



Infarto omental, una entidad rara del abdomen agudo

Omental Infarction, a Rare Entity of the Acute Abdomen

Damián Modesto Rivera Veloz ¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus. Sancti Spíritus, Cuba. Cienfuegos. Cuba

Citar como: Rivera Veloz DM. Infarto omental, una entidad rara del abdomen agudo. Columna Méd.[Internet]. 2025 [citado: Fecha de acceso];Vol4: e200. Disponible en: <http://www.revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/200>

RESUMEN

Introducción: El infarto omental, es una entidad del abdomen agudo que se caracteriza por ser un proceso inflamatorio, autolimitado y benigno. Su certeza diagnóstica oscila entre 0,6 y 4,8 %. Es más frecuente entre la cuarta y quinta década de la vida, con predominio del sexo masculino.

Objetivo: Describir las características clínicas y terapéuticas del infarto omental como entidad rara en el abdomen agudo.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica a partir de 25 referencias. Se utilizaron artículos e información de publicaciones de las bases de datos Elsevier, SciELO, Medline, Dialnet y el motor de búsqueda de Google Académico.

Desarrollo: El infarto omental, es causado por el compromiso de la arteria gastro-omental derecha y se clasifican en primarios y secundarios. La clínica fundamental es el dolor; pero sin duda la imagenología juega un papel decisivo para el diagnóstico. El manejo inicial con fármacos es muchas veces la conducta inmediata.

Conclusiones: El infarto omental se cataloga como una causa rara de abdomen agudo. El manejo conservador se posiciona como la opción más usada, pero es sin dudas, el tratamiento quirúrgico el que ofrece una resolución completa al problema y menor riesgo de recidiva o formación de abscesos.

Palabras clave: Abdomen agudo, epiplón, infarto

ABSTRACT

Introduction: Omental infarction is an entity of the acute abdomen that is characterized by being an inflammatory, self-limiting and benign process. Its diagnostic certainty ranges between 0,6 and 4,8%. It is more frequent between the fourth and fifth decade of life, with a predominance of the male sex.

Objective: To describe the clinical and therapeutic characteristics of omental infarction as a rare entity in the acute abdomen.

Methods: A bibliographic review from 25 references was carried out. Articles and information from publications in the Elsevier, SciELO, Medline, Dialnet databases and the Google Scholar search engine were used.

Development: Omental infarction is caused by the involvement of the right gastro-omental artery and is classified as primary and secondary. The fundamental clinical manifestation is pain; but imaging undoubtedly plays a decisive role in the diagnosis. Initial management with drugs is often the immediate approach.

Conclusions: Omental infarction is classified as a rare cause of acute abdomen. Conservative management is positioned as the most commonly used option, but it is undoubtedly surgical treatment that offers a complete resolution of the problem and a lower risk of recurrence or abscess formation.

Keywords: Acute abdomen, omentum, infarction

Recibido: 27-07-2024 | Aceptado: 25-10-2024 | Publicado: 02-01-2025





INTRODUCCIÓN

El infarto omental constituye un proceso inflamatorio, autolimitado y benigno, pocas veces diagnosticado por la similitud que tiene con otros procesos agudos que afectan la cavidad abdominal. Es una entidad que requiere de habilidad clínica y radiológica para confirmarse, pues así se contribuye a evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.^{1,2}

A pesar de las descripciones dadas por Eitel en 1899, no es hasta 1946, que Robert A. Mackenzie realiza la primera descripción de la enfermedad en un estudio retrospectivo que incluye 40 pacientes con síntomas y signos similares a la torsión omental. En 1952, Leitner, menciona varias causas que pueden desencadenar la misma entidad, divide por primera vez al infarto omental en primario o secundario.^{3,4}

Los datos epidemiológicos son escasos por la complejidad diagnóstica, a nivel mundial, en la literatura, existen alrededor de 400 casos de infarto omental primario, de los cuales, pocos han sido identificados antes de la cirugía, para una certeza diagnóstica, entre 0,6 y 4,8 %. Esto representa una incidencia estimada de 0,001 a 0,3 % y el 0,1 % de las laparotomías realizadas cada año.²⁻⁸

