



# Infarto del omento mayor: a propósito de un caso

Omental Infarction: About a Case



Alejandro Zuluaga Santamaría<sup>1</sup>  
Valentina Grand Vallejo<sup>2</sup>  
Rafael Llamas Otero<sup>3</sup>  
Ricardo Uribe González<sup>3</sup>



## Palabras clave (DeCS)

Mesenterio  
Isquemia mesentérica  
Dolor abdominal  
Tomografía computarizada por rayos x



## Key words (MeSH)

Mesentery  
Mesenteric ischemia  
Abdominal pain  
Tomography, X-Ray computed

## Resumen

El infarto del omento es una enfermedad poco frecuente que se manifiesta como causa de dolor abdominal. Se requiere un diagnóstico adecuado, basado en las características por imagen, puesto que su reconocimiento orienta el manejo que en la mayoría de los casos es conservador. Sin embargo, en algunos casos puede ser necesario el manejo quirúrgico. Dentro de las modalidades de imagen utilizadas para el estudio del dolor abdominal agudo, la tomografía computarizada multidetector (TCM) es la modalidad de imagen con mayor precisión para realizar diagnóstico de infarto del omento. Se presenta el caso de un paciente con torsión e infarto del omento mayor en el lado derecho, que requirió cirugía. Se realiza una revisión de la literatura sobre el infarto del omento mayor enfatizando los hallazgos por imágenes, los diagnósticos diferenciales más frecuentes y el tratamiento de esta entidad.

## Summary

Omental infarction is a rare disease that occurs as a cause of abdominal pain. It requires an adequate diagnosis based on the image characteristics, since its recognition guides the management that in the majority of the cases is conservative. However, surgical management may be necessary in some cases. Among the imaging modalities used for the study of abdominal pain, multidetector computed tomography (MCT) is the most accurate imaging modality for the diagnosis of omental infarction. We present a case of a patient with torsion and infarct of the mayor omentum in the right side that required surgery. We make a literature review of omental infarction, emphasizing in the imaging findings, the most common differential diagnosis and treatment of the pathology.

## 1. Caso

Paciente masculino de 23 años de edad, quien no presenta antecedentes personales relevantes. Consulta al servicio de urgencias por un cuadro clínico de 6 horas de evolución, consistente en dolor en la fosa iliaca derecha asociado a fiebre subjetiva y vómito. Había presentado anteriormente y en varias oportunidades un cuadro clínico similar de dolor abdominal, de menor intensidad, controlado con manejo médico.

Al examen físico se encuentra con taquicardia, febril, con dolor a la palpación de la fosa iliaca derecha (FID) y defensa abdominal. Los exámenes de laboratorio muestran una PCR de 3,6 mg/dl, ligeramente aumentada, y leucocitos normales de 8.300. Dentro de los diagnósticos iniciales se sospecha urolitiasis, por lo cual se le practica un UroTAC con hallazgo de aumento en la densidad de la grasa en la

fosa iliaca derecha, en la topografía del omento mayor, sin líquido libre, ni neumoperitoneo (figura 1).

Se sugiere el diagnóstico de infarto del omento mayor. En el servicio de cirugía general sospechan una apendicitis aguda, por lo que le realizan una tomografía computarizada con multidetectores (TCM) de abdomen con medio de contraste (figura 2).

En la TCM se identifica un aumento de la densidad de la grasa en la topografía del omento mayor, en el flanco derecho y la fosa iliaca ipsilateral, con ingurgitación vascular y efecto de “remolino” de las estructuras vasculares del omento mayor. El apéndice cecal se visualiza parcialmente sin signos inflamatorios. Estos hallazgos son sugestivos de torsión del omento mayor con infarto asociado.

Al paciente se le practica una cirugía en la cual se encuentra rotación del epiplón con signos de necrosis,



<sup>1</sup>Radiólogo, Cedimed y Medimagen. Docente de Radiología Universidad CES y UPB. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Residente de Radiología de la Universidad UPB y Cedimed. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Residente de Radiología de la Universidad CES. Medellín, Colombia.

motivo por el cual se reseca. Se confirma que el apéndice cecal no tiene signos inflamatorios (figura 3).

El paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta cuatro días después de la cirugía.

## 2. Introducción

La necrosis grasa es un hallazgo frecuente en imágenes abdominales. Puede causar dolor abdominal y manifestarse clínicamente imitando un cuadro de abdomen agudo, o puede ser asintomática y acompañar otros procesos fisiopatológicos.

Los procesos comunes que son indicativos de necrosis grasa incluyen: el infarto del epiplón mayor, la torsión de un apéndice epiploico y la necrosis grasa relacionada con traumatismos o pancreatitis. Otras patologías menos comunes incluyen hipertrofia o atrofia de la grasa y procesos malignos, como liposarcoma y carcinomatosis, los cuales pueden imitar causas benignas de estriación de la grasa (1).

El infarto omental es una causa rara de dolor abdominal agudo (2-4) por compromiso vascular (3,4) y se describió por primera vez hace más de 100 años (5). Tiene una incidencia de 0,0016 % a 0,37 % (4,6,7) y es equivalente a menos de 4 por cada 1.000 casos de apendicitis, colecistitis, pancreatitis y otras patologías abdominales (4,8). El uso creciente de imágenes de alta calidad en el estudio del abdomen agudo, como la TCM del abdomen ha permitido realizar con mayor frecuencia el diagnóstico de infarto del omento (9).

El infarto del omento usualmente se presenta en el lado derecho. Esta localización se relaciona con la mayor longitud y movilidad que lo hace más propenso a torcerse sobre sí mismo a lo largo de su eje largo y a comprometer la vascularización (1,3). Sin embargo, también se ha descrito infarto del omento en el lado izquierdo (3).

La edad de aparición más común es entre la cuarta y quinta décadas de la vida (3,5), pero hay casos de niños desde los 28 meses de edad (6). Es prevalente en hombres (4) con una relación de 4:1 respecto a las mujeres (6).

El diagnóstico diferencial debe hacerse con apendicitis, inflamación del apéndice epiploico, diverticulitis aguda, colitis, pancreatitis, úlcera duodenal, paniculitis mesentérica, entre otras (3,10).

## 3. Anatomía

La grasa está presente tanto en el compartimiento intraperitoneal, como en el compartimiento retroperitoneal.

Las principales estructuras que contienen grasa en el compartimiento intraperitoneal son el omento mayor y el mesenterio. Por lo tanto, es importante establecer la localización precisa de la condición patológica para realizar un adecuado diagnóstico y descartar otros diagnósticos diferenciales (1).

El omento es un remanente embriológico. Se divide en mayor y menor (8). El omento mayor está compuesto por una doble capa de peritoneo que se extiende inferiormente desde la curvatura mayor del estómago, se dobla sobre sí mismo hacia arriba y cubre el colon transverso extendiéndose hasta el páncreas.

Es una estructura móvil y su función es contener la propagación de infecciones y tumores, razón por la que se le conoce como “el pollicia del abdomen” (1,9).

Su irrigación se realiza a través de las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda (11). Contiene vasos y grasa (1,3).

En la TCM el omento mayor sano se aprecia como una banda de grasa con vasos, localizada justo anterior al colon transverso y tiene un diámetro anteroposterior variable que depende del peso del paciente (11).

El mesenterio del intestino delgado es un pliegue de peritoneo visceral que se fija desde el intestino hasta la pared abdominal posterior. Contiene grasa y los vasos mesentéricos superiores e inferiores con sus ramas.

Los puntos de referencia vascular proporcionan un medio de identificación de sus diferentes segmentos. Por ejemplo, el mesocolon transverso conecta el colon transverso intraperitoneal con la pared abdominal posterior y contiene la rama cólica media de la arteria mesentérica superior; el mesocolon sigmoide fija el sigmoide a la pared pélvica posterior y contiene las ramas de los vasos mesentéricos inferiores (1).

