





DOI: [10.52428/20756208.v20i48.1264](https://doi.org/10.52428/20756208.v20i48.1264)

# Infarto de omento, un reto diagnóstico y terapéutico: reporte de caso clínico

## Omental infarction, a diagnostic and therapeutic challenge: clinical case report

 Dennis M. Ticona-Ledezma<sup>1</sup>  María E. Villca-Mamani<sup>2</sup>  José J. Ascarraga-Vidal<sup>3</sup>  
 Marisol Crespo Bazoalto<sup>4</sup>

### RESUMEN:

El reporte de caso describe un paciente con infarto omental (IO) manejado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Obrero N°3 de Santa Cruz. Diversos autores han señalado que el IO es raro; lo especial de este caso radica en su presentación y manejo en un entorno de terapia intensiva, lo cual es inusual ya que el IO suele tratarse de forma conservadora. Este reporte contribuye a la literatura al documentar una posible presentación más severa o complicada de esta rara entidad, especialmente en Bolivia, donde no existen publicaciones previas. Los hallazgos clínicos incluyeron dolor abdominal agudo, cuya sospecha clínica llevó al diagnóstico, aunque no se detallan síntomas específicos en este resumen. La tomografía axial computarizada (TAC) fue crucial para identificar las características típicas del infarto omental. El diagnóstico primario fue infarto omental. El tratamiento implementado se esquematizó en la UCI, sugiriendo un manejo más intensivo que el conservador. Los resultados resaltan la importancia de considerar el IO en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo incluso en pacientes críticos. Como lección para llevar, este informe subraya la necesidad de mantener un alto índice de sospecha para el infarto omental, incluso en presentaciones atípicas que requieren cuidados intensivos, y resalta el papel fundamental de la TAC para su diagnóstico oportuno

**Palabras Clave:** Abdomen agudo, falla multiorgánica, infarto de omento, laparoscopia exploradora, tomografía axial computarizada.

### ABSTRACT:

This case report describes a patient with omental infarction (OI) managed in the Intensive Care Unit (ICU) of Hospital Obrero N°3 in Santa Cruz. Several authors have pointed out that OI is rare; the unique feature of this case lies in its presentation and management in an intensive care setting, which is unusual since OI is usually treated conservatively. This report contributes to the literature by documenting a possible more severe or complicated presentation of this rare entity, especially in Bolivia, where there are no previous publications. Clinical findings included acute abdominal pain, the clinical suspicion of which led to the diagnosis, although specific symptoms are not detailed in this abstract. Computed axial tomography (CT) was crucial in identifying the typical features of omental infarction. The primary diagnosis was omental infarction. The treatment implemented was outlined in the ICU, suggesting more intensive than conservative management. The results highlight the importance of considering OI in the differential diagnosis of acute abdomen, even in critically ill patients. As a take-home lesson, this report underlines the need to maintain a high index of suspicion for omental infarction, even in atypical presentations requiring intensive care, and highlights the critical role of CT for its timely diagnosis.

**Keywords:** Acute abdomen; computed tomography; exploratory laparoscopy; multiorgan failure; omental infarction.

#### Filiación y grado académico

<sup>1</sup>Especialista en medicina crítica y terapia intensiva. Hospital Obrero N° 3. Santa Cruz, Bolivia. [dms\\_fox@hotmail.com](mailto:dms_fox@hotmail.com)

<sup>2</sup>Residente de medicina crítica y terapia intensiva. Hospital Obrero N° 3. Santa Cruz, Bolivia. [villcamamanimariaelena@gmail.com](mailto:villcamamanimariaelena@gmail.com)

<sup>3</sup>Residente de medicina crítica y terapia intensiva. Hospital Obrero N° 3. Santa Cruz, Bolivia. [jose.ascarraga37@gmail.com](mailto:jose.ascarraga37@gmail.com)

<sup>4</sup>Médico cirujano, Clínica Brasil. Santa Cruz, Bolivia. [marisolcrespop21@hotmail.com](mailto:marisolcrespop21@hotmail.com)

#### Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios

#### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés y se responsabilizan de contenido vertido.