La epidemiología se caracteriza por un pico de máxima incidencia, entre la cuarta y quinta década de la vida en adultos y es más común en hombres que en mujeres, proporción de dos por uno. Puede ocurrir en edades pediátricas, en un 15 % de los casos, lo que representa hasta un 0,5 % de niños sometidos a exploración abdominal por apendicitis aguda.⁸⁻¹¹

Por los bajos índices de diagnóstico, así como el poco conocimiento acerca de esta enfermedad, se hace necesaria la investigación científica relacionada con las características clínicas y tratamiento del infarto omental, para contribuir al perfeccionamiento en el manejo integral de los pacientes. Por ello, se plantea como objetivo: Describir las características clínicas y terapéuticas del infarto omental como entidad rara en el abdomen agudo.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de mayo a junio del 2024, a partir de 25 referencias que en general tuvieron cinco años o menos de antigüedad. Se utilizaron artículos e información de publicaciones de las bases de datos Elsevier, SciELO, Medline, Dialnet y el motor de búsqueda de Google Académico. Se utilizaron los descriptores de la salud: Abdomen agudo, epiplón, infarto y sus equivalentes en inglés. Se

revisaron artículos con textos completos y se analizó la veracidad y fiabilidad de las referencias seleccionadas para realizar una correcta revisión.

DESARROLLO

El omento o epiplón es una estructura peritoneal rica en grasas de desarrollo embriológico que se encuentra en la pared anterior abdominal. El epiplón mayor cuelga de la curvatura mayor del estómago y el epiplón menor desde el hígado hasta la curvatura menor del estómago, esto le confiere múltiples funciones pues actúa como protector de órganos internos ante lesiones o inflamaciones y alberga macrófagos.^{12, 13, 14}

El infarto omental es un proceso raro por la rica vascularidad de la zona afectada. Su localización más frecuente es en el lado derecho debido a dos factores fundamentales: la irrigación sanguínea larga y tortuosa que propicia un pobre suministro a la porción inferior derecha; así como la mayor longitud y movilidad del omento, que lo hace más proclive a la torsión sobre su eje longitudinal, esto condiciona trombosis venosa espontánea y por tanto necrosis.¹⁴⁻¹⁹

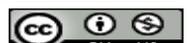
Etiología y clasificación

El infarto omental primario representa un tercio de todos los casos y constituyen los menos estudiados. Están relacionados con variantes anatómicas del epiplón, por lo que las malformaciones como epiplón accesorio o bífido, variaciones locales de la distribución grasa y venas omentales redundantes, predisponen a esta condición.^{11, 20}

Por su parte cuando existe un punto de anclaje, el infarto omental es secundario. Las hernias inguinales estranguladas, así como las maniobras de reducción desencadenan esta complicación, incluso, el epiplón infartado puede formar parte del contenido herniario. Otras entidades desencadenantes, son las afecciones inflamatorias, neoplasias, trombosis vascular, heridas quirúrgicas y adherencias viscerales.^{5, 8, 14}

El médico no se debe limitar a estas enfermedades, sino que toda entidad que presente síntomas y signos de insuficiencia vascular debe ser tenida en cuenta.

Los pacientes obesos, tienen mayor riesgo de padecer infartos omentales, pues el exceso de grasa comprime los vasos sanguíneos circundantes y las comidas copiosas provocan congestión vascular, de ahí que en edades pediátricas, al existir menos tejido adiposo existe menor probabilidad. Otros factores de riesgo son: esfuerzos físicos excesivos, la hiperperistalsis, la tos, el uso de laxantes y los traumatismos.^{2, 11, 12}



Cuadro clínico

El dolor agudo en el lado derecho del abdomen constituye el síntoma constante en la clínica de estos pacientes. Por lo general, se localiza en hipocondrio y fosa ilíaca derecha, sin embargo, un investigador,⁹ en su estudio muestra que el dolor difuso abdominal es la forma más común de presentación, destaca la región lumbar como sitio frecuente de dolor.

Suele aparecer de forma brusca, con carácter continuo y moderado y una vez establecido el cuadro se intensifica de manera progresiva. Además, es poco común que se irradie a otra región. Sin embargo, otro autor,³ presentan un caso con dolor abdominal e irradiación a la zona lumbar y el miembro inferior ipsilateral.^{5, 6, 11, 21}

En niños, la forma de presentación es similar, con la particularidad que el lado izquierdo se puede afectar de manera simultánea. Además, la intermitencia del dolor es distintiva, así como la rebeldía a los analgésicos.^{10, 13} El curso del abdomen agudo, en pediatría obliga al médico a tener en cuenta esta entidad por infrecuente que sea.