## 4. Etiología

Leitner propuso que el infarto del omento se puede dividir en primario o idiopático y secundario (2,3,8). Y a pesar de que la torsión primaria fue descrita desde 1899 por Eitel (4), es rara debido a sus abundantes vasos colaterales. Sin embargo, el borde lateral del lado derecho del omento tiene un suministro de sangre más tenue que el resto del epiplón; lo que plantea la hipótesis de que este suministro de sangre tenue lo hace más vulnerables al infarto.

### 4.1 Infarto primario del omento

Es unipolar y se manifiesta cuando un segmento móvil del omento rota sobre un punto proximal fijo, sin que haya otra patología intraabdominal (3), lo que constituye la principal causa de infarto (12).

Los factores de riesgo para esta condición son: el trauma, la obesidad, la isquemia, el pliegue o “kinking” venoso con la tos o con la actividad física, estados de hipercoagulabilidad, el aumento del peristaltismo, las variantes anatómicas (3,8), como el omento bífido o accesorio (4), las venas omentales redundantes (9,10,12-14) y el uso de laxantes (8).

La congestión de la vena mesentérica debido a enfermedades sistémicas, como la insuficiencia cardíaca derecha, la vasculitis y la pancreatitis (1,9,13), es una causa descrita de infarto, que aparece con mayor frecuencia en la edad pediátrica (14).

Puede producirse a menudo un infarto hemorrágico resultante del compromiso vascular por la disminución del suministro de sangre en el lado derecho del epiplón y por la torsión de las venas (9,10,12,13).

### 4.2 Infarto secundario del omento

Es bipolar con dos extremos fijos entre los cuales se produce la torsión del epiplón. Es el más común y ocurre secundario a trauma, cirugía o a otra patología abdominal (3), como quistes, tumores, inflamación intraabdominal, hernias (3,4,8) y vasculitis (8).

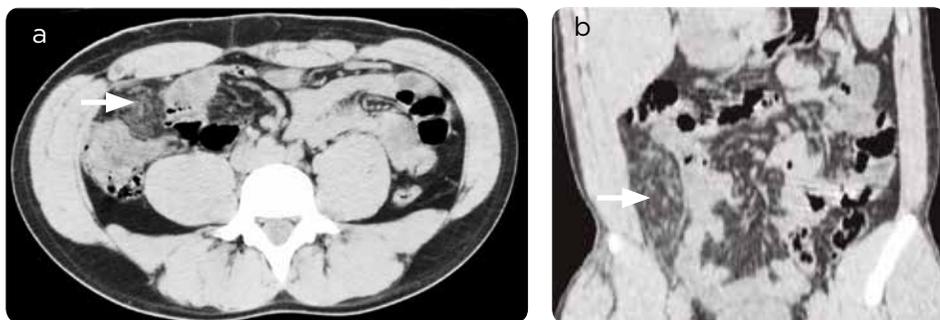


Figura 1. Tomografía computarizada multicorte simple del abdomen (UroTAC). a) Corte axial: aumento de la densidad de la grasa en la topografía del omento mayor en la fosa iliaca derecha (flecha) sin líquido libre, ni neumoperitoneo. No se identifica adecuadamente el apéndice cecal. No hay hidronefrosis, ni cálculos ureterales que expliquen la causa del dolor. b) Reconstrucción multiplanar, corte coronal. Se confirma la localización del hallazgo observado en el corte axial (flecha).

