



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-177 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE DIVERTÍCULO GÁSTRICO

*Seguí Orejuela, Jordi; Campo Betancourth, Carlos Felipe; Hernández Roca, Belén; Espinosa Soria, Javier; Martín Orta, Eva; Camacho Lozano, Julio; Novotny, Sergio Adalberto; Rodrigo Amador, Vidina Aurora*

*Hospital General de Elda, Elda.*

### Resumen

**Introducción:** Los divertículos son evaginaciones de la pared del tracto gastrointestinal. Los gástricos son los menos frecuentes, con una prevalencia del 0,04 al 1,1% llegando al 2,6% en series de autopsias. Se describen 2 tipos: congénitos que involucran a todas las capas del estómago, son más frecuentes y en el 70% de los casos se localizan en la pared posterior del fundus; y los adquiridos que no contienen todas las capas y se asocian a obesidad, tos crónica y embarazo. El diagnóstico suele realizarse mediante endoscopia digestiva alta, apoyándose en el TC con contraste. En los casos asintomáticos se puede no actuar o realizar tratamiento médico. El tratamiento quirúrgico queda reservado para aquellos mayores de 4 cm. y los sintomáticos refractarios al tratamiento médico, siendo el abordaje laparoscópico con resección del divertículo la técnica más recomendada en la actualidad.

**Caso clínico:** Mujer de 65 años que fue estudiada por cuadro de síndrome constitucional con pérdida de 10 kg de peso en 10 meses sin cambios en el hábito intestinal ni otra sintomatología. Se realizó TC toraco-abdominal con contraste en el que se identifica lesión bien delimitada con nivel hidroaéreo, con líquido de alta densidad, posterior a estómago. Se realiza tránsito esofagogástrico correlacionando la lesión del TC con divertículo gigante en fundus gástrico. Por el tamaño (48 × 61 × 37 mm) se decide y realiza resección laparoscópica con sección de los vasos cortos. El paciente presentó buena evolución y recuperación posoperatoria y en el seguimiento.

**Discusión:** Se trata de una patología infrecuente que debe tenerse en cuenta sobre todo en presencia de los síntomas más frecuentes como son la saciedad gástrica, epigastralgia, o síntomas de reflujo gastroesofágico. El principal método diagnóstico es la endoscopia digestiva alta (EDA), aunque hasta un 5% de los divertículos pueden pasar desapercibidos, por lo que se recomienda la realización de tomografía computarizada (TC) con contraste positivo, que es de gran ayuda sobre todo para realizar el diagnóstico diferencial con variaciones anatómicas de estructuras normales o de afecciones en órganos adyacentes: bazo accesorio, tumores hepáticos, arterias o venas hepáticas tortuosas, masa exofítica en polo superior del riñón, aumento de grasa suprarrenal... La mayoría de los divertículos son asintomáticos por lo tanto no se recomienda tratamiento. Únicamente en aquellos sintomáticos que no respondan al tratamiento médico, o en aquellos mayores de 4 cm (ya que se han asociado a mayor riesgo de perforación, sangrado y transformación maligna) está indicado un tratamiento curativo como es la intervención quirúrgica. La técnica quirúrgica de elección a día de hoy es el abordaje laparoscópico y la resección del divertículo de

forma programada, reservándose la intervención urgente para aquellos casos que presenten un sangrado de forma aguda. En casos seleccionados puede manejarse con tratamiento endoscópico inicialmente y posteriormente realizar la cirugía de resección. Los divertículos gástricos se diagnostican mayoritariamente como hallazgo casual tras una prueba de imagen por otro motivo. La indicación de intervención quirúrgica se reserva para aquellos mayores de 4cm. o sintomáticos a pesar de tratamiento médico, recomendándose el abordaje laparoscópico para la resección del divertículo.