

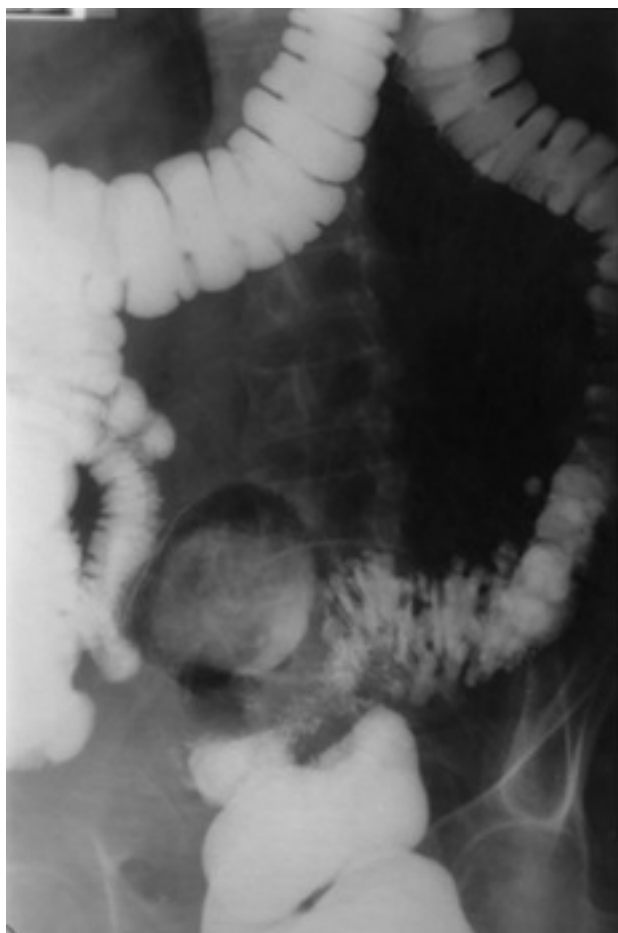


Fig. 1. Imagen del enema opaco en el que se puede apreciar una imagen quística en el sigma.

quierda se apreció una tumoración del sigma, quística y dura, adherida a la pared vesical, que mediante disección roma fue separada de la misma, practicándose a continuación una resección anterior clásica con anastomosis mecánica circular. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a los 7 días de la intervención. La anatomía patológica fue informada como segmento de sigma con formación quística comunicada a la luz intestinal, cuya pared estaba compuesta de un infiltrado inflamatorio y tejido fibroso, sin apreciarse fibras musculares intestinales.

Debemos hacer una serie de consideraciones conceptuales en el DGC. Se considera como tal aquel que tiene un diámetro mayor de 4 cm², existiendo desde el punto de vista histológico dos tipos de divertículo de colon: el tipo I, o pseudodivertículo, en el que la pared del mismo está formada por tejido inflamatorio y fibroso, sin demostrarse pared muscular alguna (éste sería nuestro caso), y el tipo II, o verdadero divertículo, cuya pared posee todas las capas del intestino normal³, no siendo éste el objeto de nuestra comunicación por tratarse de un divertículo congénito.

El DGC es más frecuente en el sigmoide y el *ostium* suele estar en el borde antimesentérico.

La patogenia del DGC es incierta, barajándose varias teorías, como el crecimiento de un divertículo inicialmente de pequeño

tamaño por cierre valvular de su *ostium*; también se sugiere su formación a partir de microorganismos productores de gas; por último, se postula como posible origen a partir de la perforación de un divertículo y la formación ulterior de un absceso que drenaría intraluminalmente, quedando una especie de "cáscara" fibrosa comunicada al intestino⁴.

Desde el punto de vista clínico, el dolor abdominal es el síntoma predominante, acompañado o no de fiebre. En la exploración física habitualmente se puede palpar una masa en el abdomen.

En la radiografía simple de abdomen a veces se puede apreciar una imagen calcificada y redondeada con gas en su interior. Sólo en el 70% de los DGC se puede apreciar en el enema opaco comunicación con el intestino⁵. La TC tiene gran valor en el diagnóstico y evaluando las adherencias con estructuras vecinas. No suele ser útil ni recomendable la utilización de sigmoidoscopia, ya que rara vez pone de manifiesto el *ostium* de comunicación^{6,7}.

El tratamiento se recomienda que se aplique precozmente tras su diagnóstico, ya que está asociado a una tasa alta de complicaciones sin tratamiento². Tanto la diverticulectomía como la resección segmentaria pueden ser utilizadas con éxito. Quizá la primera deba ser reservada para aquellos casos en los que exista escaso componente inflamatorio del mismo.

