

El signo del remolino en la torsión omental: a propósito de un caso

Whirl sign in omental torsion: apropos of a case

Daniela Barahona*, Juan P. Covarrubias y Óscar Ahumada

Departamento de Imágenes, Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Resumen

La torsión del omento mayor es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en el servicio de urgencias, ya sea de origen primario o secundario. Corresponde a la rotación del omento en su eje largo que determina congestión venosa e isquemia. Clínicamente imita apendicitis o colecistitis aguda, siendo el diagnóstico realizado frecuentemente en forma quirúrgica. Existen hallazgos característicos en tomografía computarizada, como el «signo del remolino», que permiten el diagnóstico prequirúrgico si el radiólogo conoce la patología. El manejo puede ser conservador, sin embargo algunos autores favorecen el manejo quirúrgico para evitar complicaciones tardías.

Palabras clave: Torsión omental. Tomografía computarizada multidetector. Signo del remolino.

Abstract

Omental torsion is a rare cause of acute abdominal pain in the Emergency Department, being of primary or secondary origin. It involves rotation around its long axis, resulting in venous congestion and ischemia. Clinically it mimics acute appendicitis or cholecystitis, and frequently the diagnosis is made surgically. There are characteristic findings on computed tomography, like the “whirl sign”, that aid the preoperative diagnosis if the radiologist knows the disease. The treatment could be conservative; however, some authors prefer surgical management to avoid later complications.

Keywords: Omental torsion. Multidetector computed tomography. Whirl sign.

Introducción

La torsión del omento mayor es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en adultos y niños, que puede ser confundido clínicamente con apendicitis aguda. El diagnóstico rara vez se realiza en el preoperatorio, sin embargo existen hallazgos imagenológicos característicos que permiten una sospecha precoz. A continuación presentamos un caso de torsión omental diagnosticado con tomografía computarizada (TC) con los hallazgos típicos descritos en la literatura.

Caso clínico

Hombre de 27 años, sin antecedentes mórbidos de relevancia, de paso en nuestro país, consultó en el servicio de urgencia por dolor abdominal difuso de reciente aparición asociado a diarrea y distensión abdominal. Al examen físico se constató dolor a la palpación de la fosa ilíaca derecha, taquicardia leve y fiebre baja. En los exámenes de laboratorio destacó leve leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva (15,47 mg/l; rango de 0,1-0,5 mg/l). Ante la

*Correspondencia:

Daniela Barahona
E-mail: danibarahona@gmail.com

Fecha de recepción: 10-01-2023

Fecha de aceptación: 22-03-2023

DOI: 10.24875/RCHRAD.23000004

Disponible en internet: 27-06-2023

Rev Chil Radiol. 2023;29(2):79-82

www.resochradi.com

0717-9308 / © 2023 Sociedad Chilena de Radiología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