Asociado al dolor abdominal es común encontrar estado subfebril o fiebre leve, anorexia, náuseas y vómitos. El estado general es bueno, rara la presencia de diarreas o constipación, así como síntomas urinarios. Los pacientes por lo general, muestran menor grado de respuesta inflamatoria sistémica que en la apendicitis.^{1, 11, 12}

Al examen físico en la región abdominal, como datos positivos se obtienen dolor a la palpación, tanto superficial como profunda, la presencia de defensa abdominal y aumento de la sensibilidad cutánea. Cuando existe un gran segmento comprometido es palpable una masa mal definida con bordes irregulares y peritonitis localizada. Hasta en un 20 % de los casos la sospecha diagnóstica va dirigida a la colecistitis aguda, por la presencia del signo de Murphy, mientras que signos típicos de apendicitis aguda se describen en casos confirmados de infarto omental.^{1, 2, 11}

La palpación y la percusión, realizadas de manera minuciosa, aportan datos de interés, como grados variables de defensa abdominal o intensificación del dolor, aun cuando ninguno de estos signos conduzca al diagnóstico definitivo. Es por ello que más allá de sospechar el infarto omental, se deben buscar elementos que demuestren irritación o isquemia en el peritoneo.

Exámenes complementarios

La analítica sanguínea revela leucocitosis a predominio de neutrófilos hasta en un 50% de los casos, muy leve, por lo general no excede las 14 000 células por microlitro. Otros hallazgos son la velocidad de eritrosedimentación acelerada y trombocitopenia, mientras que la Proteína C reactiva se encuentra elevada de manera discreta con valores que oscilan entre 4,2 y 7,0 mg/dL.^{3, 9, 18}

Indicar solo reactantes de fase aguda es muy arriesgado, pues los resultados son poco sugerentes y se limitan a demostrar la existencia de un proceso inflamatorio.

En una investigación¹⁵, se presenta un caso con sintomatología aguda y varias pruebas de laboratorio alteradas, con un aumento ligero de lactato sérico. Otro autor,¹¹ destaca que el aumento de la bilirrubina unido a la clínica, obliga al uso de técnicas de imagen para confirmar la sospecha diagnóstica de infarto omental, mientras que, en otro estudio,² se muestra un perfil hepático alterado que mejora luego del tratamiento. Se opina que el uso de pruebas hepáticas tiende a orientar en esta entidad, no como signo distintivo, sino como indicador que puede revelar el posible agente causal.

En la actualidad, las técnicas imagenológicas constituyen uno de los pilares de mayor peso en el diagnóstico de esta afección, pues al contrario de la clínica, estos estudios sí exponen evidencias suficientes para confirmar isquemia omental.

Los hallazgos típicos en la ecografía son: lesión hiperoica, no compresible, sólida, ovoide, adherida al peritoneo que recubre la pared anterolateral intestinal y por lo general mayor de 5 cm. Si el infarto omental es primario se puede visualizar un área ecogénica en cuadrante inferior derecho mientras que si es secundario se observa en el sitio de la agresión. Se visualizan, cambios grasos en el hígado y vías biliares, así como discretas cantidades de líquido peritoneal libre, en la bolsa infrahepática de Morrison o el fondo del saco de Douglas.^{9, 10, 11, 17, 18} A pesar, de su poca sensibilidad diversas entidades como la apendicitis aguda, colecistitis y úlcera gastroduodenal perforada se descarta.

La tomografía axial computarizada, revela una masa de grasa con márgenes circunscritos entre el margen ventral colónico y la pared abdominal anterior. La acumulación focal de grasa se visualiza encapsulada con bordes mal definidos, halo hiperdenso, imágenes lineales finas y de mayor densidad en su interior, líquido peritoneal y densidad aumentada en las asas intestinales, estos últimos sugieren edema e inflamación.^{13, 14, 18}

Un elemento útil para el diagnóstico diferencial es que la acumulación de grasa es desproporcionada con el grado de engrosamiento de la pared intestinal. Además, la presencia de vasos omentales arremolinados, como hallazgo patognomónico excluye entidades raras como: hernia omental, paniculitis, apendangitis y neoplasias con grasa en su interior. ^{3,22, 23, 24}

La alta especificidad de esta prueba tiene que ser aprovechada al máximo por radiólogos y cirujanos, pues este examen es idóneo para realizar diagnósticos diferenciales. De ahí, que en no pocas ocasiones se obtengan falsos negativos, por la poca destreza del explorador o por interpretación errónea.

