

(Trabajo de la clínica del Prof. Dr. García Lagos y del Instituto de Radiología)

DIVERTÍCULOS DEL ESTÓMAGO

José - P. OTERO y Eugenio - R. ZERBONI

Presentamos dos casos de divertículos del estómago: el primero de la Clínica del Prof. García Lagos, el segundo cedido por nuestro distinguido amigo el Prof. Agregado Dr. Chifflet, a quien agradecemos su colaboración.

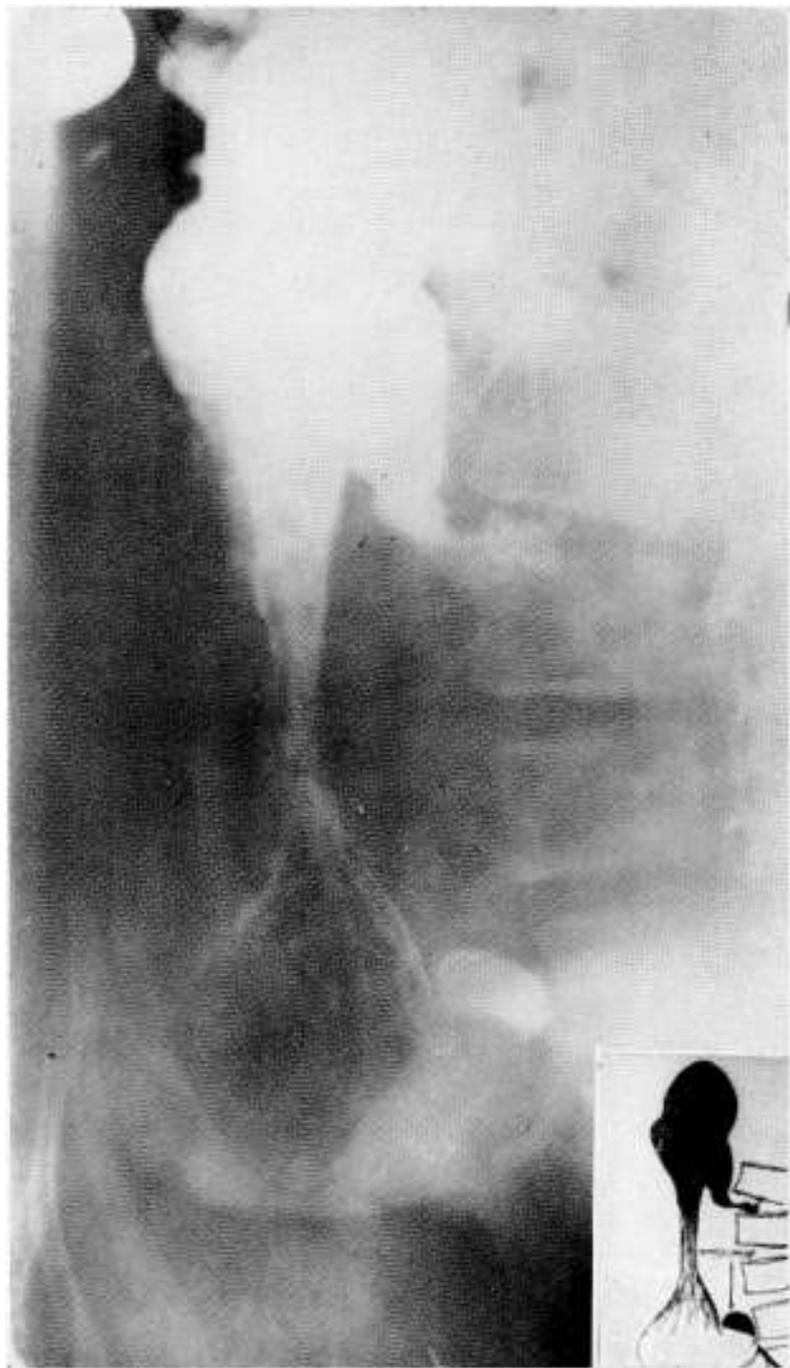
CASO 1º — J. P. de C., 51 años, uruguayo, viuda. Dpto. de Rocha.