**Recibido:** 28/01/2025

**Revisado:** 23/04/2025

**Aceptado:** 27/05/2025

**Publicado:** 27/06/2025

#### Citar como

Ticona Ledezma, D. M., Villca-Mamani, M., Ascarraga-Vidal, J., & Crespo Bazoalto, M. El infarto de omento, un reto diagnóstico y terapéutico: reporte de caso clínico. *Revista De Investigación E Información En Salud*, 20(48), 174–182. <https://doi.org/10.52428/20756208.v20i48.1264>

#### Correspondencia

Dennis M. Ticona-Ledezma.

[dms\\_fox@hotmail.com](mailto:dms_fox@hotmail.com)

Tel. y celular: +591 65602611

## INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo representa una de las principales causas de consulta en los centros de atención médica <sup>(1)</sup>. Dentro del amplio espectro de patologías que pueden manifestarse con esta sintomatología, el infarto omental (IO) constituye una entidad infrecuente, con una incidencia reportada menor al 1% de los casos de abdomen agudo <sup>(1)(2)</sup>. La certeza diagnóstica de esta condición, caracterizada por ser un proceso inflamatorio, autolimitado y benigno del omento, oscila entre el 0,6% y el 4,8% <sup>(2)</sup>. Dada su baja frecuencia y el limitado conocimiento acerca de esta enfermedad, la investigación científica relacionada con sus características clínicas y tratamiento se considera necesaria para perfeccionar el manejo integral de los pacientes <sup>(2)</sup>.

En el contexto científico actual, el IO es reconocido como una causa rara, pero importante a considerar en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo <sup>(3)(4)</sup>. Generalmente, afecta la porción derecha del omento mayor <sup>(4)</sup> y, debido a su presentación clínica, a menudo se sospecha inicialmente apendicitis o colecistitis, realizándose el diagnóstico en muchos casos de forma intraoperatoria <sup>(4)</sup>. No obstante, con el avance de las técnicas de imagenología, especialmente la tomografía axial computarizada (TAC), el diagnóstico preoperatorio es cada vez más factible <sup>(2)</sup>. La TAC se considera la mejor prueba para su diagnóstico, permitiendo además descartar otras patologías <sup>(3)(11)</sup>.

La ecografía es una técnica útil para el diagnóstico diferencial preoperatorio no invasivo entre afecciones inflamatorias (como la apendicitis) y el infarto omental, especialmente al detectar la inmovilidad del epiplón adherido a la pared abdominal (“signo de la grasa anclada”) <sup>(13)</sup>.

La literatura mundial y latinoamericana reportada hasta el momento sobre el infarto omental es escasa <sup>(1)</sup>. Sin embargo, los casos clínicos publicados permiten identificar patrones y establecer estrategias de manejo. En cuanto al tratamiento, existe controversia entre el manejo conservador con fármacos como conducta inicial y el tratamiento quirúrgico <sup>(2)</sup>. Algunos autores abogan por la resección quirúrgica para una resolución inmediata del cuadro y una baja tasa de complicaciones, argumentando la posibilidad de diagnosticar causas subyacentes,

la menor agresión con la cirugía mínimamente invasiva y la existencia de casos con complicaciones posteriores al manejo conservador, como abscesos, adherencias o persistencia de síntomas <sup>(2)</sup>. Por otro lado, se ha optado por el tratamiento conservador en casos con diagnóstico positivo en pruebas de imagen, evitando una intervención quirúrgica que podría ser innecesaria <sup>(3)</sup>. Medina-Gallardo et al. <sup>(3)</sup> presentaron dos casos de infarto omental primario con tratamiento conservador, sugiriendo que esta opción debe considerarse ante un diagnóstico por imagen y poca afectación del estado general.

Considerando la poca literatura reportada a nivel mundial y latinoamericano <sup>(1)</sup>, ninguna publicación en Bolivia y la importancia de incluir el infarto omental en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, especialmente en laparoscopias con apéndice cecal sano <sup>(1)</sup>, el presente trabajo se centra en describir un caso clínico de esta entidad.

El objetivo general de este estudio es reportar un caso clínico de infarto de omento manejado en la UCI del Hospital Obrero N°3 del departamento de Santa Cruz, contribuyendo así al conocimiento de esta patología infrecuente en este contexto específico; por otro lado, se plantearon detallar las características clínicas de la presentación del infarto de omento en el paciente del caso reportado; describir el abordaje diagnóstico utilizado y los hallazgos relevantes; esquematizar el tratamiento terapéutico implementado en la UCI; discutir la relevancia de este caso en el contexto del infarto de omento como causa inusual de abdomen agudo, particularmente en el ámbito de la terapia intensiva.