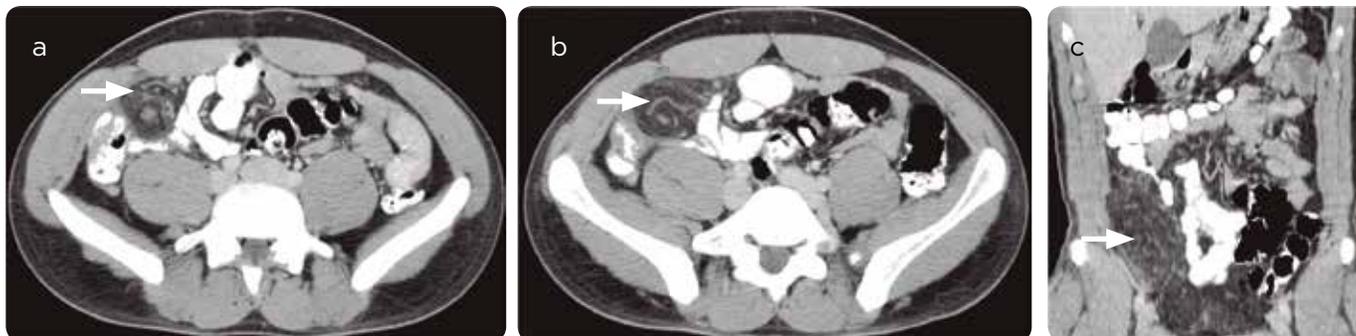


Figura 2. TCM de abdomen con medio de contraste (oral positivo e intravenoso). a y b) Cortes axiales, c) corte coronal. Se identifica una lesión pseudonodular con aumento de la densidad de la grasa en la topografía del omento mayor, tanto en la fosa iliaca como en el flanco, ambos derechos, la cual ejerce efecto de masa sobre el ciego, colon ascendente e ileon terminal. La lesión mide 3,1 x 6,5 x 10,6 cm (AP x T x L); hay ingurgitación vascular y efecto de "remolino" de las estructuras vasculares del omento mayor. Hallazgo sugestivo de torsión e infarto del omento (flechas).

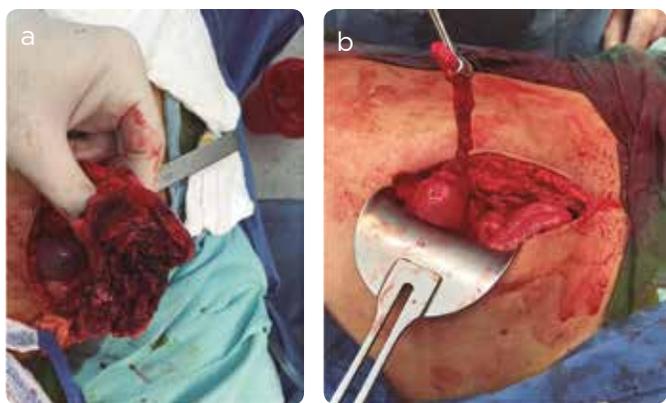


Figura 3. Imágenes quirúrgicas. a) Exposición del omento con signos de isquemia y necrosis. Hallazgo que se correlaciona con las imágenes del UroTAC y la TCM del abdomen con medio de contraste. b) Apéndice cecal sano.

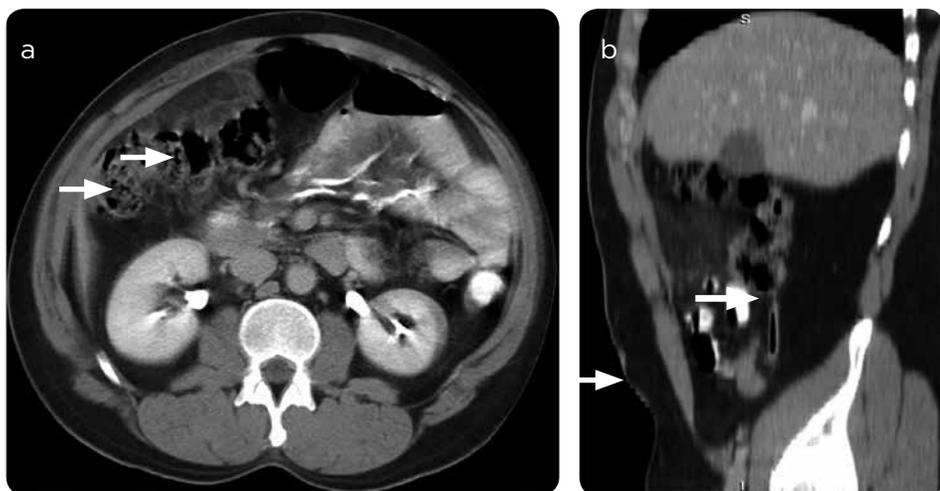


Figura 4. TCM de abdomen con medio de contraste. a) Corte axial. Infarto del omento (flechas). b) Corte sagital. Apéndice cecal normal (flechas).