Existe un método diagnóstico considerado el estándar de oro para confirmar esta enfermedad: el estudio histopatológico del espécimen quirúrgico. Este es de suma importancia, pues al describir en detalle la lesión, introduce un nuevo término: el infarto focal de grasa intraperitoneal. Así, los principales hallazgos anatomopatológicos son: isquemia focal, necrosis, inflamación crónica, fibrosis, edema y líquido centrado en grasa omental. ^{3, 6, 16, 19, 25}

De manera macroscópica, la presencia de un tejido congestivo con fibrosis incipiente y áreas necróticas, sugiere infarto primario mientras que vasos omentales arremolinados, indican causa secundaria. La valoración histológica especializada se reserva para descartar malignidad.

El tratamiento es discutido en la actualidad. No obstante, se utiliza en el 85 % de los casos, se limita la cirugía para casos dudosos o ante fracaso de la intervención conservadora. ^{10,19}

El pilar fundamental de la terapia conservadora es aliviar el dolor y mantener un adecuado estado del paciente, previo a la cirugía. El uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos representan la mejor opción. Un investigador, ¹³ muestra resultados favorables con el uso único de antiinflamatorios no esteroideos. Asimismo, si el dolor es severo, se autorizan los opiáceos con suma precaución por sus efectos adversos. ^{14, 20}

La antibióticoterapia, unida a los analgésicos, contribuye a disminuir la estadía hospitalaria por su acción preventiva. Se prefiere el uso combinado de metronidazol, frasco de 500 mg, tres veces al día y ceftriaxona, bulbo de un gramo diario o ciprofloxacino, bulbo de 200 mg/100 mL, dos veces al día por vía endovenosa. ^{2, 12,20} En otro estudio ¹⁸ se presenta un caso tratado con ertapenem, bulbo de un gramo diario con buena evolución y seguimiento ambulatorio satisfactorio.

Otras medidas incluyen el uso de antieméticos. La suspensión de la vía oral en las primeras horas, el empleo

de líquidos endovenosos y el reposo intestinal constituyen medidas de sostén que deben ser aplicadas. Si la causa es secundaria se necesita un tratamiento específico al padecimiento desencadenante. ^{2,20}

La recidiva del dolor con fiebre acompañante se describe en el 25 % de los casos y persiste hasta dos semanas como promedio, además, el riesgo de absceso omental y adherencias aumenta. Las primeras 24 a 48 horas constituyen cruciales para garantizar el éxito del manejo conservador, por lo que una pobre respuesta o una tórpida evolución establecen criterios indiscutibles de tratamiento quirúrgico que es el menos usado; pero el de mayor eficacia. ¹⁰

La omentomía parcial, instaura la técnica de elección en el abordaje de estos pacientes por sus múltiples ventajas: carácter definitivo e identificación de causas secundarias. Otros estudiosos del tema, ^{7, 11} describen la visualización de 100 a 200 mL de líquido serosanguinolento, manejados con éxito, aspiración y lavado peritoneal por esta técnica.

La recuperación del epiplón infartado, por endobolsas en ocasiones es difícil debido al gran tamaño del segmento, de ahí que el uso de la necrostomía más amplia produce alivio significativo del dolor, aunque se usa solo en casos de infarto secundario o formación de abscesos inminentes. ¹⁰

La incisión de McBurney, no ofrece una adecuada visualización de los segmentos necrosados por, lo que se hace obligatorio ampliar la incisión o realizar una mediana y la laparotomía abierta, al ser un procedimiento invasivo queda contraindicada de manera relativa. ^{5, 22}