Por otra parte, la metodología utilizada fue un estudio de caso descriptivo, retrospectivo. Detallando la secuencia de eventos clínicos, los hallazgos diagnósticos y la respuesta al tratamiento. Se compararon las características del caso con la información disponible en la literatura científica sobre infarto omental. Se discutieron las similitudes y diferencias encontradas, en relación con la presentación clínica atípica o la falla multiorgánica mencionada.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 76 años, sexo masculino, procedente y residente de Santa Cruz-Bolivia, antecedentes de clínicos: hipertensión arterial sistémica desde hace 20 años medicado con losartan 50 mg, diabetes

mellitus tipo 2 desde hace 15 años medicado por metformina 500 mg, 1 comprimido por día, infarto agudo de miocardio de cavidades derecha con colocación de stent farmacológico en coronaria derecha hace 5 años, antecedente quirúrgico apendicectomizado hace 15 años.

En septiembre del presente año, paciente ingresa al Hospital Obrero N° 3 por el servicio de emergencia con cuadro clínico de 6 horas de evolución

caracterizado por dolor abdominal intermitente de moderada intensidad en región epigástrica que se irradia a región mesogastrio, acompañado de náuseas, vómitos gástricos en tres oportunidades inicialmente relacionado a la ingesta de comida de mar, se realizan exámenes laboratoriales observándose valores de enzima (amilasa, lipasa) tres veces elevado el valor de lo normal además de enzimas hepáticas caniculares y bilirrubina elevadas a expensa de la bilirrubina directa, ver Tabla 1.

**Tabla 1.** Evolución laboratorial del paciente.

Evolución laboratorial en terapia intensiva				
Prueba	Ingreso	1ra semana	2da semana	alta de UCI
Leucocitos	9,1 mm3	11,160 mm3	27,800 mm3	9,0 mm3
Hemoglobina	12,8 gr/dl	12,4 gr/dl	10,4 gr/dl	11,2 gr/dl
Plaquetas	177,000 mm3	133,000 mm3	271,000 mm3	224,000 mm3
Urea	70 mg/dl	36 mg/dl	100 mg/dl	80 mg/dl
Creatinina	1,39 mg/dl	2.5 mg/dl	1,8 mg/dl	1,01 mg/dl
TP INR	14,2/1,2	12.4/1.07	10.6/0.9	12.6/1.0
Sodio/potasio	137/3,6 mEq	145/3,6 mEq	141/5,09 mEq	138,5/3,9 mEq
ALT/AST	320/303 U/L	112/87 U/L	29/42 U/L	40/38 U/L
Albumina	3,4 mg/dl	3,2 mg/dl	2,9 mg/dl	3,0 mg/dl
Procalcitonina	100 ng/ml	11,83 ng/ml	27,94 ng/ml	2,0 ng/ml
Aamilasa	140 u/l	642 u/l	300 u/l	200 u/l
Lipasa	1164 u/l	1653 u/l	900 u/l	250 u/l
Troponina	negativo	Negativo		
CPK	450 u/l	619 u/l		
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	175	190	280	320

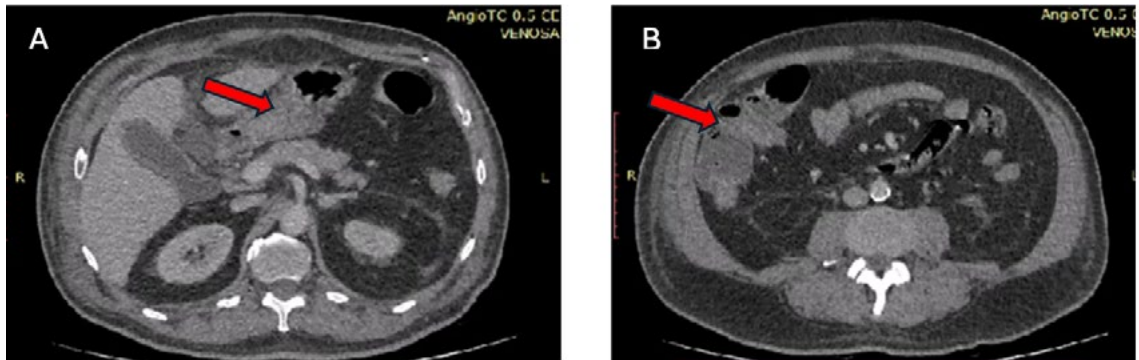
TP: Tiempo de protrombina, INR: Índice internacional normalizado, ALT: Alanina aminotransferasa, AST: Aspartato aminotransferasa, CPK: Creatina-fosfoquinasa, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> Presión arterial de oxígeno/Fracción inspirada de oxígeno.