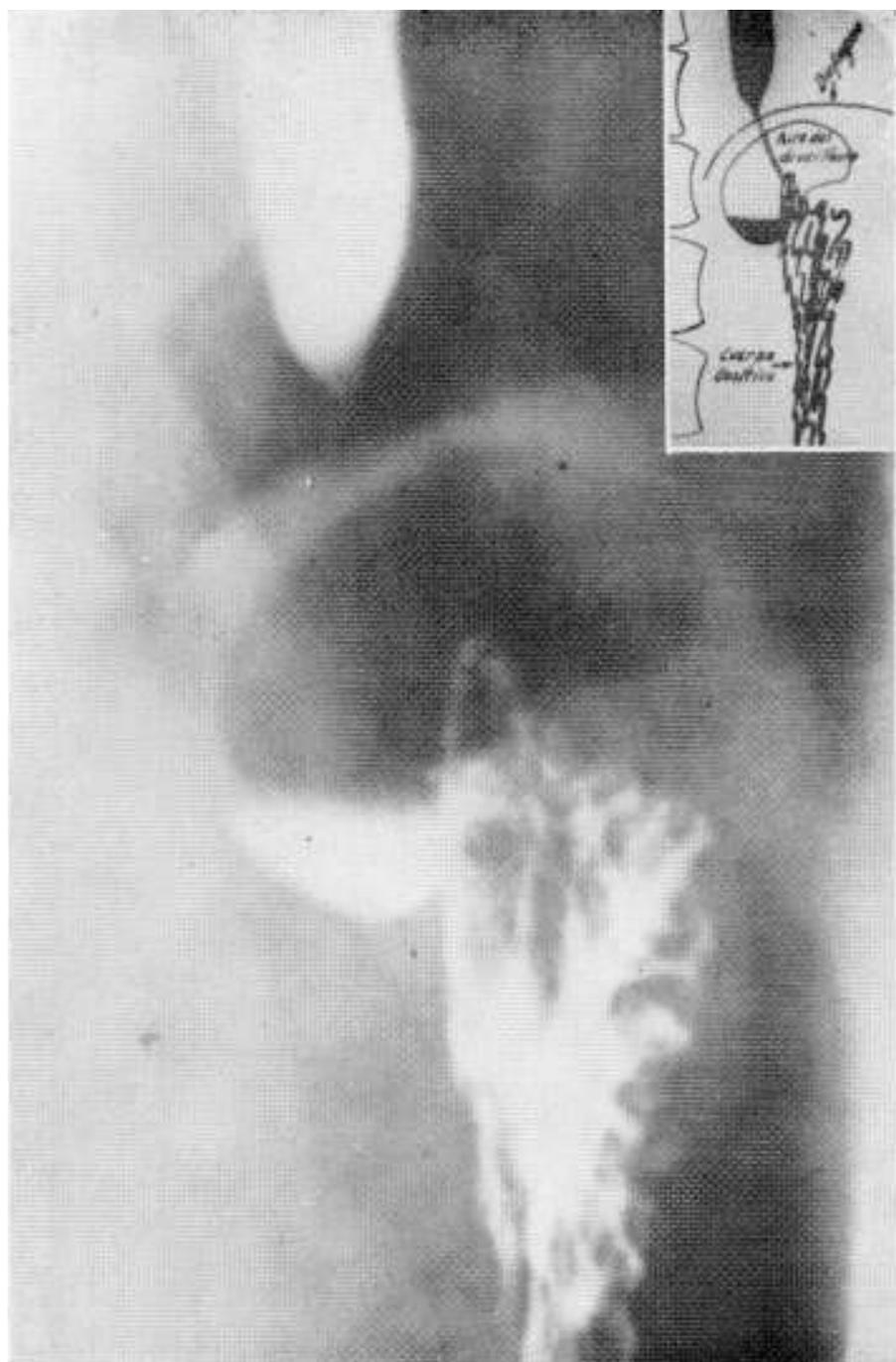
Enfermedad actual. — Hace diez años inicia su afección con dolores en el epigastrio e hipocondrio izquierdo, intensos, de varios días de duración y que luego calmaban pasando largos períodos de salud completa. Hace cuatro años tuvo una hematemesis en el curso de un período de dolores intensos, hematemesis muy abundante, con coágulos, precedida de lipotimias y seguida de materias negras (melena). Hematemesis observada y atendida por su médico (Dr. Sobrero), quien nos trae la enferma y nos relata la historia. Quedó en un estado de anemia aguda alarmante necesitando transfusiones. Estuvo cuatro meses en cama. Después de este episodio hemorrágico quedó completamente bien, sin sufrir de nada y comiendo de todo hasta hace dos meses fecha en que empieza a sufrir nuevamente hasta su ingreso. Estos dos últimos meses sufre de dolores postprandiales, especialmente después del almuerzo, menos intensos después del desayuno y cena dolor que comienza dos horas después de comer y cesa una hora después. Calma su dolor tomando leche, bicarbonato, etc.

En suma: historia de dispepsia ulcerosa con dolores post-prandiales tardíos, con períodos de sufrimiento y largos intervalos de salud completa, con una abundante hematemesis hace cuatro años.

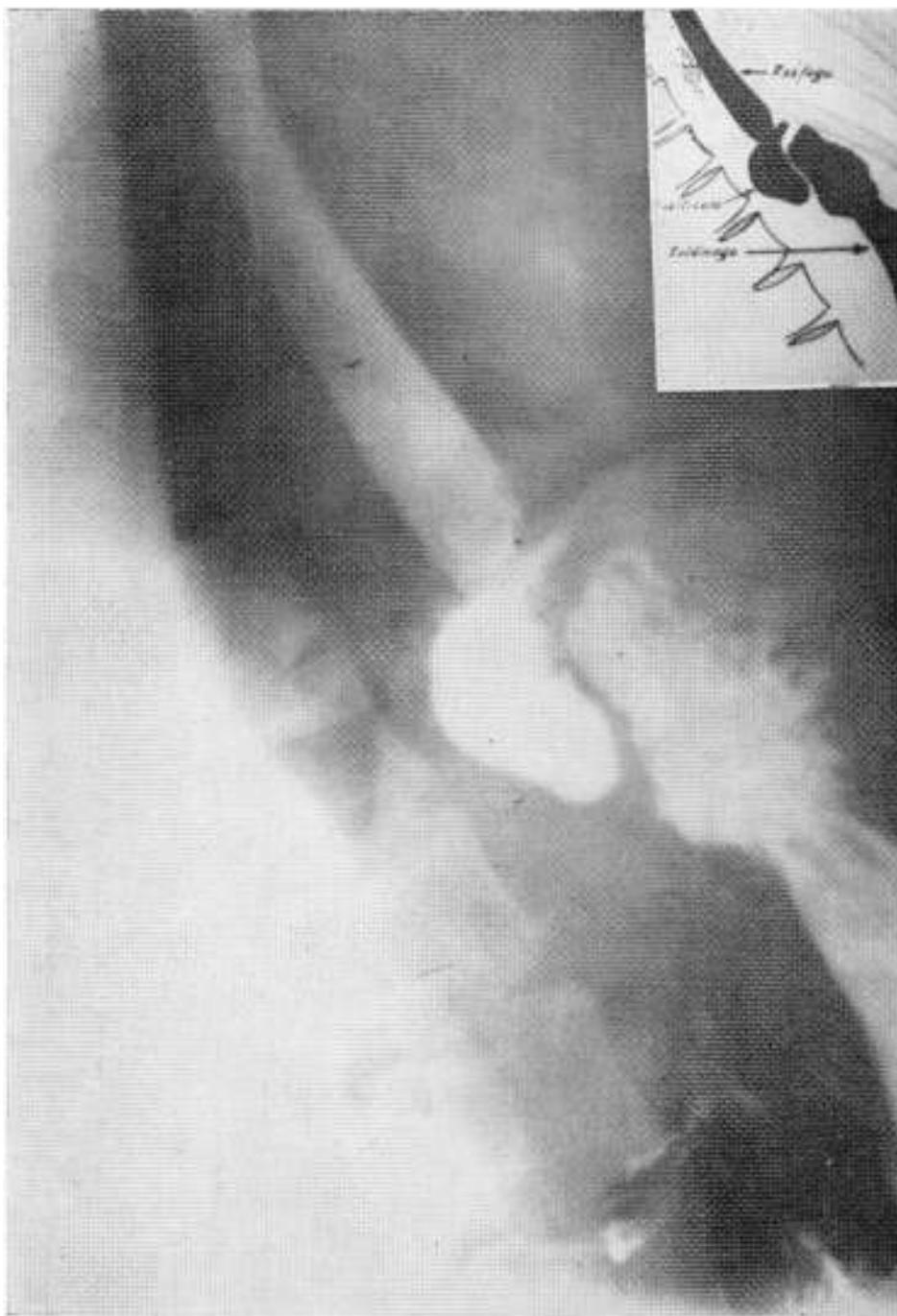
Con diagnóstico clínico de úlcera, la llevamos a la pantalla y comprobamos una imagen típica de divertículo alto del estómago.

