

INFARTO OMENTAL EN HERNIA INGUINAL

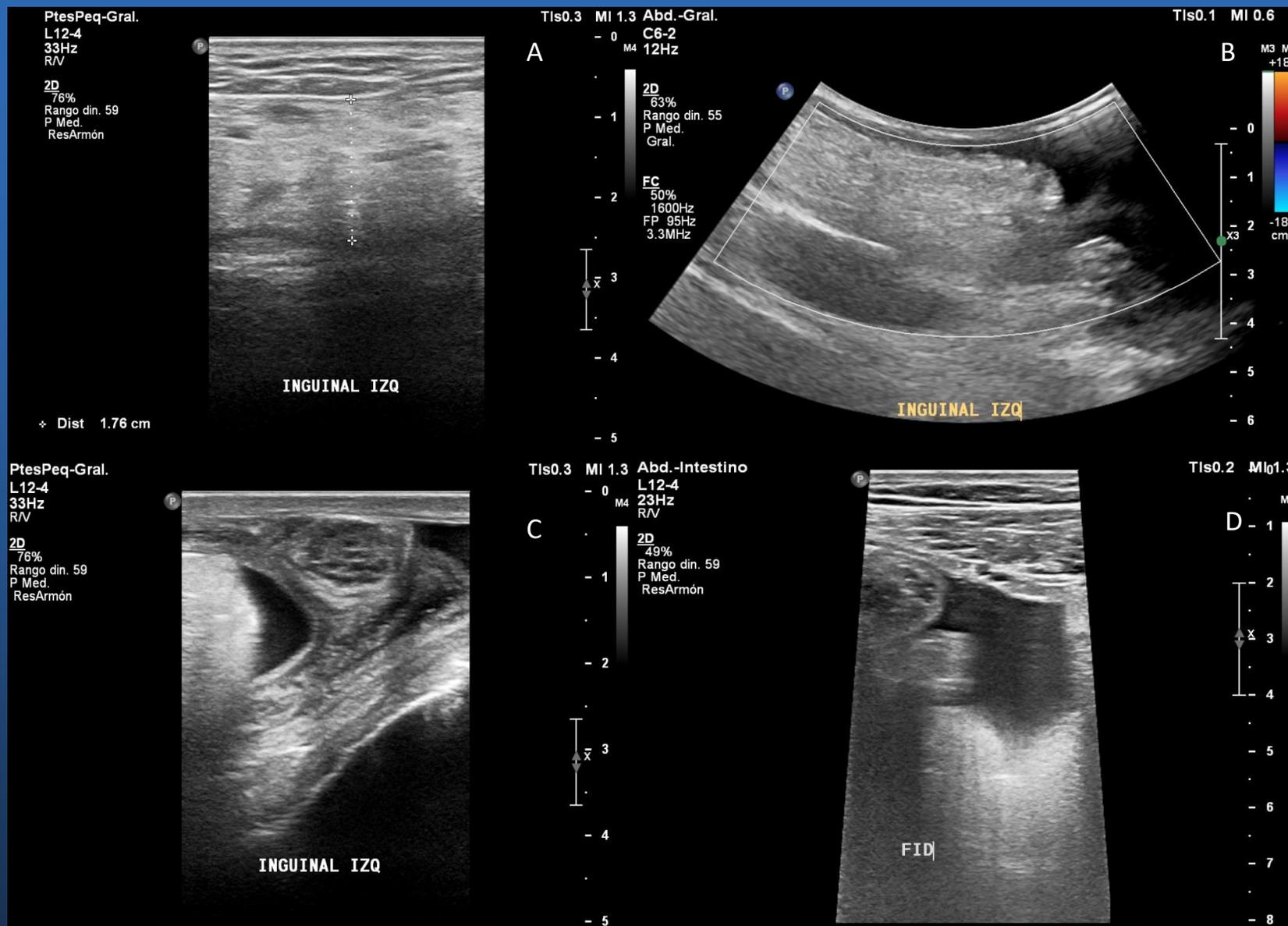
Dras/ Dres: San Martin Gustavo Enrique, Castro Perez Jonathan
Alexis, Gamboa D Marco Aurelio, Medina G David Alejandro,
Firpo Yesica Mariel, Oliveira Omar.