En el estudio imagenológicos, ecografía abdominal reporta barro biliar y paredes engrosadas, páncreas heterogéneo sin cambios irregulares. Paciente con evolución desfavorable con mayor descompensación hemodinámica con ascenso de noradrenalina a 0,3 mcg/kg/min, se realiza la valoración de terapia intensiva quirúrgica en la unidad de emergencia.

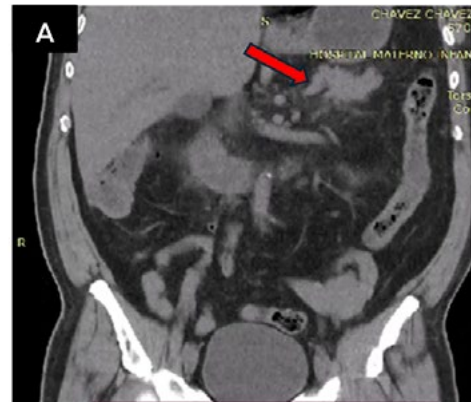
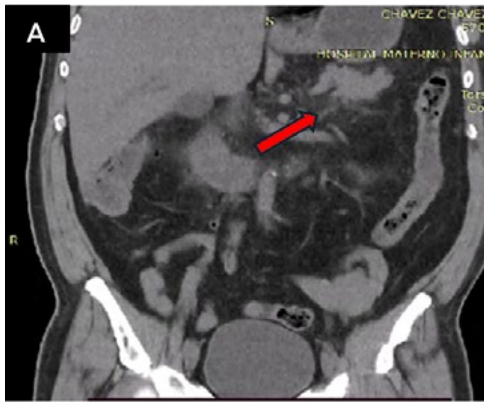
Paciente ingresa a la unidad de terapia intensiva quirúrgica con los diagnósticos iniciales de un choque séptico foco abdominal, pancreatitis aguda clasificación de Atlanta moderadamente severa, insuficiencia renal aguda AKIN II, se realiza ecografía con parámetros de vena vaca inferior 35% de colapsabilidad, con VEXUS “puntuación ecográfica de congestión venosa” (Venous Excess Ultrasound Score) congestivo severo grado 3, velocidad tiempo integral (VTI) disminuido, por el cual se decide asociar como un segundo vasopresor (vasopresina 0,03 mcg/min) por shock séptico refractario, se rotan antibióticos de amplio espectro previa toma de cultivos (meropenem 1g cada 8 horas por 14 días). Otras descompensaciones se evidencio la acidosis láctica severa, falla orgánica múltiple (cardiovascular, pulmonar, hepático, renal

y coagulación), dentro de su evolución presenta descenso de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 200 mmHg, ascenso de vasoactivos (noradrenalina, vasopresina) además de mayor distensión abdominal con equimosis periumbilical, ascenso de azoados y oligoanuria, reporte de últimos laboratorios solicitados enzimas cardiacas creatin kinasa elevado 5 veces el valor de los normal y troponinas negativas.

En sospecha de infarto mesentérico se solicita angiotomografía de abdomen fase arterial y venosa, evidenciándose, con un páncreas con adecuado tamaño con rebordes, realce homogéneo al medio del contraste, vesícula biliar con paredes edematizadas, arteria aorta abdominal y vena cava inferior de calibre conservado, con adecuada opacificación al medio del contraste, placas de ateromas cálcicas en la aorta e iliacas, cambios inflamatorios de la grasa perirrenal bilateral, escaso liquido libre, distorsión de la grasa a nivel de epigastrio masa grasa inflamada con pseudo capsula, que mide 80 x 70 mm, este último compatible con el diagnostico de infarto omental en epigastrio, ver Figura 1 y Figura 2.



**Figura 1.** Tomografías de abdomen con contraste en fase venosa, A) corte axial donde se observan distorsiones de la grasa a nivel de epigastrio, B) masa grasa inflamada con pseudocapsula, mide 80x 75 mm característico infarto omental en epigastrio.