Caso N.º 1. — FIG. 1

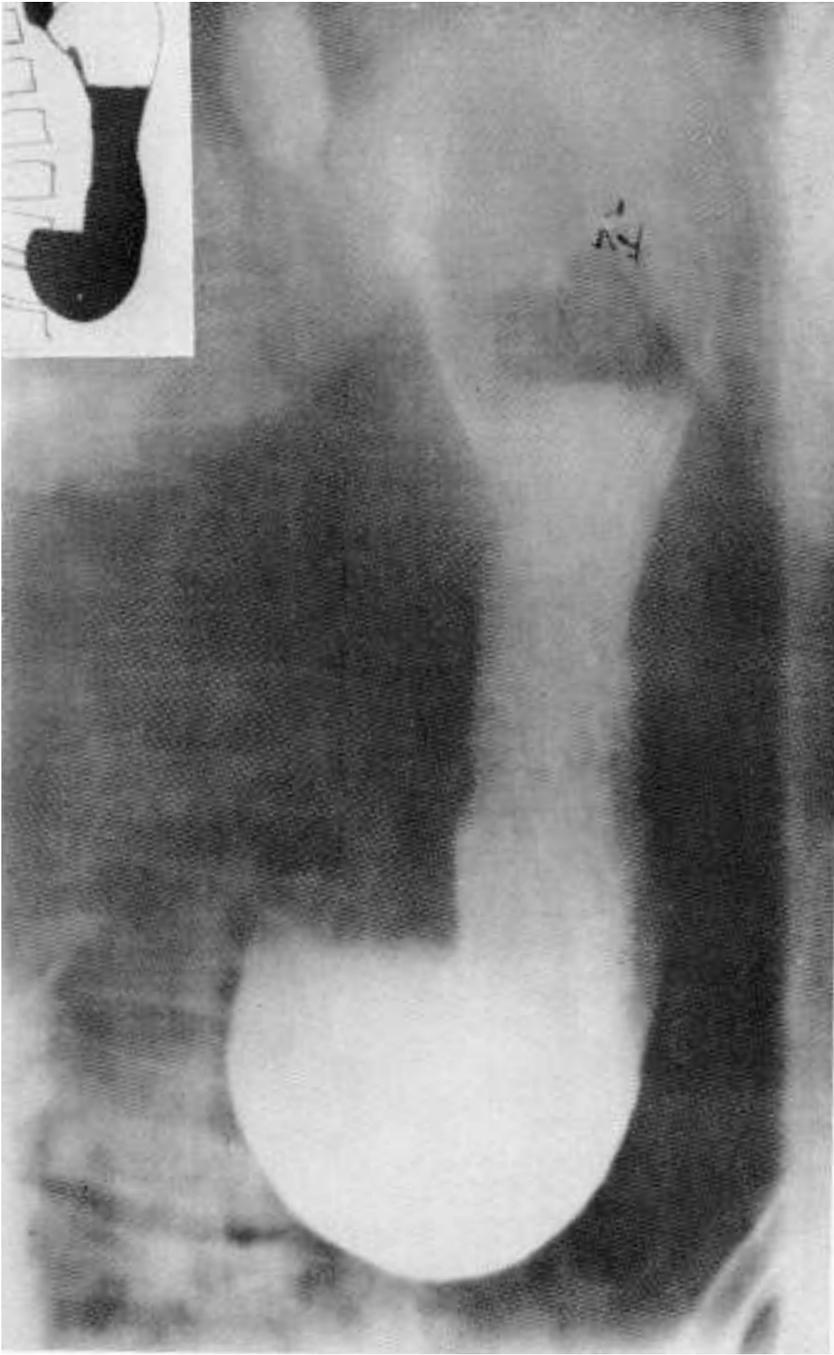




Caso N.º 1. — FIG. 2
En ligera rotación A. D.



CAS● N.● 1. — FIG. 3
En decúbito O. A. D.