Buenos Aires – Argentina
Damedina20@gmail.com



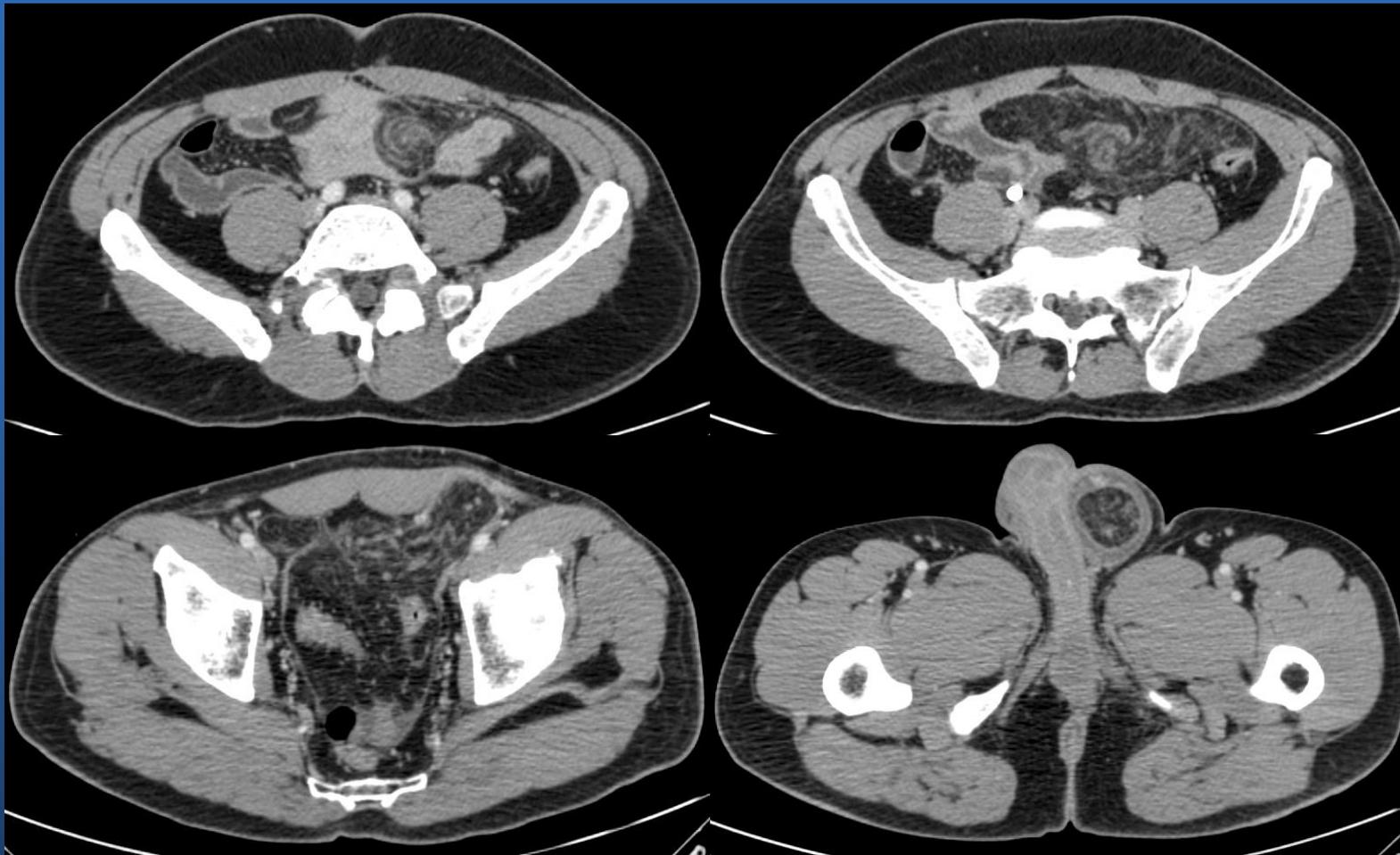
CASO CLINICO

Paciente Masculino de 45 años con antecedentes de hernioplastia izquierda hace dos años, consulta por dolor abdominal con irradiación a zona inguinal izquierda, náuseas y vómitos. Al examen físico presentaba masa palpable inguinoescrotal y en fosa iliaca izquierda signos de reacción peritoneal.



En ecografía de la región inguinal izquierda se observa: hernia inguino escrotal con orificio de apertura de aproximadamente 17.6 mm, de contenido ecogénico/graso (A), sin captación de señal Doppler color ante Power Angio(B), con líquido laminar en saco herniario (C). Además se observa líquido laminar en FID (D).

0513



En TC de abdomen y pelvis con contraste EV en cortes axiales, se observa alteración de la grasa del mesenterio adyacente a peritoneo parietal anterior con ingurgitación y arremolinamiento de los vasos mesentéricos, asociado a engrosamiento de las paredes del omento, líquido libre laminar interasas y en fosa iliaca derecha.

Hernia inguinoescrotal izquierda de contenido del omento mayor que se asocia a líquido laminar en fondo de saco herniario.

Impresión diagnóstica: Hernia omental izquierda complicada por torsión del omento y los vasos omentales, imágenes son compatibles con isquemia del mesenterio.

DISCUSIÓN

El infarto segmentario del omento es un proceso raro, que puede simular otras causas de dolor abdominal. Es más común en la 4ta y 5ta década de la vida y más frecuente en hombres. El omento mayor es un repliegue peritoneal cuya función es limitar la diseminación de procesos infecciosos e inflamatorios. Cuando un segmento de esta estructura se infarta, se produce una necrosis y un proceso inflamatorio regional.

Su causa se atribuye a una irrigación vascular anómala o frágil, que afecta con más frecuencia a la mitad derecha de mayor longitud y movilidad. También puede ser secundario a patologías intraabdominales (hernias, condiciones inflamatorias crónicas, neoplasias). El cuadro clínico consiste en dolor abdominal súbito, intenso y localizado. Puede asistir signo de rebote positivo o palpase una masa. Síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea, son infrecuentes. En la TC se observa una zona circunscrita de tejido adiposo denso, mal delimitado, con imágenes lineales finas en su espesor, que no depende de las paredes del colon.

CONCLUSIÓN

No hay que olvidar el infarto omental en el diagnóstico diferencial de cuadros de dolor abdominal. Para ello la TC es una herramienta fundamental, como también para identificar complicaciones que permitan optar entre un tratamiento conservador o quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

del tejido adiposo intraabdominal, causa no quirúrgica de dolor abdominal agudo: Hallazgos en tomografía computada. Revista Chilena de Radiología. 2004; 10(1):28-34. Disponible en <http://www.scielo.cl>.

Singh A, Gervais D, Hahn P, Sagar P, Mueller P, Novelline R. Acute epiploic appendagitis and its mimics. RadioGraphics. 2005; 25:1521-34.

Soobrah R, Badran M, Smith SG. Conservative management of segmental infarction of the greater omentum: a case report and review of literature. Case Report Med. 2010; 2010. pii:765389. Epub 2010 Sep 19.