CONCLUSIONES

El infarto omental se cataloga como una causa rara de abdomen agudo. El manejo conservador se posiciona como la opción más usada, pero es sin dudas, el tratamiento quirúrgico el que ofrece una resolución completa al problema y menor riesgo de recidiva o formación de abscesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alwatari Y, Gerrish A, Ayalew D, Campos GM, Salluzo JL. Omental infarction with liquefied necrosis after Roux Y gastric bypass: case report and literature review. J surg Case rep. [Internet]. 2020 [citado: 29/05/2024]; 8: 1-5. Disponible en: <https://academic.oup.com/jscr/articlepdf/2020/8/rjaa212/33654420/rjaa212.pdf>
2. Bogale GT, Subah AY, Meaza M, Tiruneh A, Shashe G. Omental Infarction: A Case Report of a Conservatively Managed 60 -Year Old Ethiopian Woman. Ann Clin Surg. [Internet]. 2021 [citado: 31/05/2024]; 2(1): 1013.

- Disponible en: <https://www.remedypublications.com/annals-of-clinical-surgery-abstract.php?aid=6785>
3. Romero-Serrano S, Pardo-González S, Capacho-Quintana D. Infarto omental como causa inusual de dolor abdominal: un reporte de caso. MÉD.UIS [Internet]. 2022 [citado: 01/06/2024]; 35(1):43-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v35n1/0121-0319-muis-35-01-43.pdf>
 4. Salazar D, Prieto R, Aimacaña M, Vélez K. Malformación linfática de epiplón mayor con clínica de abdomen agudo inflamatorio en un paciente adolescente: reporte de un caso. Horiz Enferm. [Internet]. 2019 [citado: 01/06/2024]; 9: 61-67. Disponible en: <https://revistasdigitales.upec.edu.ec/index.php/enfermeria/article/download/833/3138>
 5. Medina Gallardo NA, Curbelo Peña Y, Gardenyes Martínez J, Stickar T, De Castro Gutiérrez J, Hermoso Bosch J, et al. Infarto de omento mayor. Presentación de dos casos con un tratamiento conservador. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2020 [citado: 01/06/2024]; 50(3):355-359. Disponible en: <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2020/Vol-50-N3/Vol50N3-PDF27.pdf>
 6. Aolayan K, Obaid G, Fadel K, Alotaibi AM. Omental infarction present with right upper quadrant pain, case report. J. surg. Case rep. [Internet]. 2021 [citado: 01/06/2024]; 11: 1-4. Disponible en: <https://academic.oup.com/jscr/article-pdf/2021/11/rjab521/41389989/rjab521.pdf>
 7. Gupta R, Farhat W, Ammar H, Azazza M, Lagha S, ben Cheikh Y, et al. Idiopathic segmental infarction of the omentum mimicking acute appendicitis: A case report. IJS Case rep. [Internet]. 2019 [citado: 01/06/2024]; 60: 66-68. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261219301749?via%3Dihub>
 8. Cruz Rodríguez J, González Hernández JA, Duarte Linares Y, Hecheverría Hernández O. Torsión primaria del omento mayor: una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico. Medcent Electrón [Internet]. 2023 [citado: 01/06/2024]; 27 (1): [aprox. 6p]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v27n1/1029-3043-mdc-27-01-e3799.pdf>
 9. Pemmada V, Shetty A, Koteshwar P, Rajpurohit S, Bhat G. Primary omental infarction - a benign cause of acute abdomen. Pleura Peritoneum [Internet]. 2024 [citado: 01/06/2024]; 9 (2): 63-68. Disponible en: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/pp-2023-0037/pdf>
 10. Gericke Brumm P, Reyna Villasmil E. Infarto omental primario idiopático como causa de abdomen agudo. AvanBiomed. [Internet]. 2021 [citado: 01/06/2024]; 10(1): 24-8 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8479456.pdf>
 11. Pawar N, Kishore A. Primary omental infarction: a rare cause of acute abdomen. Int Surg J. [Internet]. 2020 [citado: 02/06/2024]; 7(6): 2019-2021. Disponible en: <https://www.ijurgery.com/index.php/isj/article/download/5740/3847>
 12. Gaba S, Gaba N, Gupta M. Omental Infarction Imitating Acute Appendicitis. Cureus. [Internet]. 2020 [citado: 02/06/2024]; 12(6): [aprox. 13p]. Disponible en: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.8704>
 13. Bianchi F, Leganés Villanueva C, Brun Lozano N, Goruppi I, Boronat Guerrero S. Epiploic Appendagitis and Omental Infarction as Rare Causes of Acute Abdominal Pain in Children. Pediatr. Rep. [Internet]. 2021 [citado: 02/06/2024]; 13(1): 76-85. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/pediatric13010010>.
 14. Dávila Hernández CA, Salas Alache VM, Quispe Nolazco CM, Carrasco Farfán CA, Cámara Reyes RR. Infarto omental. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2022 [citado: 02/06/2024]; 35(4): 104-107. Disponible en: <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/698/776>
 15. Androniki Kozana MD, Athina Savva MD, Konstantinos Psillakis MD, Maria Kokkinaki MD. Intraperitoneal Focal Fat Infarction of the Lesser Omentum. Appl. Radiol. [Internet]. 2021 [citado: 02/06/2024]; 48C-48D. Disponible en: https://cdn.agilitycms.com/applied-radiology/PDFs/Issues/AR_03-21_KozanaRC.pdf
 16. Warner J, Desoky S, Arif Tiwari H, Morello F, Gilbertson D, Udayasankar U. Unenhanced MRI of the Abdomen and Pelvis in the Comprehensive Evaluation of Acute Atraumatic Abdominal Pain in Children. Pediatric Imaging [Internet]. 2020 [citado: 05/06/2024]; 215: 1218-1228. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/epdf/10.2214/AJR.19.22577>
 17. García Espinosa J, Martínez Martínez A, Moya Sánchez E. Infarto omental primario localizado en flanco izquierdo complicado con absceso y fistulización a pared abdominal. Cir Andal. [Internet] 2018 [citado: 05/06/2024]; 29 (3): 279-281. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9025872.pdf>
 18. Zhang HJ, Chen JH, Wu CC. Idiopathic Omental Infarction - A Case Report and Review of the Literature. Rev Med Int [Internet]. 2020 [citado: 05/06/2024];



