

TORSION INTRA ABDOMINAL PURA DE GRAN EPIPLON (*)

(2 observaciones)

Dres. Folco Rosa y Julio de los Santos

Como contribución a la casuística nacional sobre el tema, traemos a esta Sociedad 2 observaciones de torsión intra abdominal pura de gran epiplón. Es una entidad relativamente rara en el hombre adulto y más aún en el niño. De diagnóstico pre operatorio difícil porque su sintomatología se superpone a la de procesos mucho más frecuentes, como por ejemplo: la apendicitis aguda, y en menor proporción la colecistitis aguda, úlcera perforada y pancreatitis aguda. En cambio la diagnostican corrientemente los veterinarios en los equinos, animales en el que deja de ser una rareza.

En un caso publicado por Alessi (2) en el que había hecho diagnóstico de apendicitis aguda, su paciente, médico veterinario le planteó la posibilidad de que se tratara de una torsión del gran epiplón, que fue en definitiva el diagnóstico correcto.

Desde que Eitel (7) en 1899 hizo la primera publicación sobre el tema, múltiples han sido las referencias exhaustivas al respecto; Anton y colaboradores (3), Leitner y colaboradores (10), Alessi (2). Entre nosotros la primera comunicación data de 1924 y fue su autor Américo Fossati (8). Se trataba de una torsión secundaria del gran epiplón. Alfonso Lamas (9) en 1928 presentó un caso de arrollamiento del gran epiplón en sentido horizontal. Pero las primeras observaciones semejantes a las nuestras fueron las de Suiffet (13) en 1944 y Bortagaray (5) en 1953.

Es por ello que no haremos consideraciones de fisiopatología para no incurrir en inútiles repeticiones.

CASO 1. —

Hombre de 33 años, jornalero. Ingresa al Hospital Maciel con cuadro agudo de vientre al 7 de julio de 1943. Hace 48 horas, dolor difuso en el abdomen, luego localizado en F.F.D. y flanco del mismo lado. Se acentuaba cuando trabajaba con la pala. Constipado desde hace 2 días. Visto por médico lo envía al Hospital.

Examen: Buen estado general, lengua húmeda, ligeramente saburral. Temp. Ax. 37°, Temp. rectal 38°. Pulso 100 p. m. regular.

(*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 2 de octubre de 1963.

Abdomen: Se moviliza bien con la respiración. Doloroso con la respiración profunda en la región peri umbilical. A la palpación doloroso en la parte superior de F.I.D. No hay defensa. Tacto rectal s/p.

EN SUMA: Hombre de 33 años, que desde hace 48 horas tiene dolores abdominales, difusos primero y luego en fosa ilíaca y flanco derecho. Se exacerba con trabajos pesados (cuando trabajaba con la pala).

Excelente estado general. Temp. ax. 37° Temp. rectal 38°.

Dolor con la respiración profunda en región peri umbilical. A la palpación dolor en la parte superior de F.I.D.

DIAGNOSTICO: Apendicitis aguda.

OPERACION: Incisión de Jalaguier. Gran epiplón de color rojo vinoso que al exteriorizarse permite comprobar en su mitad derecha una torsión en el sentido de las agujas del reloj. El área infartada tiene alrededor de 12 cm. de extensión. Resección por encima del pedículo de torsión sin realizar la destorsión, con doble ligadura. Apéndice retro cecal macroscópicamente sano. Apendicectomía. Cierre por planos y agrafes en la piel.

EVOLUCION: Sin incidentes. Alta al 8° día.

CASO 2. —

Niño de 12 años, canillita, que ingresa al Hospital Pereira Rossell el 20 de junio de 1963, con cuadro agudo de vientre. Desde hace 3 días dolores en epigastrio luego en F.I.D. vómitos de alimentos y fiebre. Tránsito intestinal s/p.

EXAMEN: Excelente estado general. Temp. ax. 37° Temp. rectal 38°. Pulso 100.

ABDOMEN: Se moviliza bien con la respiración, indoloro espontáneamente, a la palpación dolor en F.I.D. alto y bajo el reborde costal. No hay defensa. Tacto rectal s/p.

EN SUMA: Niño de 12 años que comenzó hace 48 horas con dolor en epigastrio luego en F.I.D., vómitos de alimentos y fiebre.

Excelente estado general. Temp. ax. 37°. Temp. rectal 38°. Dolor en F.I.D. alto y bajo el reborde costal.

DIAGNOSTICO: Apendicitis aguda.

OPERACION: Incisión de Mc Burney. Líquido serohemático intra peritoneal abundante. Se palpa una masa en la parte alta de la incisión que exteriorizada resulta ser el gran epiplón, de color rojo vinoso y que presenta en su mitad derecha una torsión de 270° en la dirección de las agujas del reloj. El área infartada tiene alrededor de 20 cm.

Exéresis previas 2 ligaduras transfixiantes por encima de la zona de torsión. Apéndice macroscópicamente sano. Apendicectomía, encapuchonamiento. Cierre por planos. Nylon en piel.

EVOLUCION: Sin incidentes. Alta al 3er. día.

El interés de estas observaciones, a nuestro entender reside:

1°) Ambas tienen de común el hecho de aparecer en personas que hacían trabajos pesados (trabajos con la pala en uno, y cargar fardos de diarios el otro). Como se ha citado entre las causas desencadenantes de esta afección el traumatismo de abdomen, por el ejercicio físico violento o cambios bruscos de posición corporal, anotamos el hecho.