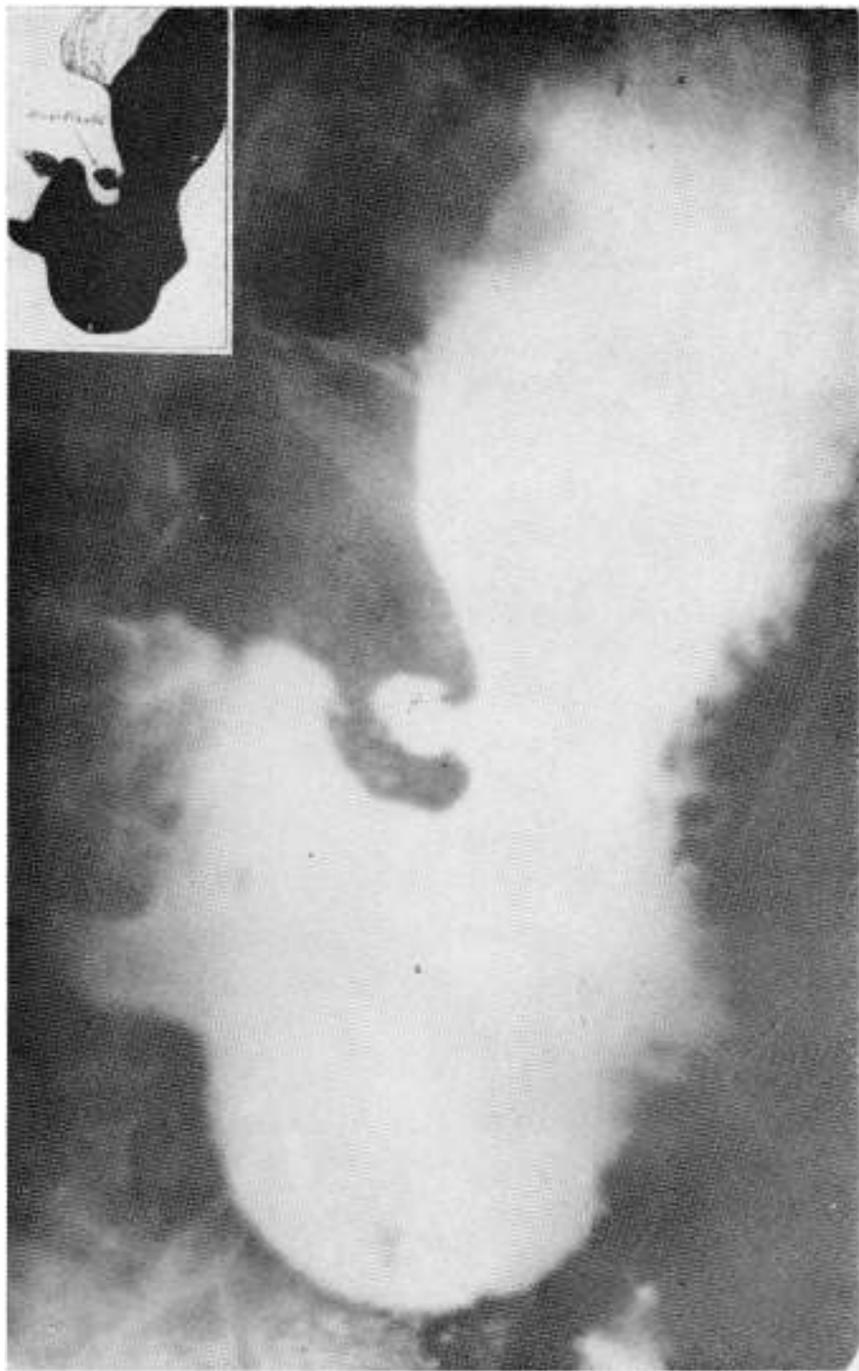


CASO N.º 1. — FIG. 4
Después de la intervención.



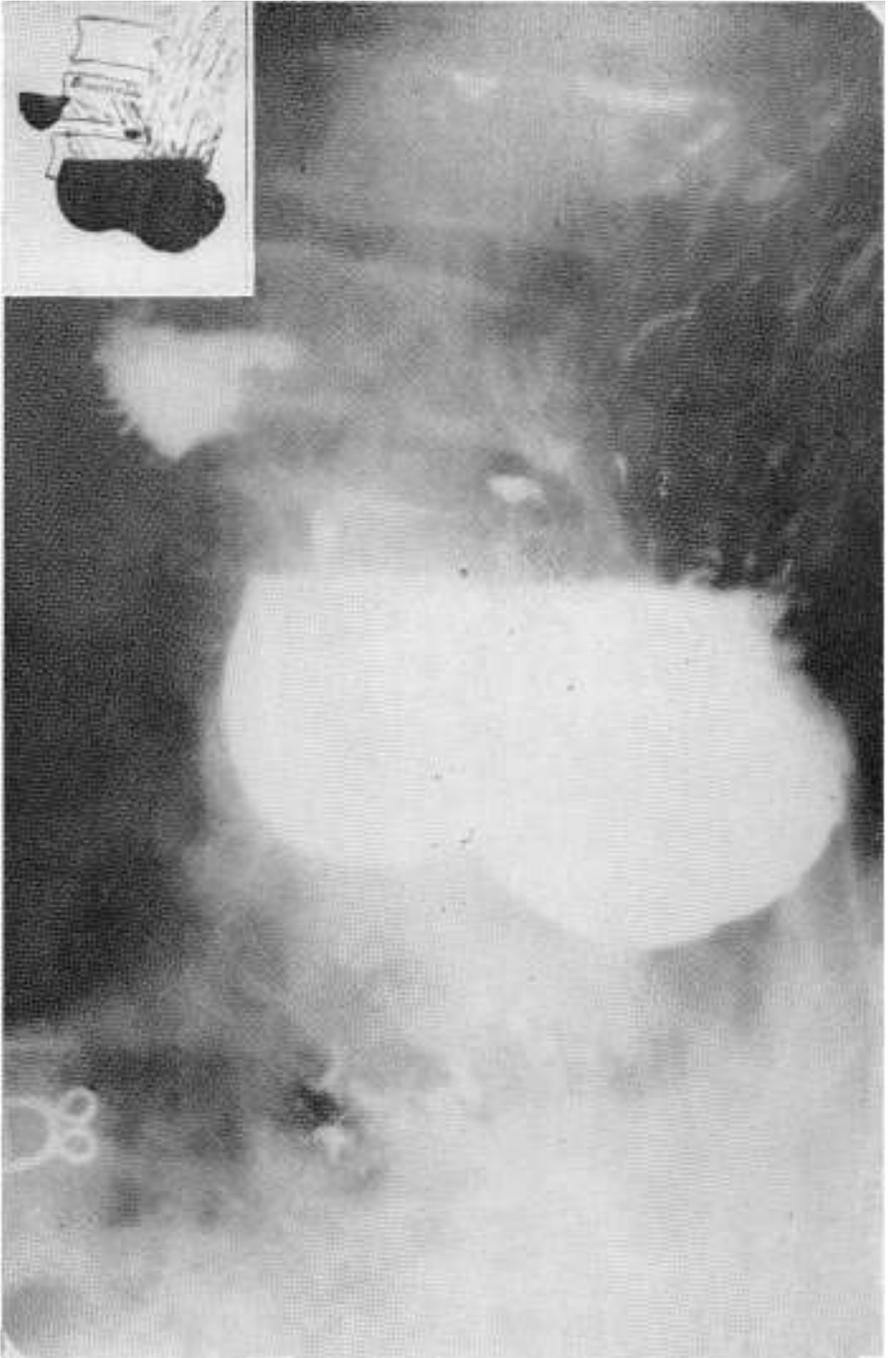
CASO N.º 2. — FIG. 5

La saliencia que presenta esta imagen gástrica fué interpretada radiológicamente como nicho.



