

**Caso clínico****CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**

Vol. 14 No. 4 Oct.-Dic. 2013

Divertículo gástrico: caso clínico y revisión de la literatura

Óscar Villazón Dávico,* Ariosto Hernández Lara,** André Victor Badin,**
José Fernando Díaz Sobrino,** Ana Catalina del Pilar Ávila González**

Resumen

Introducción: El divertículo gástrico es una protrusión de la pared gástrica de aparición poco frecuente, siendo su prevalencia en estudios radiográficos contrastados de 0.04% y por endoscopia de 0.11%. La edad promedio de aparición es de los 20 a los 60 años, con tamaño promedio de 4 cm y están principalmente localizados en la pared posterior del estómago.

Presentación del caso clínico: Masculino de 48 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento con regurgitación y reflujo de predominio nocturno de dos años de evolución, siendo tratado con cambios dietéticos y medicamentos, sin mejoría clínica. Se realiza serie esofagogastrroduodenal y endoscopia, los cuales reportan probable divertículo gástrico. Se decide conducta quirúrgica, realizándose resección de divertículo por abordaje laparoscópico con engrapadora lineal endo-GIA y posteriormente funduplicatura. El paciente evolucionó de forma satisfactoria, sin complicaciones. **Conclusiones:** El divertículo gástrico es una patología poco frecuente, y su diagnóstico debe ser considerado en pacientes con síntomas de ERGE que no responden al tratamiento. La SEGD y la endoscopia son herramientas de apoyo fundamentales para el diagnóstico. El tratamiento con abordaje laparoscópico está descrito como una forma segura y aceptada para realizar la resección de divertículos sintomáticos.

Palabras clave: Divertículo, gástrico, reflujo, endoscopia, laparoscopia.

Abstract

Introduction: Gastric diverticulum is a protrusion of the stomach wall. It's a rare and uncommon disease which its prevalence in contrasting radiographic studies reaches 0.04% while by endoscopy it reaches 0.11% by. The average age of onset is 20 to 60 years, with an average size of 4 cm and are mainly located in the posterior wall of the stomach. **Clinical case study:** Male 48 years old with no history of importance. Start your condition with regurgitation and predominantly nocturnal reflux 2 years of evolution, being treated with dietary changes and medications without clinical improvement. A esophagus-gastroduodenal series and endoscopy is performed which reports probable gastric diverticulum. Surgical treatment is decided, performing diverticulum resection with laparoscopic Endo GIA linear stapler and then fundoplication. The patient progressed satisfactorily without complications. **Conclusions:** Gastric diverticulum is a rare condition, and its diagnosis should be considered in patients with reflux symptoms that do not respond to treatment. The esophagus-gastroduodenal series and endoscopy are essential tools for diagnosis support. Treatment with laparoscopic approach is described as a safe and accepted for resection of symptomatic diverticulum.

Key words: Diverticulum, gastric, reflux, endoscopy, laparoscopy.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 48 años, sin ningún antecedente de importancia para el padecimiento actual. Inicia con síntomas de regurgitación y reflujo de predominio nocturno de dos años de evolución sin disminución de la sintomatología con cambios de hábitos dietéticos.

Sus cuadros fueron posteriormente tratados sin éxito con inhibidores de bomba de protones, por lo que su médico tratante indica realizar serie esofagogastrroduodenal (SEGD) y endoscopia como protocolo de estudio para enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Se reporta en la proyección oblicua de la SEGD imagen compatible con divertículo gástrico, por endoscopia se

* Departamento de Cirugía General.

** Residente Cirugía General.

Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia:

Dr. Oscar Villazón Davico; Ariosto Hernández Lara
Av. Vialidad de la Barranca s/n, Cons. 655,
Valle de las Palmas, Huixquilucan, Estado de México.
Tel. 5246 5000, ext. 4655
E-mail: ovillazon7@gmail.com; ariostoster@hotmail.com

diagnosticó esofagitis grado A de Los Ángeles y hernia hiatal grado I (*Figura 1*).

