermedad actual: hace cosa de un año tuvo durante unos días un ligero dolorimiento abdominal al que no concedió importancia. Pasado a los pocos días, no volvió a sentir molestias. El día antes de su ingreso y estando en su trabajo de carretero, notó un dolor en la fosa

ilíaca derecha al que de momento no dió importancia y siguió trabajando; el dolor abdominal le hacía andar algo encorvado. Pasa la noche intranquilo y al día siguiente se hace el dolor más persistente y más intenso, con la misma localización en la fosa ilíaca derecha. No ha tenido ningún vómito. El día de la crisis deposición normal.

La exploración en el momento en que le veo por primera vez (a las 28 horas de iniciarse el cuadro) da los siguientes datos. Enfermo robusto, buen aspecto general. Temperatura 38°; pulso 100. El vientre poco distendido; hay una defensa muscular bien precisa en la fosa ilíaca derecha y en la porción derecha de la región umbilical; dolor muy manifiesto a la presión en estas regiones, en especial a nivel del punto de MAC BURNEY. Tacto rectal: porción derecha del DOUGLAS netamente dolorosa.

Ante estos datos y de acuerdo con el médico de cabecera, doctor PAÑELLA, hacemos el diagnóstico de apendicitis aguda y recomendamos la intervención quirúrgica inmediata, que es aceptada.

Se le practica un sondaje y fórmula leucocitaria que da una leucocitosis de 10.5000 con un porcentaje de 82 polinucleares.

Operación (8 de la noche del 8 enero 1932). A las 30 horas de iniciado el cuadro: Anestesia general etérea (con el aparato de OMBREDANNE). Incisión de MAC-BURNEY. Abierto el peritoneo nos aparece en el campo epíplon fuertemente cianótico; el peritoneo parietal de fosa ilíaca que contacta con dicho epíplon, *sin que entre ambos haya adherencia alguna*, nos aparece con un punteado hemorrágico. Levantamos el epíplon y aparece un apéndice de situación posterior, edematoso, congestionado y engrosado; adherido a la pared del ciego. Apendicectomía empezando por la liberación, ligadura y sección de la base. Invaginación del muñón y protección con el suero-apéndice. Al reconocer el epíplon alterado y exteriorizado con objeto de proceder a su resección, pues de momento creíamos en un simple proceso de epíploitis consecutivo a la flogosis apendicular, aparece dicho epíplon pediculado y con una torsión en varias espiras. Al objeto de reconocer y tratar mejor la lesión hacemos una incisión transversal partiendo del punto medio de la incisión de MAC-BURNEY. Entonces exploramos con detalle la torsión del epíplon que comprende toda la mitad derecha del omento mayor y procede-

mos a la ligadura por encima de la torsión y a la resección del mismo. Cierre completo de la pared por planos con catgut.

Pieza patológica: Apéndice engrosado, edematoso, congestionado. Abierto, aparece una mucosa con punteado hemorrágico y fuertemente congestionada. El análisis histológico nos muestra hipertrofia folicular; gran reacción leucocitaria en la submucosa; embolias capilares. La serosa y la muscular aparecen también con infiltrado leucocitario menos abundante.

El epiplon reseca está constituido por una masa cianótica piriforme, muy engrosada, dura, con un pedículo formado a expensas del mismo epiplon en el que aparecen 4 vueltas de espira. Hay zonas equimóticas extensas; no hay ninguna de necrosis. El examen histológico demuestra una infiltración peri-vascular de células embrionarias: linfocitos, células conjuntivas jóvenes, mononucleares la mayor parte; además algunos vasos obliterados y otros venosos con dilatación evidente. Extravasación de hemátis, pocos hemorrágicos.

El curso post-operatorio transcurrió sin ningún incidente.

El interés de este caso reside a mi manera de ver en la duplicidad de lesiones. Se trataba de la coexistencia de una apendicitis aguda con una torsión del epiplon. Creo que no precisa remarcar que ante un cuadro semejante difícilmente puede aspirarse a un diagnóstico preoperatorio preciso. Afortunadamente la indicación operatoria que en estos casos se impone permite resolver a la vez las dos lesiones.

La coexistencia de torsión del epiplon y apendicitis aguda es, por lo que he podido ver, de una rareza extraordinaria. He encontrado únicamente 3 casos anteriores al mío: un caso de PATEL, otro de FARR y BACHMANN y un tercero de CABEZÓN (de Santiago de Chile).

De todas maneras aún con su rareza creo que el hecho merece ser tenido en cuenta y que por lo menos obliga a todos los casos de torsión de epiplon sin hernia a un reconocimiento del apéndice.

Considerado bajo el punto de vista patogénico yo me atrevería a explicar el caso descrito de la siguiente manera: El enfermo sufrió un año antes de su intervención unas crisis ligeras de dolor abdominal que probablemente fueron debidas a una apendicitis aguda ligera. Esta flogosis apendicular originó un proceso de epiploitis crónica que probablemente pediculizó el epiplon y le colocó en óptimas condiciones para que la segunda crisis apendicular (la que motivó la intervención), con la nueva *poussée* de epiploitis determinara, en definitiva, la torsión hallada.

La ausencia de adherencias creo que no puede desvirtuar esta hipótesis, pues son bien conocidos los hechos de epiploitis crónica consecutivos a apendicitis u otros procesos inflamaciones abdominales, que evolucionan por decirlo así de una manera lenta y persistente en el epiplon que resulta francamente engrosado y sin adherencias a ningún órgano.

RESUM

Descrui l'autor un cas de torsió d'epiplon difícil de diagnòstic per existir una apendicitis aguda al mateix temps. Creu que la causa fou una anterior crisi apendicular que donà lloc a una epiploitis que pediculitzant l'epiplon el posa en condicions de sofrir una torsió en el moment del nou atac.

RESUME

L'auteur décrit un cas de torsion d'épiplon. Le diagnostic a été rendu plus difficile par la coexistence d'une appendicite. Il croit que la cause était une crise appendiculaire antérieure donnant lieu à une épiploite, laquelle a causé une pédicule dans l'épiplon, le mettant en condition de souffrir la torsion au moment d'un nouvel accès.

SUMMARY

The author describes a case of torsion of the epiplon. Diagnosis was difficult because of the co-existence of an acute appendicitis. He believes the cause to be an a former appendicular crisis which gave rise to an epiploitis; this formed a pedicule in the epiplon and made it liable to torsion in the appendicular crisis.