CASO N.º 2. — FIG. 6

Después de la primera intervención persiste la saliencia. En este examen el radiólogo sospechó su naturaleza diverticular.



CASO N.º 2. — FIG. 7

Imagen suspendida en la pequeña curvatura, con cámara de aire por encima.

Antecedentes personales. — A los 20 años dice haber tenido reumatismo con fiebre. Menstruaciones normales.

Intervención. — II/X/37. Dr. García Lagos, Dr. Otero. Eter. Mediana supra umbilical.

Exploración cuidadosa de estómago y duodeno negativa en el sentido de úlcera. Vías biliares, hígado y páncreas normales.

Se busca primero el divertículo sobre la pequeña curva, pero no se encuentra.

Abordando la cara posterior del estómago a través del epiplón gástrico esplénico y después de liberar velos laxos se comprueba la existencia de un divertículo de forma hemi-esférica, de tamaño de una media naranja mandarina chica, implantado sobre la pared posterior del estómago más o menos a igual distancia de la grande y de la pequeña curvatura. Sus paredes son de aspecto normal, un poco más delgadas que el resto del estómago. Se practica su invaginación hacia el estómago y se cierra su base de implantación por un doble surjet sero-muscular.

Post-operatorio sin incidentes.

Examen radiológico post-operatorio: estómago normal.

20/X/38. El Dr. Sobrero de Velázquez. Dep. de Rocha, examina esta enferma que ha seguido bajo su vigilancia y nos informa que se encuentra completamente bien.

CASO II. — J.M.L. 55 años, Dep. de San José.

En noviembre de 1934, luego de una historia de sufrimientos gástricos que databan de dos meses atrás y de una hematemesis con melena que tuvo en esa fecha, fué intervenido en el Hospital Maciel después de hacer diagnóstico de úlcera-gástrica por haberse encontrado un nicho de la pequeña curvatura al examen radiológico. A pesar de ello la laparatomía no reveló la existencia de lesión y se cierra el vientre después de explorar cuidadosamente haciendo incluso una gastrotomía.

Luego de la intervención sus dolores continúan como anteriormente en forma irregular sin ritmo diario, sin relación con las comidas, con períodos de acalme de duración muy irregular, dolores que se iniciaban en la región umbilical, se irradiaban al epigastrio, al tórax y hacia la columna. No se calmaban con la ingestión de alimentos, no tenía erutos ni pirosis y con algunos vómitos acuosos que sobrevenían a veces después de las crisis dolorosas y que lo calmaban.

Después de su intervención pasó un año sin sufrir, ahora sufre desde hace dos años en la forma descrita motivo por el cual ingresa. El régimen de Sippy no lo mejora.

Antecedentes personales. — Niega venéreas. Fumador. En 1908, dice haber sido operado de apendicitis.

Examen. — El día 15/II/38. Estado general bueno. Pulso regular. Mucosas coloreadas.

Abdomen. — Presenta dos cicatrices, una mediana supra umbilical y otra de apendicectomía. Móvil a la respiración. Depresible, no es doloroso a la presión. Lo demás normal.

22/II/38. Radioscopia (17671). Abundante cantidad de líquido de estasis. Imagen manchada suspendida a nivel de pequeña curva con caracteres de lesión orgánica (nicho). Dr. Vázquez Piera.

24/II/38. Radioscopia (Dr. Vázquez Piera). Persiste la misma imagen diverticular a nivel de la pequeña curva, un poco sobre la cara posterior con rigidez de la pared a ese nivel. Característica de lesión orgánica. ¿Nicho?

El Dr. Vázquez Piera hace diagnóstico de gran probabilidad de divertículo de estómago.

Intervención. — 2/IV/38. Dr. A. Chifflett. Dr. Suiffet, Pract. Musso. Local. Mediana supra umbilical. Resección de la cicatriz, corte de los hilos de plata. Abierto peritoneo, adherencia de epiplón con peritoneo parietal, liberación. Se explora estómago. Sobre la cara anterior al nivel del antro cicatriz lineal horizontal (correspondiente a una incisión hecha hace tres años con fines de explorar), adherencias de la cara anterior del estómago al borde del hígado, adherencias del gran epiplón a la cara anterior del estómago. Sección de adherencias, divertículo sobre la cara anterior y pequeña curva en su parte media, provocado por adherencias, liberación de las mismas haciendo desaparecer el divertículo, quedando como único elemento la huella de lo que fué el cuello.

Hemostasis cierre.

Post-operatorio: normal.

30/IX/38. Reingresa por molestias debidas a los hilos de plata. Se encuentra por lo demás perfectamente bien de sus molestias gástricas, no ha sentido dolores, ni trastorno alguno, ha engordado. Se le extirpa el hilo de plata que ha provocado pequeña fistulita y se da de alta curado.

Afección poco frecuente, no es sin embargo excepcional y en realidad desde que se conocen mejor sus caracteres radiológicos el número de observaciones ha aumentado rápidamente.

No tiene caracteres clínicos que permitan hacer diagnóstico, ni siquiera pensar en él y casi siempre se trata de enfermos que consultan por una afección digestiva que obliga al estudio radiológico, siendo siempre este estudio el que da la clave del diagnóstico. Es el radiólogo por consiguiente el que debe estar alerta para no desconocerlos: sus caracteres radiológicos son por otra parte suficientemente netos como para poder afirmar su existencia en la casi totalidad de los casos.

Puede simular el cuadro de varias afecciones gastro-hepáticas y es así que se describen formas pseudo-ulcerosas, formas pseudo-vesiculares, formas dispépticas, formas hemorrágicas, etcétera.

