

# DIVERTÍCULO DUODENAL GIGANTE NO COMPLICADO TRATADO QUIRÚRGICAMENTE

**COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO; Complexo hospitalario universitario de vigo; Rivo Vázquez, Ángel; Iribarren Díaz, Mauricio; Meléndez Villar, Reyes; Díaz Cardamas, Pablo; Pardellas Rivera, Hermelinda; García Lorenzo, Francisco; De castro Parga, Gonzalo; Gil Gil, Pedro; Iribarren Díaz, Mauricio; Meléndez Villar, Reyes; Díaz Cardamas, Pablo; Pardellas Rivera, Hermelinda; García Lorenzo, Francisco; De castro Parga, Gonzalo; Gil Gil, Pedro**

**INTRODUCCIÓN:** Los divertículos duodenales son hallazgos relativamente frecuentes en estudios radiológicos o endoscópicos (5-20%), resultando discretamente más diagnosticados en mujeres. Dos tercios se localizan en segunda porción duodenal, en su mayoría yuxtapapilares, y solo un 10% en tercera y cuarta porción. La mayor parte de los casos se diagnostican por endoscopia, sin embargo, el tránsito baritado es de gran utilidad ya que no solo aporta información morfológica o de localización sino también funcional. Son una minoría (1-2%) los que requieren cirugía por complicación aguda (hemorragia, perforación, colangitis, pancreatitis) o clínica relacionada con la propia saculación (obstrucción, sobrecrecimiento bacteriano...). En la decisión quirúrgica han de excluirse otras causas más frecuentes de esa sintomatología y considerar la alta morbilidad de la cirugía duodenal, especialmente cuando se aborde la región yuxtapapilar. En este sentido, los divertículos que afectan a la pared libre se pueden tratar quirúrgicamente con menor riesgo de complicaciones, debiendo tener especial precaución en aquellos casos que contactan con los vasos mesentéricos superiores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Aportamos el caso de una mujer de 26 años intervenida en nuestro Servicio de Cirugía por un divertículo duodenal sintomático de gran tamaño.

**RESULTADOS:** Se trata de una paciente estudiada por el Servicio de Gastroenterología por molestias abdominales inespecíficas: dolor epigátrico, náuseas y vómitos ocasionales. En la exploración física presentaba molestias epigástricas a la palpación. El tránsito baritado demostró la presencia de un gran divertículo entre la 2ª y 3ª porción duodenal con mal vaciamiento del contraste. No resultó posible la localización de la lesión mediante la endoscopia digestiva alta. Una vez completado el diagnóstico diferencial, se procedió a una diverticulectomía mediante autograpadora previa realización de una maniobra de Kocher amplia. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica demostró un divertículo duodenal con todas las capas parietales (divertículo verdadero). El postoperatorio cursó sin incidencias permaneciendo la paciente asintomática en la actualidad.

**CONCLUSIONES:** En el infrecuente caso de un divertículo sintomático de gran tamaño de la pared libre duodenal, la resección quirúrgica proporciona una resolución de la sintomatología y previene las posibles complicaciones graves con un riesgo perioperatorio asumible.