## 5. Clínica

Los pacientes consultan por dolor abdominal de inicio súbito que aumenta en intensidad (3,4,7) pero no se irradia a la pared abdominal (4). Ocasionalmente puede acompañarse de náuseas, vómito, anorexia, fiebre, disfunción del tracto gastrointestinal (3,5,7) y acompañado de elevación de los reactantes de fase aguda (3,5).

Al examen físico algunos pacientes pueden manifestar síntomas de irritación peritoneal (4).

## 6. Hallazgos imagenológicos

### 6.1 TCM

En el infarto se ve un área con densidad de grasa de alta atenuación centrada en el omento (1,3,7,8,11) con un anillo de alta densidad (15) que puede estar cerca del colon (3,11). Se puede acompañar de engrosamiento reactivo de la pared del TGI pero esta va a ser menor que la estriación de la grasa (3,11). Cuando el infarto del omento es secundario a torsión se ven imágenes lineales concéntricas o signo del “torbellino” (1,2,5,7,8,13) (figura 4).

En raras ocasiones el infarto del omento compromete el lado izquierdo (figura 5).

### 6.2 Ecografía

El hallazgo típico es una masa hiperecoica (4,5,7) y está adherida a la pared abdominal (4).

## 7. Diagnósticos diferenciales

### 7.1 Apendicitis

El apéndice es una estructura tubular ciega (16) que representa un divertículo verdadero localizado en la base del ciego cerca de la válvula ileocecal (7).

En condiciones normales mide entre 6 y 9 cm de longitud (7), tiene un diámetro transversal máximo de 6 mm (11) y un engrosamiento normal de su pared menor de 2 mm (16).

La patogénesis inicia con la obstrucción luminal causada por hiperplasia linfoide, fecalitos, cuerpos extraños, infecciones virales, piógenas, parasitarias y en menor proporción puede tener un origen neoplásico. Posteriormente, la secreción continua de moco intraluminal provoca una elevación de la presión con distensión, congestión venosa, compromiso arterial e isquemia tisular (11,17).

Las bacterias lumbales se multiplican e invaden la pared apendicular, lo que causa inflamación transmural, produce infarto apendicular y microperforación. En este punto, la inflamación se extiende hasta el peritoneo parietal y las estructuras adyacentes (11).

El diagnóstico de apendicitis aguda se realiza con base en la historia clínica, los exámenes de laboratorio y esencialmente con el examen físico (7). Sin embargo, cerca del 20-33 % de los pacientes con posible apendicitis presentan rasgos atípicos (17). El examen físico tiene una precisión diagnóstica general que oscila entre 78 y 92 % en los pacientes de sexo masculino y es mucho menor en el sexo femenino con un rango entre 58 y 85 % (7). Adicionalmente, la posición pélvica

o retroileal y la posición retrocecal del apéndice pueden dificultar el diagnóstico, debido a que el dolor abdominal puede localizarse en la pelvis o en el flanco y el ángulo costovertebral derechos, respectivamente, a diferencia del dolor localizado en la fosa iliaca derecha que se observa en el cuadro clásico de apendicitis aguda (7).

La TCM es una prueba con excelente precisión para el diagnóstico de apendicitis aguda con una sensibilidad y especificidad de 94 % y 95 %, respectivamente, en adultos y adolescentes (17-19) (US y de 94 % y 95 % respectivamente en niños (11)). Este método ofrece resultados superiores a los del ultrasonido, el cual tiene una sensibilidad de 86 % y especificidad de 81 % (18).

La resonancia magnética (RM), a su vez, presenta una excelente sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de apendicitis aguda de 97 a 100 % y de 92 a 93,6 %, respectivamente (16).

De acuerdo con los criterios de adecuación de la American College of Radiology (ACR), el uso de la RM es más apropiado que el uso de la TCM en pacientes embarazadas con dolor en el cuadrante inferior derecho, fiebre y leucocitosis. Es también una alternativa atractiva, después del ultrasonido, para este grupo de pacientes y para la población pediátrica, en quienes la exposición a las radiaciones ionizantes es una preocupación importante. Se considera, por lo tanto, como segunda modalidad de imagen después del ultrasonido en estos dos grupos de pacientes cuando los resultados del ultrasonido no son diagnósticos o son equívocos (16).