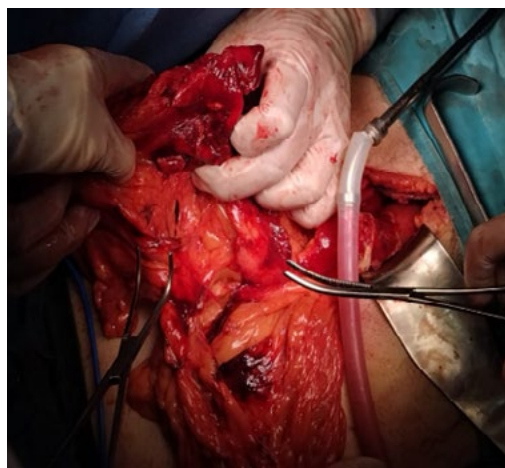
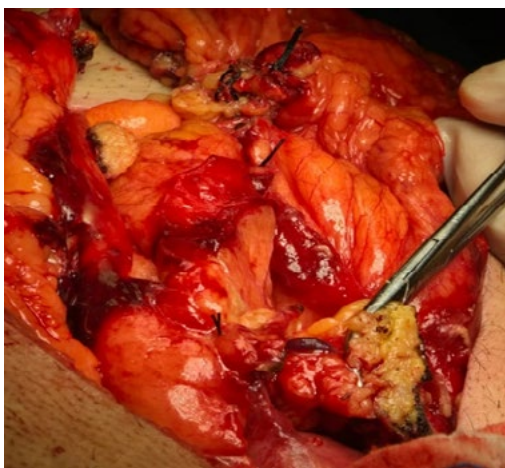


**Figura 2.** Tomografías de abdomen y pelvis con contraste corte sagital, A) se observan distorsión de la grasa a nivel de epigastrio.

Paciente manejado en conjunto con la especialidad de cirugía general se coordinó intervención quirúrgica realizándose laparoscopia exploradora. Durante el acto quirúrgico se observa absceso a nivel del epiplón y ligamento redondo el cual se libera con maniobras romas con abundante salida de débito purulento, (toma de muestra para cultivo) se revisa las estructuras no lográndose visualizarse el foco del mismo y ante la sospecha de perforación de duodeno se decide convertir a cirugía convencional para una mejor evaluación y abordaje de la cavidad abdominal, se ingresa por una herida mediana supra e infra umbilical se observa el epiplón mayor con signos de necrosis por lo cual se realiza resección de la misma con ligadura de todo el segmento grueso, se deja dos drenajes uno abocado al hecho

quirúrgico y el otro en espacio recto vesical (débito serohemático escasos diario) se realiza lavado exhaustivo con solución salina estéril, hemostasia adecuada y satisfactoria por lo que deciden cierre por plano de pared abdominal, posterior a 2 horas terminan el procedimiento sin complicaciones, ver Figura 3.

En su post quirúrgico inmediato regresa a nuestra UCI, extubado, adecuada mecánica respiratoria bajo efectos de anestesia general, con aporte de 2 litros de oxígeno por cánula, saturación de oxígeno adecuada mayor a 95%, hemodinamia inestable (vasoactivos) y se continúa con el monitoreo multiparamétrico continuo.



**Figura 3.** Ambas imágenes de hallazgos intraoperatorios en el que se observa infarto en sectores difusos del omento.



A las 48 horas del procedimiento quirúrgico, el paciente presenta evolución clínica favorable con mejoría integral de los parámetros hemodinámicos. Se observó descenso progresivo de los requerimientos de soporte vasoactivo, logrando el retiro completo de noradrenalina y vasopresina. Paralelamente, se documentó incremento sostenido de la relación  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ , reflejando mejoría en el intercambio gaseoso y adecuada oxigenación tisular. Se restableció el flujo urinario a volúmenes adecuados, evidenciando recuperación de la perfusión renal, acompañado de un descenso progresivo de cifras de urea y creatinina.

El paciente mostró buena tolerancia a la vía oral, iniciando dieta a las 24 horas del postoperatorio sin presentar intolerancia gastrointestinal. A nivel metabólico y sistémico, se constató normalización progresiva de los biomarcadores inflamatorios, con descenso significativo de leucocitosis, aclaramiento del lactato sérico, reducción sostenida de la proteína C reactiva (PCR) y de los niveles de procalcitonina. Estos hallazgos reflejan adecuada respuesta al tratamiento instaurado y resolución progresiva del cuadro infeccioso inicial.