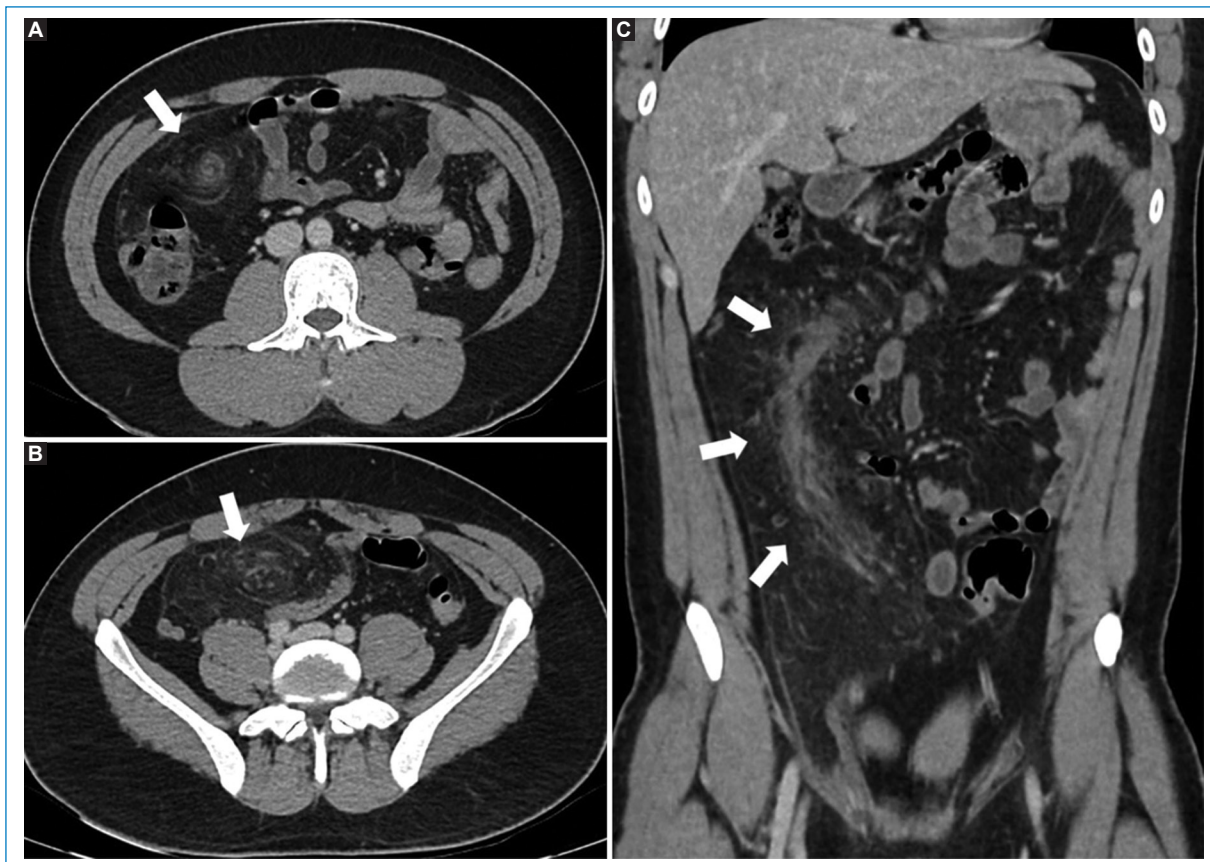


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis en fase venosa portal. **A:** imagen axial que muestra el «signo del remolino» en el omento mayor a nivel del flanco derecho, con rotación de estructuras vasculares congestivas asociada a edema en el tejido adiposo adyacente (flecha blanca) compatible con torsión omental. **B:** aumento en la densidad del omento mayor en la fosa ilíaca derecha (flecha blanca). **C:** imagen coronal que demuestra la extensión del giro de estructuras vasculares edematosas desde el epigastrio hasta la fosa ilíaca derecha (flechas blancas).

sospecha de apendicitis aguda se solicitó TC de abdomen y pelvis contrastada, en la cual se observaron estructuras vasculares congestivas con el «signo del remolino» en el omento mayor, que se extendían desde el epigastrio a la fosa ilíaca derecha, asociado a aumento en la densidad del tejido adiposo adyacente y leve líquido libre (Fig. 1). El apéndice cecal no evidenciaba alteraciones. Con la sospecha diagnóstica de torsión del omento mayor y descartado el diagnóstico de apendicitis aguda, el paciente decidió regresar a su país de residencia para resolución electiva, siendo dado de alta con adecuado manejo del dolor y sin taquicardia. Viajó de urgencia y se realizó laparotomía exploradora dos días posteriores al diagnóstico presuntivo, la cual confirmó torsión y necrosis del omento mayor; se resecaron el omento mayor y el apéndice cecal (Fig. 2). El paciente evolucionó de manera favorable.

Discusión

El omento mayor o ligamento gástrico está compuesto de una doble capa de peritoneo suspendida desde la curvatura mayor gástrica y porción proximal del duodeno, cubriendo las asas de intestino delgado. Posee un componente descendente y ascendente, conformando cuatro capas de tejido adiposo con estructuras vasculares gastroepiploicas, móviles en la cavidad peritoneal¹.