2°) El diagnóstico pre operatorio fue de apendicitis aguda que es el error más frecuente.

3º) El 2º caso tiene como particularidad que corresponde a un niño de 12 años. El gran epiplón dice Lockwood, recién alcanza el pubis alrededor de los 45 años. En los niños es corto, delgado carente de grasa, cuando hay una torsión tiende inmediatamente a volver a su posición normal.

La primera observación en niños corresponde a Barsky y Schwartz (4) en 1937, luego aparecen publicaciones de Maclean (11), Davis y colaboradores (6), Neely y Holzer (12), Adrian (1), Solis Hegel de Guatemala, Friedman de Brooklyn (EE.UU.) y Dolgova de Rusia (Cuadro 1 en la que no figuran las 3 últimas por no encontrarse las revistas originales).

4º) La evolución post operatoria en ambos casos sin incidentes confirmó lo ya expresado por diversos autores, que en este tipo de torsión del gran epiplón, en la cual toda la enfermedad reside en la torsión y su consecuencia, el infarto del epiplón, los resultados son siempre buenos a condición que la resección sea practicada sin hacer la destorsión y las ligaduras realizadas por encima, en zona de tejidos sanos, para hacer la profilaxis de la embolia a punto de partida de trombosis venosa. Aquella sigue, como lo puntualizara Chifflet en su comentario al trabajo de Bortagaray el territorio de la vena porta y se localiza en el hígado.

BIBLIOGRAFIA

1. ADRIAN, A. — Torsion primitive du grand épiploon chez l'enfant. (Mem. Acad. Chir. PARIS v. 88; p. 503-505; 1962).
2. ALESSI, R. — Un caso di torsione acuta intra addominale dell' omento (Studio clinico). (Minerva Chirurg. v. 12; p. 366-372; 1957).
3. ANTON, J. JENNINGS, J. E. y SPIEGEL, M. B. — Primary omental, torsión (Am. J. Surg. V. 68; p. 303-317; 1945).
4. BARSKY, E. K. y SCHWARTZ, A. M. — Primary omental torsión. (Am. J. Surg. v. 38; p. 356; 1937).
5. DAVIS, H. C. MANGELS, M. y BOLTON A. A. — Primary torsion of omentum in children (J. A. M. A. v. 155; p. 744-745; 1954).
6. BORTAGARAY, C. A. y SANTO, A. S. — Torsión aguda primitiva del gran epiplón. (Bol. Soc. Cir. Uruguay v. 24; p. 579-582; 1953).
7. EITEL, G.G. — A rare omental tumor (Med. Rec. v. 55; p. 715; 1899).
8. FOSSATI, A. — Torsión del gran epiplón (An. Fac. del Med. v. 9; p. 1155-1160; 1924).
9. LAMAS, A. Arrollamiento del gran epiplón (An. Fac. Med. v. 13; p. 1-4; 1928).
10. LEITNER, M. J. JORDAN, C. J. SPINNER, M. H., y REESE, E. C. — Abdomen agudo originado por torsión, infarto y hemorragia de lepiplón mayor. (An. Cir. V. 11; p. 114-122; 1952).
11. MACLEAN, A. B. — Primary torsion of the omentum in children. (Brit. Med. J. v. 1; p. 100-101; 1950).
12. NEELY J. C. y HOLZER C. E. — Primary torsion of the omentum in children. (Ann. Surg. v. 148; p. 995; 1958).
13. SUIFFET, W. — Torsión intra abdominal pura del gran epiplón. (Bol. Soc. de Cir. del Uruguay. v. 25; p. 391-398; 1944).

| Autor y Fecha de publicación | Edad del paciente. Años | ABDOMEN Síntoma dominante | | | Tratamiento Quirúrgico | Incisión | Evolución |
|--|-------------------------|--|----|--------|---------------------------------|--------------------------|----------------|
| Barsky, E. K. and A. M. Schwartz, 1937 | 5 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | Si | 14.400 | Epiplonectomía y apendicectomía | Paramediana derecha | Buena |
| Maclean 1950 | 6 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | Si | No C. | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney | Atelect. buena |
| Maclean 1950 | 4 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | No | No C. | Epiplonectomía y apendicectomía | No consta | No consta |
| Maclean 1950 | 4 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | Si | No C. | Epiplonectomía y apendicectomía | No consta | No consta |
| Davis, Mangels, and Bolton 1953 | 6 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | No | 17.000 | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney | Buena |
| Davis, Mangels, and Bolton 1953 | 3 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | No | 18.000 | Epiplonectomía y apendicectomía | Paramediana derecha | Buena |
| Neely y Holzer 1954 | 10 | Dolor en el Flanco Derecho | No | 8.400 | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney y Transv. Sup. | Buena |
| Neely y Holzer 1957 | 11 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | No | 8.150 | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney | Buena |
| Neely y Holzer 1957 | 8 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | No | 12.400 | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney y Paramed. der. | Buena |
| Adrián 1961 | 5 | Dolor en Cuadrante Inferior Derecho | Si | No C. | Epiplonectomía y apendicectomía | No consta | Buena |
| Folco Rosa y J.D.L. Santos 1963 | 12 | Dolor en F.I.D. y bajo el reborde costal | Si | No C. | Epiplonectomía y apendicectomía | McBurney | Buena |