Hay amenudo formas latentes o mejor dicho hay enfermos que tienen un divertículo del estómago pero que no sufren a

causa de él, sino por otra lesión: úlceras, colecistitis, etc. Muy probablemente hay numerosos sujetos que son portadores de un divertículo del estómago, simple anomalía anatómica y que nunca en su vida han sufrido ni sufrirán por eso. De modo que la comprobación de un divertículo no basta para afirmar que sea la causa de sufrimiento sino que hay que buscar otras lesiones generadoras del cuadro. Es solamente cuando podamos eliminar toda otra lesión que deberemos atribuir el sufrimiento al divertículo y dirigir hacia éste, nuestra acción terapéutica.

Pero tampoco hay que irse al extremo opuesto y pensar que los divertículos nunca son patógenos, sino por el contrario tener bien presente que hay numerosos enfermos que tienen un síndrome ulceroso o vesicular o hemorrágico que se curan tratando su divertículo.

Los dos casos que presentamos sufrían de un síndrome ulceroso: el primer enfermo presentaba una historia característica de úlcera con además, una gran hematemosis y la llevamos a la pantalla con diagnóstico positivo firme pero el estudio radiológico nos mostró con sorpresa un divertículo; en el segundo caso un distinguido gastro-entorólogo hizo operar el enfermo con diagnóstico seguro de úlcera en 1934.

Patogenia. Anatomía patológica. Clasificación. — Rivers, Stevens y Kirklin sugieren la siguiente clasificación:

1) Divertículos verdaderos primarios en los cuales todas las capas del estómago están incluidas sin evidencia de ninguna enfermedad orgánica causal. Ellos son probablemente congénitos.

2) Divertículos verdaderos adquiridos: todas las capas están presentes aunque algo adelgazadas, hay evidencia de alguna enfermedad que determina la formación de la bolsa. Se sub-dividen en: A) Tipo de pulsión, resultantes de presión intra-gástrica probablemente localizada. B) Tipo de tracción, debidos a adherencias extra-gástricas.

3) Falsos divertículos. Debidos a una enfermedad de la pared gástrica que la destruye parcialmente.

A nuestro modo de ver esta es una clasificación inutilmente complicada y que no está de acuerdo con la realidad. En los dos casos que relatamos y en los que hemos leído, los divertículos

están constituídos por bolsas de paredes adelgazadas y rodeados de adherencias laxas. Que las adherencias provoquen el divertículo por tracción nos parece muy poco probable pues las adherencias extra-gástricas son muy frecuentes y en cambio los divertículos muy raros. Es más lógico pensar que las adherencias sean debidas a un proceso de peridiverticulitis. Nos parece más probable que los divertículos se deban a una debilidad congénita de la pared gástrica a favor de la cual las contracciones y la tensión gástrica va provocando una evaginación que crece paulatinamente. Así se explica la atrofia casi constante de la musculosa y el adelgazamiento habitual de la pared diverticular.

En nuestros dos casos, empero, una vez liberadas las adherencias, el divertículo se achataba y perdía su forma primitiva hasta casi desaparecer en el segundo caso. Sea la pulsión o sea la tracción la causa originaria del divertículo, el hecho es que la pared de éste es un lugar de menor resistencia y que aunque se liberen las adherencias persiste esta hernia de debilidad.

La forma del divertículo es generalmente regular, hemisférica o alargada; su tamaño es variable desde una lenteja hasta un huevo de gallina y más.

Puede implantarse en cualquier zona del estómago siendo por orden de frecuencia: 1º gran tuberosidad; 2º antro y píloro; 3º gran curvadura; 4º cara anterior y pequeña curvadura.

Estudio radiológico. — Empezaremos por describir el tipo de divertículo más frecuente, caso N° 1, presentado por nosotros. (figs. 1, 2, 3, 4).

Divertículo de la gran tuberosidad. — Ya desde el comienzo del examen nos llama la atención que desde los primeros "tragos" de substancia opaca que llegan al estómago siguen un curso anormal produciéndose una saliente en la parte infra-cardíaca del estómago. Esta saliente persistía si se continuaba llenando el estómago hasta la repleción completa; ahora bien, cambiando la incidencia de los rayos o variando la posición del enfermo, ya en una incidencia, ya en otra (obliqua anterior derecha o izquierda) la saliencia se hacía más visible separándose por completo de la imagen gástrica o por el contrario confundíendose con ella cuando el estómago lleno de substancia opaca se colocaba por delante. También observamos el paciente en los distintos decú-

bitos y en Trendelenburg, llegando así a tener una visión más exacta de esta alteración de la sombra infra - cardíaca y pudiendo observar sus caracteres:

1º Saliencia de la luz gástrica, carácter fundamental del divertículo.

2º Los contornos de esta prominencia son nítidos, bien regulares, de flacidez corriente, su forma es arriñonada, su parte inferior se presenta como una pequeña bolsa colgante en la que la barita se deposita y forma un nivel horizontal teniendo por encima una imagen aérea. Al cambiar la posición del paciente y ponerlo en decúbito esta imagen aérea y el nivel líquido desaparecen llenándose totalmente de barita y es en esta posición, especialmente en decúbito lateral izquierdo donde se aprecia mejor su forma en riñón y su unión con el resto del estómago por una zona más estrecha que se denomina cuello y que es en general ancho y corto.

Queremos volver a insistir sobre el contorno de esta imagen que es *regular, continuo y de flacidez corriente* y que su tamaño varía con la mayor o menor repleción de sustancia opaca pues tendrá esto mucha importancia más adelante, cuando hablemos sobre el diagnóstico.

Fácilmente se imaginará que este saco diverticular podrá quedar totalmente lleno o sólo en parte después que el estómago se haya vaciado y si en ese momento lo observamos a los rayos nos encontraremos una imagen suspendida en la parte alta del epigastrio y que también esa imagen puede aparecer bien nítida a través de la cámara gástrica llena de aire, según la incidencia de los rayos.

Puede no presentarse siempre así como en nuestro caso en forma arriñonada, sino que puede ser más redondeada o al contrario menos geométrica como por ejemplo, en dedo de guante.

En cuanto a las paredes gástricas vecinas no presentan ninguna alteración visible, no notándose proceso alguno de infiltración o de falta de repleción.