El paciente se programó para resección de divertículo por vía laparoscópica en donde se realiza exploración de la cara anterior del fondo gástrico, sin evidencia de divertículos o úlceras. Al realizar ventana retroesofágica y disección de curvatura mayor ligando vasos cortos con bisturí armónico en la cara posterior del fondo se observa divertículo de 4 cm, el cual es resecado con engrapadora endo-GIA y posteriormente se realiza funduplicatura tipo Nissen sin necesidad de colocar puntos de refuerzo sobre la línea de grapeo (*Figuras 2 y 3*).

El paciente cursó su postoperatorio con inicio de la vía oral a las 24 horas, sin dolor del sitio quirúrgico y posteriormente es dado de alta a las 72 horas de su ingreso sin complicaciones, tolerando la vía oral y sin datos de disfagia.

REVISIÓN Y DISCUSIÓN

El divertículo gástrico es una patología rara, descrita por primera vez en 1661 por Moebius y en 1774 por Roax. Su prevalencia en estudios radiográficos contrastados es de 0.04% y por endoscopia de 0.11%. Miden en promedio de 3 a 6 cm en un 70% de los casos y se localizan en la pared posterior.¹

El promedio de aparición es entre los 20 y 60 años de edad. Se definen como una protrusión de la pared gástrica



Figura 1. Imagen de serie esofagogastrroduodenal proyección oblicua donde se proyecta divertículo gástrico de la pared posterior del estómago.

de aparición poco frecuente con características similares a otros divertículos del tracto digestivo.²

Se describen dos tipos:

- Congénitos: son los más frecuentes e involucran todas las capas del estómago asociados a debilidad en la capa muscular longitudinal.
- Adquiridos o falsos: asociados a obesidad, tos crónica y embarazo. Éstos no contienen todas las capas.³

Los síntomas más frecuentes son en un 18 a 30% de los casos, los cuales son: saciedad gástrica, epigastralgia así como datos clásicos de ERGE. El abordaje diagnóstico se recomienda que sea combinado con SEGD, endoscopia



Figura 2. Vista laparoscópica de divertículo gástrico posterior a disección de pared posterior y ligadura de los vasos cortos con bisturí armónico.



Figura 3. Resección de divertículo con engrapadora endo-GIA.

y en ocasiones con tomografía axial computada (TAC), ya que hasta en un 5% pasan desapercibidos en los estudios endoscópicos.

El manejo inicial con antiácidos, inhibidores de bomba y una dieta blanda es el manejo de elección inicial en la sospecha de un divertículo sintomático. Sin embargo, el tratamiento conservador puede no ser suficiente dependiendo de los síntomas y aquellos divertículos con más de 4 cm requerirán de resección quirúrgica, ya que en estos casos el riesgo de sangrado y perforación es más alto.⁴ La primera resección laparoscópica con éxito fue reportada en 1990 y es actualmente bien aceptada, ya sea que se asocie a funduplicatura o no.^{4,5}

CONCLUSIONES

Es una patología poco frecuente que se debe tomar en cuenta en los pacientes con síntomas de ERGE que no responden al tratamiento convencional. El abordaje diagnóstico debe ser inicialmente igual al de ERGE; sin embargo, puede ser complementado en ocasiones de la tomografía axial computada (TAC) para aquellos casos donde no se encuentren hallazgos patológicos en las pruebas diagnósticas y los síntomas persistan. El abordaje laparoscópico está descrito como una forma segura y aceptada para realizar la resección de los divertículos sintomáticos, se desconoce el porcentaje de malignidad debido a su baja frecuencia.

REFERENCIAS

1. Marano L, Reda G, Porfida R, Grassia M. Large symptomatic gastric diverticula: Two cases reports and a brief review of literature. *World J Gastroenterol.* 2013; 19: 6114-6117.
2. Rashid F, Aber A, Iftikhar SY. A review on gastric diverticulum. *World J Emerg Surg.* 2012; 7: 1.
3. DuBois B, Powell B, Voeller G. Gastric diverticulum: a way-side house of ill fame with a laparoscopic solution. *JSLS.* 2012; 16: 473-477.
4. Zelisko A, Rodriguez J, El-Hayek K, Kroh M. Laparoscopic resection of symptomatic gastric diverticula. *JSLS.* 2014; 18: 120-124.
5. Donkervoort SC, Baak LC, Blaauwgeers JL, Gerhards MF. Laparoscopic resection of a symptomatic gastric diverticulum: a minimally invasive solution. *JSLS.* 2006; 10: 525-527.