Paciente internado una semana en su totalidad en la unidad de terapia intensiva quirúrgica con evolución postoperatoria favorable con control tomográficos (tórax/abdomen/pelvis) sin evidencia de lesiones adicionales, por lo que es dado de alta a piso con seguimiento multidisciplinario para continuar manejo y recuperación (cirugía general, fisioterapia, medicina interna).

## DISCUSIÓN

El presente reporte de caso describe la presentación y manejo de un paciente con infarto omental (IO) en la UCI del Hospital Obrero N°3 del departamento de Santa Cruz. El infarto omental es reconocido mundialmente como una entidad infrecuente dentro del espectro del abdomen agudo, con una certeza diagnóstica que oscila entre el 0,6% y el 4,8%<sup>(1)</sup>. Esta baja incidencia resalta la importancia de reportes de casos como el nuestro, que contribuyen a la literatura existente y pueden mejorar el reconocimiento de esta patología, especialmente en contextos inusuales como la unidad de cuidados intensivos.

El omento mayor, llamado también epiplón mayor o gastro cólico, es un repliegue peritoneal grande, de cuatro capas, que cuelga como un delantal desde la curvatura mayor del estómago y la cara anterior del colon transversal, contiene grasa y vasos sanguíneos, los que parten de la arteria gastro-omental derecha, rama de la arteria gastro-duodenal, y la arteria gastro-omental izquierda, rama de la arteria esplénica, cuya función es contener la propagación de procesos infecciosos e inflamatorios intraperitoneales<sup>(3)(5)</sup>.

El infarto omental es un proceso inflamatorio, autolimitado, benigno, infrecuente del epiplón mayor resultante de compromiso vascular, descrito por primera vez por Eitel en 1899, y que afecta más al sexo masculino con una relación varón/mujer de 4 a 1. Es más común entre la cuarta y quinta décadas de la vida, el lado derecho del omento es más afectado debido a que es móvil y presenta una irrigación sanguínea larga y tortuosa que actúa como eje de torsión y es proclive a la trombosis venosa espontánea<sup>(6)(15)</sup>.

Sin embargo, numerosas investigaciones demuestran valores aumentados de amilasa y lipasa por encima de tres veces el límite superior de referencia en otras patologías (insuficiencia renal aguda, fallo renal crónico, enfermedades gastroduodenales e intestinales, patologías neuroquirúrgicas), lo que complica la toma de decisiones médicas al momento de realizar el diagnóstico e instauración del tratamiento<sup>(7)(8)</sup>.

Si bien la clínica y las enzimas pancreáticas suelen elevarse en otras patologías comunes gastrointestinales (apendicitis, pancreatitis, colecistitis), son diagnósticos comunes y frecuentemente diagnosticadas. En este reporte de caso el objetivo es arrojar a la luz sobre una patología poco común pero no menos importante en el contexto del dolor abdominal agudo<sup>(8)(9)</sup>.

En nuestro caso el diagnóstico inicial apuntaba a pancreatitis aguda (clínica y laboratorio), antes de la intervención quirúrgica, se realizó una tomografía computarizada y reveló distorsión de la grasa a nivel de epigastrio masa grasa inflamada con pseudo capsula, que mide 80 x 70 mm, este último compatible con el diagnóstico de infarto omental.

El manejo del paciente por su evolución rápida y severa en este caso mostró falla multiorgánica progresiva, por lo cual se necesitó un gran trabajo multidisciplinario y un tratamiento específico quirúrgico, con mejoría del cuadro del paciente posterior a las 48 horas de su acto quirúrgico.

Se destaca el plan estratégico del manejo hemodinámico, resolución completa de falla renal aguda, del dolor abdominal, además de normalización progresiva de laboratorios. Se enfatiza la importancia de incluir el infarto de omental en el espectro de diagnósticos de dolor abdominal agudo.

Paciente internado en unidad de terapia intensiva durante 7 días con mejoría clínica y quirúrgica se decide su alta a piso para continuar su manejo y seguimiento multidisciplinario.

En la literatura revisada, se menciona que el diagnóstico de IO se basa actualmente en hallazgos intraoperatorios o radiológicos <sup>(3)</sup>. La TAC se destaca como la mejor prueba para su diagnóstico, permitiendo además descartar otras patologías que pueden simular su presentación clínica <sup>(1)</sup>. Asumimos que en el caso que reportamos, la TAC jugó un papel crucial en el diagnóstico, dada la capacidad de esta técnica para identificar la masa grasa inflamada característica del infarto omental.