Los hallazgos de apendicitis aguda en TCM reflejan la gravedad de la inflamación (7). Así, el aire o material de contraste en el apéndice, rodeado de grasa de aspecto normal, indica ausencia de apendicitis.

En los casos leves los hallazgos son sutiles y puede verse un apéndice mínimamente distendido, lleno de líquido, con un diámetro normal y sin estriación de la grasa adyacente. Se han descrito como signos directos de apendicitis aguda (11) la distensión luminal entre 7 a 15 mm de diámetro transversal, con un engrosamiento circunferencial anormal de la pared mayor de 2 mm (16), un realce de la pared apendicular tras la administración del medio de contraste, que puede ser homogéneo o estratificado (hallazgo conocido como signo de la “diana”) (7) y la estriación de aspecto espiculado o filamentoso de la grasa pericecal y peripendicular (7,16) (figura 6).

Los signos indirectos o secundarios de apendicitis aguda son: un apendicolito (no siempre indica apendicitis y puede ser un hallazgo incidental) (7), el engrosamiento del ápex cecal que puede identificarse mediante dos signos: 1. Signo de la barra cecal, que representa el cambio inflamatorio lineal que separa la base del apéndice del ciego lleno de contraste o de un apendicolito. 2. Signo de “cabeza de flecha” que se forma por el engrosamiento en forma triangular del ciego que rodea el orificio apendicular (7,17).

Para lograr una adecuada identificación del apéndice cecal y los signos anteriormente descritos es importante lograr una opacificación y una distensión óptimas del ciego con material de contraste, el cual puede ser administrado por vía oral y/o a través del recto. Sin embargo, ninguna técnica muestra una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a precisión diagnóstica.

Otros signos inflamatorios periapendiculares incluyen flemón, líquido, burbujas, absceso y adenopatías (7).

### 7.2 Adenitis mesentérica

Inflamación de los ganglios linfáticos mesentéricos que puede generar dolor abdominal agudo o crónico (7), con presentación clínica inespecífica (7). Es la segunda causa más común de dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho luego de la apendicitis (7).

La adenitis mesentérica es ante todo un diagnóstico imaginológico y se divide en dos grupos: Primaria y secundaria (6).

- » **Primaria:** Conglomerado de 3 o más adenopatías en el cuadrante inferior derecho que miden 5 mm o más, sin evento inflamatorio aparente o con ligero engrosamiento del íleon terminal (< 5 mm) (7). La ileitis infecciosa se ha postulado como su causa más común (7) (figura 7).
- » **Secundaria:** Se asocia a otras etiologías como la apendicitis, la enfermedad de Crohn, colitis, lupus, entre otras (7).

### 7.3 Diverticulitis

Es una de las causas más comunes de dolor en el hemiabdomen izquierdo (3). Se ve el divertículo inflamado con estriación de la grasa, engrosamiento y realce de la pared del colon adyacente (3) (figura 8).

Las complicaciones son fístulas, abscesos y perforación (3).

### 7.4 Inflamación de apéndice epiploico

Es una patología benigna y autolimitada que causa dolor abdominal. Se produce por la inflamación, torsión o isquemia de los apéndices epiploicos (3,7), que son pequeñas evaginaciones benignas de la porción antimesentérica del colon (en su capa serosa) hacia la grasa del peritoneo visceral y contienen vasos sanguíneos (3).

Los apéndices epiploicos se encuentran en cualquier porción del colon, pero la mayoría aparecen en el sigmoidees (48 % de los casos). La segunda localización más frecuente es el colon descendente, seguida por el colon ascendente (7).



Figura 5. Infarto del omento en el lado izquierdo (flechas).



Figura 6. a) Apéndice inflamado con aumento de su diámetro transversal, engrosamiento y realce con medio de contraste de la pared, y aumento de la densidad de la grasa circundante (flechas). b) Apendicolito (flecha).