Cabe indicar aquí que examinando atentamente esta imagen jamás pudimos observar el menor movimiento peristáltico como pretenden insistir varios autores (Ronneau, Beltel, Mahler) pretendiendo poner como síntoma radiológico fundamental del divertículo gástrico el estar animado de contracciones, sin embargo

se puede hacer una objeción que nos parece bien fundada y es que comúnmente las contracciones empiezan en la mitad inferior de la pequeña curvatura y de allí continúa hacia el píloro; tal vez sea posible observar contracciones en los divertículos situados en la parte baja del estómago pero difícilmente se encuentran contracciones en los divertículos vecinos a una zona donde raramente se producen. Además la Anatomía Patológica parece ir en contra de la contractilidad de los divertículos por cuanto estos tienen paredes adelgazadas cuya musculatura falta o está atrofiada.

Lo que puede suceder es que existan movimientos en los divertículos debidos a latidos transmitidos del corazón o producidos por la respiración del paciente. Los exámenes en las distintas posiciones nos enseñan que en el decúbito el divertículo se hace más visible pues se llena más de sustancia opaca y también que aparece como una prolongación de la tuberosidad gástrica y que está separado del estómago por una banda estrecha muy semejante a la que se observa en el antro pilórico cuando se produce una fuerte contracción. También el estudio de las distintas posiciones nos lleva a localizarlo bien en la parte posterior pues estas imágenes en el decúbito ventral se hacen menos visibles hasta desaparecer. De lo cual se deduce que los exámenes deben hacerse en varias posiciones e incidencias de rayos hasta tener imágenes bien nítidas y poder precisar exactamente la ubicación, sin que exista una posición más indicada que otra debiendo siempre completarse el examen de pie con el decúbito y en las distintas incidencias oblicuas.

El examen de un divertículo no será completo sino se hace un estudio de los pliegues de la mucosa y de la evacuación de la barita que llena el divertículo. En cuanto a la evacuación ya dijimos que puede quedar barita retenida en el fondo del divertículo y aparecer después de la evacuación gástrica como una mancha suspendida o también puede vaciarse al mismo tiempo que el estómago.

En cuanto a los pliegues de la mucosa es necesario estudiar: 1º el relieve en el divertículo y 2º en la vecindad gástrica.

1º En el divertículo no hemos encontrado forma de relieve alguno, siendo la impresión de una imagen sacular sin relieve alguno.

2º Berg y algunos autores han notado la convergencia de los pliegues de la mucosa gástrica hacia el orificio diverticular, es decir, hacia el cuello; nosotros no lo hemos notado en ninguno de nuestros dos casos. Fuera de eso jamás existe una gastritis localizada ya atrófica o hipertrófica, ni la alteración marcada de los pliegues que pueden encontrarse en afecciones gástricas variadas como el ulcus o el neoplasma.

Otro hecho importante es la ausencia de dolor localizado a la palpación de la región diverticular. No factible en nuestro primer caso, pues estando situado en el polo superior no se alcanza a palpar debido a que está colocado detrás del reborde costal.

La existencia de un divertículo no implica que no pueda existir otra afección gástrica duodeno cólica de vecindad en cuyo caso ésta es lo más a menudo responsable de la enfermedad del paciente.

Divertículo del píloro. — No tiene en sus caracteres generales ninguna particularidad salvo el lugar donde están implantados y que es corriente que sean de tamaño grande. Los demás caracteres son comunes a todos los divertículos. En nuestro segundo caso el divertículo asienta en la pequeña curvadura y se presenta como una gran saliente del tamaño de un huevo de paloma con su burbuja de aire en la parte superior, con su contenido de barita uniforme, con su contorno bien nítido de flacidez normal, sin dolor en la palpación de esta región y con un cuello corto y ancho bien visible y presentando la tonicidad normal de las paredes vecinas del estómago y da la impresión que la pequeña curvadura gástrica por encima y por debajo del divertículo se continúan por una línea imaginaria estando por fuera de esta línea el cuello del divertículo. Otro carácter importante en el estudio de este segundo caso es que en una de las placas el tamaño del divertículo ha variado notándose una pequeña imagen suspendida de barita de tamaño distinto a la otra placa.

Diagnóstico. — El diagnóstico se plantea principalmente con el ulcus gástrico y con imágenes diverticulares que pueden ser tomadas como divertículos verdaderos.

Debemos advertir que muchas veces el divertículo puede pasar desapercibido sino se está muy acostumbrado al examen

radiológico y además si se omite de observar el paciente en distintas posiciones e incidencias.

En el divertículo del polo superior se plantea primero el diagnóstico de si la imagen es supra o infra diafragmática y si bien esto es a veces difícil de precisar se llega generalmente a establecerlo con las distintas posiciones del examen radiológico. Las afecciones supra diafragmáticas que pueden dar lugar a errores de diagnóstico son: 1º los divertículos epifrémicos: variando las incidencias se descarta fácilmente su asiento por encima del diafragma y además haciendo que el enfermo haga una inspiración profunda que hace contraer y descender el diafragma. 2º Hernia gástrica a través del hiatus esofágico: se notan siempre los pliegues gástricos estrechados al nivel del hiatus, falta el cuello diverticular y acostando el enfermo se nota esta bolsa opacificarse; además no existe cámara de aire gástrica infra abdominal encontrándose ésta en el tórax por encima de la bolsa de barita: las maniobras de compresión gástrica hacen pasar la barita del abdomen al tórax.

El diagnóstico del divertículo del polo superior con las imágenes infra - diafragmáticas se plantea:

1º Con el ulcus alto de pequeña curva los elementos de diagnóstico son los siguientes: A) El nicho no es tan voluminoso; B) Los contornos no son regulares ni flácidos, estando su movilidad disminuida o abolida; C) La vecindad de las paredes gástricas están retraídas; D) La imagen del nicho es fija y no varía mientras que el divertículo sufre modificaciones rápidas de aspecto y forma; E) Las imágenes de reacción inflamatoria peri-ulcerosa que producen edema alrededor del nicho y que radiológicamente se traducen por una entrante hacia la luz gástrica, dando una imagen clara y que en el perfil son como dos semi-círculos uno por encima, otro por debajo del nicho y cuya abertura mira en sentido opuesto a la luz gástrica es bien diferente el pequeño pliegue visible al nivel del cuello del divertículo; F) Además la rigidez segmentaria peri-ulcerosa; G) En el estudio de los pliegues la convergencia de éstos hacia la luz del nicho; H) Las escotaduras e incisuras espasmódicas frente al nicho; I) La repercusión sobre la permeabilidad del píloro. Por todos estos caracteres se comprenden que la diferenciación sea fácil, sin embargo en muchos casos los caracteres diferenciales

no son tan netos y las imágenes radiológicas pueden ser imprecisas, pero volvemos a repetir que esto es poco corriente por la gran cantidad de signos diferenciales y para aquéllos que están acostumbrados a la práctica corriente y diaria del examen radiológico y gástrico, es de un diagnóstico fácil.