Respecto al tratamiento, las fuentes señalan una controversia entre el manejo conservador con fármacos como conducta inicial y el tratamiento quirúrgico <sup>(2)</sup>. Mientras que el manejo conservador se posiciona como una opción en casos con diagnóstico positivo por imagen y poca afectación del estado general, evitando una cirugía potencialmente innecesaria, el tratamiento quirúrgico ofrece una resolución completa del problema y un menor riesgo de recidiva o formación de abscesos <sup>(2)</sup>.

La decisión terapéutica en nuestro caso, al tratarse de un paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos, probablemente estuvo influenciada por la severidad del cuadro clínico o la presencia de complicaciones que motivaron su ingreso a esta unidad. Esta necesidad de manejo intensivo podría considerarse un resultado anómalo si se compara con la descripción de casos en la literatura donde el manejo conservador suele ser la opción más frecuente para pacientes con infarto omental

primario y sin complicaciones mayores <sup>(2)</sup>.

Es posible que la presentación clínica de nuestro paciente haya incluido características atípicas o una mayor afectación sistémica que no se describe comúnmente en los reportes de casos de infarto omental primario, inclinando la balanza hacia un manejo más agresivo o la necesidad de soporte en la UCI. Por ejemplo, las conclusiones del reporte caso previamente menciona la posibilidad de presentaciones atípicas y falla multiorgánica, lo que podría explicar la necesidad de cuidados intensivos. En contraste, Medina-Gallardo et al. <sup>(1)</sup> presentaron casos con tratamiento conservador en pacientes con poca afectación del estado general, lo que subraya la variabilidad en la presentación y el manejo del IO.

En cuanto a la metodología, el presente estudio se basa en un reporte de caso clínico. Si bien esta metodología es valiosa para describir entidades raras y generar hipótesis, presenta limitaciones inherentes. La principal limitación es la generalización de los hallazgos a una población más amplia, ya que se describe la experiencia de un único paciente. Además, un reporte de caso no permite establecer relaciones de causalidad ni determinar la eficacia de un tratamiento específico en comparación con otras alternativas o un grupo control. Sin embargo, en el contexto de una patología infrecuente como el infarto omental, los reportes de casos son fundamentales para aumentar el conocimiento colectivo y alertar sobre posibles presentaciones atípicas, como la necesidad de manejo en cuidados intensivos, más aún en Bolivia donde no se ha publicado ningún reporte de caso referido a esta patología.

El reporte de este caso de infarto omental, contribuye a la literatura al documentar una posible presentación más severa o complicada de esta rara entidad, resaltando la importancia de incluirla en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo incluso en pacientes críticos. Si bien el manejo conservador es frecuentemente descrito en la literatura para casos no complicados, la necesidad de ingreso en UCI en nuestro caso sugiere la existencia de un subgrupo de pacientes con infarto omental que requieren una atención más intensiva. Futuras investigaciones con series de casos más amplias podrían ayudar a caracterizar mejor este subgrupo y optimizar las estrategias de diagnóstico y tratamiento.

Este caso resalta la importancia de incluir al infarto omental como diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal agudo, especialmente cuando se presentan características clínicas atípicas y falla multiorgánica. La laparoscopia exploradora fue decisiva para el tratamiento del infarto omental y permitió abordar complicaciones potenciales, como la necrosis del epiploon mayor y el absceso, con una evolución favorable posterior. La documentación de casos como este es crucial para ampliar la comprensión del espectro clínico del infarto omental, especialmente en sus formas menos típicas. Este reporte de caso contribuye a la literatura existente al detallar la presentación y el manejo de un infarto omental en un entorno de cuidados intensivos, lo