Figura 7. Paciente de 15 años con dolor en fosa iliaca derecha. a) Múltiples ganglios linfáticos mesentéricos formando conglomerado (flechas). b) Apéndice cecal normal (flechas).



Figura 8. Divertículo posterior del colon descendente con paredes engrosadas (flecha), aumento de la densidad de la grasa pericolónica, engrosamiento de la fascia lateroconal, líquido pericolónico y engrosamiento de la pared posterior del colon.

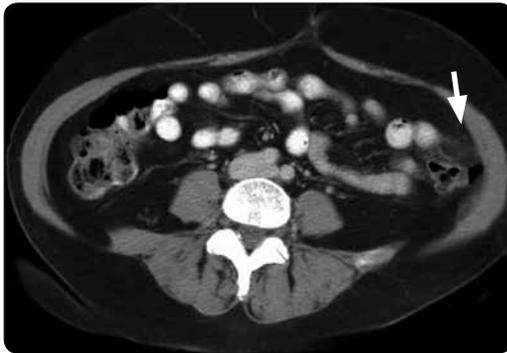


Figura 9. Imagen ovalada en el borde antimesentérico del colon, con aumento de la densidad y estricción de la grasa adyacente. Además, realce periférico en anillo (flecha).

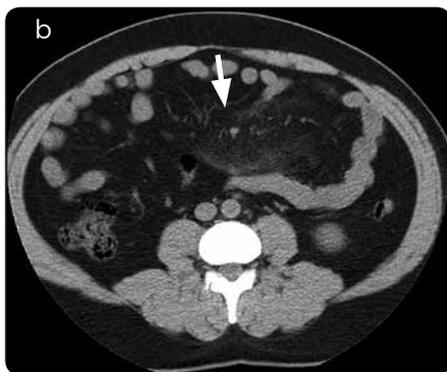


Figura 10. a) Aumento de la densidad de la grasa en la raíz del mesenterio, con pseudocápsula anterior. b) Respeto de la densidad de la grasa perivascular (flechas).

Los hallazgos en TCM incluyen: Aumento de la densidad de la grasa adyacente a la porción antimesentérica del colon, con forma ovoide y con un anillo periférico que realza (3,7). También puede verse una imagen puntiforme de alta densidad, de localización central, que representa un vaso sanguíneo. Estos hallazgos se asocian a un engrosamiento de la pared del colon (7,11) (figura 9).

Cuando se resuelve el proceso inflamatorio, usualmente, desaparecen por completo los hallazgos descritos anteriormente en las imágenes. Sin embargo, en ocasiones, como parte del proceso de cicatrización, el apéndice epiploico se puede calcificar y separarse de la pared del colon, desplazándose libremente por la cavidad peritoneal (7).

### 7.5 Paniculitis mesentérica

Es una enfermedad de causa poco clara. Puede presentarse como única manifestación o estar asociada a varias condiciones clínicas.

Estos pacientes consultan por dolor abdominal progresivo o intermitente con masa abdominal palpable (3). En la TCM se identifica un aumento de la densidad de la grasa localizado en la raíz del mesenterio, respetando la densidad normal de la grasa de la periferia de los vasos. También, se observa una pseudocápsula de localización principalmente anterior y pequeños ganglios linfáticos adyacentes menores de 1 cm (3) (figura 10).

Se recomienda el manejo conservador para esta enfermedad con antiinflamatorios, analgésicos y antibióticos (4,8,15), aunque se ha descrito como una condición autolimitada (11,15). El manejo quirúrgico se reserva para los casos en que el diagnóstico es dudoso y se asocia a signos de irritación peritoneal, dolor incontrolable (15), infección o signos de obstrucción intestinal. El seguimiento por imágenes se realiza para descartar el desarrollo de otras entidades que inicialmente pueden tener manifestaciones similares, como el tumor carcinóide o los trastornos linfoproliferativos (12).

## 8. Conclusión

El infarto del omento mayor es una causa rara de dolor abdominal agudo, es un diagnóstico de exclusión y antes deben descartarse otras entidades que alteran la densidad de la grasa intraperitoneal. Generalmente compromete el lado derecho. Es de manejo conservador.