La torsión del omento mayor es infrecuente, correspondiendo a aproximadamente el 1,1% de los dolores abdominales agudos, siendo más frecuente a derecha debido a su mayor longitud y movilidad, además de menor irrigación. Los factores de riesgo descritos son la obesidad y el sexo masculino, siendo más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida, sin embargo también se ha descrito en pacientes pediátricos.



Figura 2. Pieza quirúrgica de resección omental, con omento mayor torcido en su eje largo, parcialmente necrótico.

La clínica frecuentemente simula apendicitis aguda o colecistitis, con dolor en el hemiabdomen derecho, que puede asociarse a fiebre, anorexia, náuseas, vómitos y leucocitosis. Puede existir variación en la intensidad del dolor con los cambios de posición². Se divide en causas primarias o secundarias; las primarias relacionadas con anomalías anatómicas como el omento bífido, distribución irregular de la grasa omental en pacientes obesos o anomalías vasculares y las secundarias asociadas a hernias, especialmente inguinales derechas, tumores del omento o adherencias. La torsión omental secundaria es la más frecuentemente reportada³.

Se han descrito factores desencadenantes de torsión como el aumento abrupto de la presión intraabdominal en relación con comidas abundantes, ejercicio, tos, estornudos o cambios súbitos de posición. La fisiopatología del infarto omental comprende la rotación del omento en su eje largo, resultando en obstrucción venosa que determina edema e isquemia.

Históricamente el diagnóstico se realizaba durante el acto quirúrgico por sospecha de apendicitis o abdomen agudo, actualmente la mayor utilización de la TC y la ecografía permite el diagnóstico prequirúrgico y el manejo conservador⁴.

Los hallazgos ecográficos descritos en la torsión omental son la detección de una masa ovoidea, hiperecoica, no compresible, dolorosa y aperistáltica, superficial a las asas intestinales⁵. En la TC los hallazgos característicos son la presencia de rotación de estructuras vasculares con el «signo del remolino» en la localización característica del omento mayor, asociado a congestión vascular, edema en el tejido adiposo y líquido libre, sin embargo no todos están siempre presentes⁶.

Si bien está descrito el manejo conservador, algunos autores recomiendan la resolución quirúrgica con resección del omento necrótico para evitar la formación de adherencias, abscesos y sepsis².

Conclusión

La torsión omental es una patología rara que clínicamente imita otras causas de abdomen agudo como la apendicitis, sin embargo puede sospecharse preoperatoriamente con el hallazgo característico en TC del «signo del remolino» en el omento mayor. El radiólogo puede realizar el diagnóstico si conoce la patología y sus hallazgos característicos en las imágenes.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ninguna fuente de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. Yoo E, Kim JH, Kim MJ, Yu JS, Chung JJ, Yoo HS, et al. Greater and lesser omenta: normal anatomy and pathologic processes. *Radiographics*. 2007;27(3):707-20.
2. Tsironis A, Zikos N, Bali C, Pappas-Gogos G, Koulas S, Katsamakis N. Acute abdomen due to primary omental torsion: case report. *J Emerg Med*. 2013;44(1):e45-e48.

3. Lacaze L, Attignon I, Lauzanne P, Scotté M. Torsion of the greater omentum associated with a left inguinal hernia. *Diagn Interv Imaging.* 2012;93(5):395-7.
4. Itenberg E, Mariadason J, Khersonsky J, Wallack M. Modern management of omental torsion and omental infarction: a surgeon's perspective. *J Surg Educ.* 2010;67(1):44-7.
5. Brazg J, Haines L, Levine MC. Omental torsion mimicking perforated appendicitis in a pediatric patient: emergency bedside sonography. *Am J Emerg Med.* 2016;34(3):684.e3-4.
6. Tandon AA, Lim KS. Torsion of the greater omentum: A rare preoperative diagnosis. *Indian J Radiol Imaging.* 2010;20(4):294-6.