31:293-297. Disponible en: <http://www.tsim.org.tw/journal/jour31-4/09.PDF>

19. López Penza PA, Javier M. Infarto del omento: tratamiento por laparoscopia. Rev Colomb Cir. [Internet]. 2023 [citado: 06/06/2024]; 38: 354-6. Disponible en: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2294/1893>

20. Celi Yanángomez VN, Plazarte Michilena MM, Albuja Unda RJ, Quinapaxi González MA, Guerreo Nejer KS. Abordaje Farmacológico y Quirúrgico en la Torsión Omental. Cienc Lat Rev Cienc Multidiscip. [Internet]. 2024 [citado: 07/06/2024]; 8(1):426-35. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9427/13985>

21. Barba Arce AB, Del Barrio Pérez A, Sanz Bellón P, Fernández-Miranda Menéndez P, Saenz Azcona J, Lobo Fernández V. Dolor agudo en fosa ilíaca izquierda: más allá de la diverticulitis. Seram [Internet] 2021 [citado: 07/06/2024]; 1(1): [Aprox. 31p]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4572/3038>

22. Perdomo Reyes C, González González D. Tratamiento del infarto segmentario idiopático de epiplón mayor en el adulto mediante omentectomía laparoscópica. Rev. Méd. Urug. [Internet] 2020 [citado: 07/06/2024]; 36(3):216-223. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902020000300216&lng=es

23. Porrás E, Barasoain A, Ríos V, Botija GM, Solé C. Omental infarction, unusual cause of abdominal pain. Andes pediatri. [Internet] 2022 [citado: 07/06/2024]; 93(3): 434-439. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-60532022000300434&lng=es

24. Montali F, Costi R, Virgilio E, Presicci C, Sartorio C, Pedrazzini M. Omental torsion at the time of COVID-19 in Northern Italy: a case report of conservative management with a review of the pertinent literature. Acta Biomed [Internet] 2022 [citado: 07/06/2024]; 93(S1): [aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/11903>

25. Barahona D, Covarrubias JP, Ahumada O. El signo del remolino en la torsión omental: a propósito de un caso. Rev. chil. radiol. [Internet] 2023 [citado: 07/06/2024]; 29(2): 79-82. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082023000200079&lng=es

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

DMRV: Conceptualización, investigación, curación de los datos, análisis formal, administración del proyecto, redacción del borrador inicial, revisión y edición.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

El autor no recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