Se presentó un caso de infarto del omento con evolución inusual, que requirió manejo quirúrgico y demostró torsión del epiplón mayor, tanto en las imágenes como en cirugía.

## Referencias

1. Kamaya A, Federle MP, Desser TS. Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics. *Radiographics*. 2011;31(7):2021-34.
2. Eunhye Y, Hee KJ, Kim M-J. Greater and lesser omenta: Normal anatomy and pathologic processes I. *Radiographics*. 2007;707-21.
3. Tonerini M, Calcagni F, Lorenzi S, Scalise P, Grigolini A, Bemì P. Omental infarction and its mimics: imaging features of acute abdominal conditions presenting with fat stranding greater than the degree of bowel wall thickening. *Emerg Radiol*. 2015;431-6.
4. Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, Stano R, Vázquez G. Acute abdomen due to primary omental torsion and infarction. *Case Rep Surg*. 2014;2014:1-4.
5. Soobrah R, Badran M, Smith SG. Conservative management of segmental infarction of the greater omentum: a case report and review of literature. *Case Rep Med*. 2010;2010:10-2.
6. Rao A, Remer EM, Phelan M, Hatem SF. Segmental omental infarction. *Emerg Radiol*. 2007;14(3):195-7.

7. Patel NB, Wenzke DR. Evaluating the Patient with right lower quadrant pain. *Radiol Clin North Am.* 2015;53(6):1159-70.
8. Barai KP, Knight BC. Diagnosis and management of idiopathic omental infarction: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2(6):138-40.
9. 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.
10. Paroz A, Halkic N, Pezzetta E, Martinet O. Idiopathic segmental infarction of the greater omentum: A rare cause of acute abdomen. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(6):805-8.
11. Pereira JM, Sirlin CB, Pinto PS, Jeffrey RB, Stella DL, Casola G. Disproportionate fat stranding: a helpful CT sign in patients with acute abdominal pain. *Radiographics.* 2004;24(3):703-15.
12. Abdulaziz A, Zalabany T El, Rahim A, Sayed A, Ansari A Al. Case Report idiopathic omental infarction , diagnosed and managed laparoscopically: A case report. *Case Rep Surg.* 2013;2013:3-6.
13. Park TU, Oh JH, Chang IT, Lee SJ, Kim SE, Kim CW, et al. Omental infarction: Case series and review of the literature. *J Emerg Med.* 2012;42(2):149-54.
14. García Garrigos E, Pascual Robles MD. Torsión omental secundaria a hernia inguinal. *Radiología.* 2015;57(2):173-4.
15. Litzau M, Lall MD. Idiopathic left upper quadrant omental infarction: Diagnosed and managed conservatively in the ED. *Am J Emerg Med.* 2015;33(5):741.e1-741.e2.
16. Singh A, Danrad R, Hahn PF, Blake MA. MR imaging of the acute abdomen and pelvis: Acute appendicitis and beyond. *Radiographics.* 2007;27(5):1419-31.
17. Ostiz M, Amorena E, Campillo A, Bermejo R, Escolar F. Apendicitis aguda atípica diagnosticada durante una colonoscopia. *An Sist Sanit Navar.* 2013;36(1):129-31.
18. Reich B, Zalut T, Weiner SG. An international evaluation of ultrasound vs. computed tomography in the diagnosis of appendicitis. *Int J Emerg Med.* 2011;4(1):68.
19. Van Randen A, Laméris W, Van Es HW, Van Heesewijk HPM, Van Ramshorst B, Ten Hove W, et al. A comparison of the accuracy of ultrasound and computed tomography in common diagnoses causing acute abdominal pain. *Eur Radiol.* 2011;21(7):1535-45.

## Correspondencia

Ricardo Uribe González  
Diagonal 29D # 9A Sur-150  
Medellín, Colombia  
ricardouribegonzalez@gmail.com

Recibido para evaluación: 30 de enero de 2017

Aceptado para publicación: 23 de noviembre de 2017