Otra causa de error en el diagnóstico es tomar como divertículo esos plegamientos tan comunes en el polo superior gástrico del lado de la pequeña curvatura y que hacen una saliente discreta hacia abajo inmediatamente por debajo del cardias, formaciones que desaparecen pero que una pequeña retención de barita puede hacer pensar en un divertículo.

La otra causa de mayor frecuencia aún son las deformaciones que se producen en la gran tuberosidad y que llevan a la imagen del estómago en cascada, son deformaciones de la tuberosidad debidas a la aero-gastria y a la aerocolia. La gran presión producida por el aire del estómago distiende la parte superior de éste y la bolsa de aire no se proyecta o remonta hacia arriba por impedírsele el diafragma sino que se corre hacia atrás del estómago y se nos presenta así un estómago que después de la ingestión de barita presenta dos niveles, uno superior en copa de champagne y otro inferior, el normal del estómago. Se concibe que estas imágenes en el primer momento puedan ser interpretadas como divertículo, más aún si algunas veces el fondo de la imagen superior no es bien redondeado y tiene la forma en cono hacia abajo. Sin embargo el desarrollo hacia atrás de la tuberosidad del estómago en cascada se diferencia del divertículo por sus dimensiones más grandes, por la ausencia de cuello, por su relación con el estómago que en una posición oblicua o en perfil se observa bien. Por último, en el decúbito se ve que esta bolsa se llena bien y no existe imagen diverticular.

En cuanto al cancer que dé imágenes diverticulares que se pueden confundir con un divertículo es bien fácilmente reconocible primero, porque para producir esa imagen es un neoplasma ya avanzado y segundo por las alteraciones vecinas del estómago y por el estudio de sus pliegues irregulares, deformados, atrofiados y con imágenes lacunares dentro de los mismos pliegues.

Los divertículos de antro pilórico y pequeña curvatura se pueden confundir con un ulcus o un neo y ya hemos hecho la diferenciación de un modo general. Lo mismo decimos respecto

a curvatura mayor donde el diagnóstico a plantear es con ulcus de gran curvatura o con neo.

Tratamiento. — Entrando a la orientación terapéutica diremos que se nota en casi todos los autores que se han ocupado del tema una tendencia al tratamiento médico prolongado y sólo con la mano forzada van al tratamiento quirúrgico. Esta tendencia abstencionista parece basarse en las dificultades operatorias que pueden encontrarse en el caso de divertículos altos yuxta -cardíacos y también en el éxito frecuente del tratamiento médico.

El tratamiento médico consiste en la cura con sub - nitrato de bismuto para hacer el apósito de la mucosa diverticular inflamada, en el drenaje postural tratando de buscar una posición que evacúe el divertículo y en la aplicación de un régimen alimenticio no excitante para la mucosa gástrica, similar al régimen para úlcera.

Nuestra impresión a través de nuestros casos es favorable al tratamiento quirúrgico porque nos parece un tratamiento simple y radical, con poco riesgo de vida y con grandes probabilidades de cura definitiva librando así al enfermo de una invalidez física y psíquica indefinida.

Los dos casos que presentamos no tienen un tiempo suficiente de evolución alejada como para afirmar una curación definitiva, sin embargo ha transcurrido un tiempo apreciable sin transtorno alguno.

Una vez decididos a la intervención, ¿en qué forma la realizaremos? Haremos una incisión supra umbilical con anestesia general para hacer una buena exploración, buscaremos la existencia de otras lesiones que puedan haber pasado desapercibidas al estudio pre - operatorio y solamente cuando estemos convencidos de que no hay otra causa de sufrimiento nos decidiremos a tratar el divertículo mismo.

Hay que hacer notar que el divertículo muy amenudo no se ofrece al cirujano o dicho de otra manera: es muy probable que si el cirujano no va deliberadamente a buscar un divertículo, cierre el vientre desconociéndolo y convencido de que no hay lesión orgánica como sucedió en nuestro segundo caso. Queremos insistir en este aspecto del problema que nos parece muy impor-

tante; al contrario de lo que podría parecer dada las dimensiones de los divertículos éstos no son evidentes de inmediato en el curso de una laparotomía sino que muy amenudo están disimulados entre membranas velamentosas laxas y sólo se ven con claridad una vez liberados estos velos. Por otra parte no hay allí ninguna zona indurada, ni cicatricial que es lo que habitualmente guía en el diagnóstico operatorio de lesión gástrica. De ahí la importancia fundamental del diagnóstico radiológico exacto que permite orientar al cirujano hacia la búsqueda de una lesión que por ser poco frecuente no se piensa habitualmente en ella.

Una vez descubierto el divertículo, ¿qué haremos con él?

En el primer caso se hizo una invaginación hacia la luz del estómago transformado así el divertículo en un pólipo intra gástrico y evitando por consiguiente la posibilidad de retención que es lo que provoca el sufrimiento por diverticulitis; en el segundo caso se hizo simplemente la liberación de velos y adherencias al hígado. Esta segunda manera de hacer nos parece justificada solamente para aquellos que piensan que la causa primera es la tracción y que una vez liberadas las adherencias el divertículo se aplasta y desaparece.

Nuestra tendencia si tuviéramos que tratar personalmente un divertículo sería a la exéresis y sutura de la zona de implantación siempre que ésta conducta no se viera dificultada por la topografía de la lesión en cuyo caso la invaginación nos parece una solución elegante, fácil y eficaz.