que puede ayudar a otros clínicos a reconocer esta entidad en escenarios complejos y a considerar las diferentes opciones terapéuticas disponibles. Finalmente, el infarto omental, aunque raro, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, y la TAC es una herramienta esencial para su identificación. La necesidad de ingreso a la UCI puede indicar una presentación más severa o complicada, donde la estrategia de manejo debe individualizarse considerando la condición del paciente y las opciones terapéuticas disponibles. Este reporte de caso subraya la importancia de la vigilancia clínica y el uso adecuado de las herramientas diagnósticas para el manejo oportuno de esta patología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero-Serrano S, Pardo-González S, Capacho-Quintana D. Infarto omental como causa inusual de dolor abdominal: un reporte de caso. *Rev Med UIS*. [Internet] 2022;35(1):43–48. [consultado el 20 de mayo de 2024] doi:10.18273/revmed.v35n1-2022004.
2. Rivera-Veloz DM. Infarto omental, una entidad rara del abdomen agudo. *Col Med*. [Internet] 2025;4(1):42–47. [consultado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/200/161>.
3. 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;50(3):355–59. [consultado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://actagastro.org/infarto-de-omento-mayor-presentacion-de-dos-casos-con-un-tratamiento-conservador/>.
4. Ramos JL, Urbistondo A, Fernández M, García D, Eizaguirre I. Infarto omental: caso clínico y breve reseña de esta entidad. *Acta Pediatr Esp*. [Internet] 2015;73(1):e7–e11. [consultado el 20 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/notas-clinicas/1063-infarto-omental-caso-clinico-y-breve-resena-de-esta-entidad>.
5. Kamaya A, Federle MP, Desser TS. Imaging manifestations of abdominal fat necrosis and its mimics. *Radiographics*. [Internet] 2011;31(7):2021–34. [consultado el 20 de mayo de 2024]. doi:10.1148/rg.317115046.
6. Dávila-Hernández CA, Salas-Alache VM, Quispe-Nolazco CM, Carrasco-Farfán CA, Cámara-Reyes RR. Infarto omental. *Rev Soc Peru Med Interna*. [Internet]. 2022;35(4):e698. [consultado el 20 de mayo de 2024]. doi:10.36393/spmi.v35i4.698.
7. Fuel Herrera M, Gualpa Jácome G, Echeverría Llumipanta I. Utilidad de amilasa y lipasa en diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo. *Quim Cent*. [Internet]. 2018;6(1):11–19. [consultado el 20 de mayo de 2024]. doi:10.29166/quimica.v6i1.1411.
8. Diab J, Badiani S, Berney CR. Diagnosis and management of adult omental infarction: 10-year case series. *World J Surg*. [Internet]. 2021;45(6):1734–41. doi:10.1007/s00268-021-06043-1.



9. Brito Y, Assi H, González AI, Shaban S, Tiesenga F, Jorge J. Etiologías poco comunes del dolor abdominal agudo: un informe de caso sobre el infarto omental. *Cureus*. [Internet]. 2024;16(6):e62493. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.7759/cureus.62493](https://doi.org/10.7759/cureus.62493).
10. Nached M, Nached Y, Al Awa A. Infarto omental idiopático que presenta dolor abdominal recurrente. *Cureus*. [Internet]. 2023;15(1):e33796. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.7759/cureus.33796](https://doi.org/10.7759/cureus.33796).
11. Lee SJ, Le KDR, Mark P. Spontaneous omental infarction as a rare differential for right iliac fossa pain: a case report and review of the literature. *Clin Case Rep*. [Internet]. 2024;12(7):e9151. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.1002/ccr3.9151](https://doi.org/10.1002/ccr3.9151).
12. Kar H, Khabbazazar D, Acar N, Karasu Ş, Bağ H, Cengiz F, et al. Are all primary omental infarcts truly idiopathic? Five case reports. *World J Clin Cases*. [Internet]. 2024;12(24):5596–5603. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.12998/wjcc.v12.i24.5596](https://doi.org/10.12998/wjcc.v12.i24.5596).
13. Esposito F, Ferrara D, D’Auria D, Gaglione G, Diplomatico M, Noviello D, et al. M-mode ultrasound for assessment of the “tethered fat sign” in children: an easily performed way to certify a dynamic process as a still picture. *Quant Imaging Med Surg*. [Internet]. 2024;14(6):4134–40. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.21037/qims-23-1691](https://doi.org/10.21037/qims-23-1691).
14. 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*. [Internet]. 2012;42(2):149–54. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.1016/j.jemermed.2008.07.023](https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.07.023).
15. Louis M, Grabill N, Fang J, Sarmiento Garzon D. Surgical complication of omental infarction in ulcerative colitis following laparoscopic colectomy. *Cureus*. [Internet]. 2024;16(12):e76304. [consultado el 20 de mayo de 2024]. [doi:10.7759/cureus.76304](https://doi.org/10.7759/cureus.76304).