**F. de la Portilla de Juan, E.M. León Jiménez,
A. Utrera González y G. Carranza Albarrán**

Servicio de Cirugía General. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Bibliografía

1. Bonvin P, Bonte G. Diverticules geants du sigmoide. Arch Mal Dig Mal Nutr 1946; 35: 353.
2. Choong CK, Frizelle FA. Giant colonic diverticulum: report of four cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1178-1186.
3. Naber A, Sliutz AM, Freitas H. Giant diverticulum of sigmoid colon. Br J Surg 1995; 82: 985.
4. Moesgaard L, Felding C. Giant diverticulum of the sigmoid colon. Acta Chir Scand 1983; 149: 445-447.
5. Levi DM, Levi JV, Rogers AI, Bergan DK, Wenger J. Giant colonic diverticulum: an unusual manifestation of a common disease. Am J Gastroenterol 1993; 88: 139-142.
6. Fields SI, Maskell L, Libson E. CT appearance of giant colonic diverticulum. Gastrointest Radiol 1987; 12: 71-72.
7. García Molina FJ, Reyes Latategui S, López-Cantarero, Ballesteros M. Divertículo gigante de colon. A propósito de un caso. Cir Esp 1996; 59: 460-461.

Gastrectomía total laparoscópica por tumores carcinoides múltiples gástricos

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 58 años, sin otros antecedentes de interés, que fue diagnosticado en 1994 de anemia perniciosa y gastritis crónica atrófica con metaplasia entérica, por lo que era controlado por el servicio de digestivo mediante gastroscopias anuales. En la última gastroscopia realizada, se observaron tres pequeñas formaciones polipoides sésiles, de

aproximadamente 1 cm de diámetro en cuerpo y antro gástricos, que fueron biopsiadas y la de mayor tamaño (1,5 cm) fue objeto de una polipectomía parcial endoscópica. El estudio anatomopatológico del pólipo resecado presentó un tumor carcinóide invasivo y el resto de las biopsias mostraron diversos grados de gastritis crónica atrófica con negatividad para *Helicobacter pylori*. El hemograma, la bioquímica y el estudio de coagulación eran normales. Presentaba una gastrinemia de 298 pg/ml (normal 28-115), 5-HIAA de 9,1 mg/24 h (normal 2-10) y serotonina 95 ng/ml (normal 62-159). El paciente se encontraba asintomático, sin síndrome carcinóide y sin imágenes metastásicas en la ecografía.

Así pues, con el diagnóstico de tumores carcinoides múltiples gástricos, en el contexto de una gastritis crónica atrófica, el paciente fue intervenido el 4 de julio del 2000 realizándose una gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía D1, practicándose la extracción de la pieza, omentectomía y reconstrucción mediante asa en Y de Roux a través de una mini-laparotomía transversa. El postoperatorio cursó sin complicaciones. El estudio anatomopatológico de la pieza de resección reveló la presencia de tres tumores carcinoides infiltrantes de 0,8, 0,6 y 0,5 cm de tipo I en cuerpo gástrico, asociados a gastritis crónica atrófica con metaplasia entérica y áreas de hiperplasia de células endocrinas, así como la presencia de un tumor de la estroma gastrointestinal de 1,5 cm en antro gástrico. Los ganglios fueron negativos.

Los tumores carcinoides gástricos (TCG) constituyen el 0,3% de todos los tumores gástricos¹. Se originan en las células enterocromafines, la mayoría son pequeños, de localización submucosa, y la mayoría de ellos (80%) son clínicamente asintomáticos. Debido a su localización submucosa, el 50% de las biopsias pueden ser negativas, por lo que pueden ser necesarias técnicas de biopsia más profundas como la polipectomía con lazo².

Se han encontrado TCG asociados a anemia perniciosa y/o gastritis atrófica con hipoclorhidria, en un 2% de los pacientes con 10-20 años de evolución de su enfermedad. Ambas entidades se asocian con hipergastrinemia. Entre el 20% de los pacientes que tienen un síndrome de Zollinger-Ellison (también asociado con hipergastrinemia), como parte de un síndrome de neoplasia endocrina múltiple 1 (NEM-1), en aproximadamente el 10-15% se encuentran TCG. En el restante 80% de los pacientes con síndrome de Zollinger-Ellison que no tienen un NEM-1, sólo presentan TCG un 0,3%, cifra similar a la de la población general. El tratamiento prolongado antisecreto también produce un estado de hipergastrinemia, pero no se ha comprobado ningún caso de TCG inducido por fármacos. Así pues, es posible que la hipergastrinemia sea sólo un factor que deba acompañarse de una atrofia gástrica o un síndrome NEM-1 para que se produzca un mayor riesgo de desarrollar TCG².

El tratamiento definitivo es la exéresis, aunque como ocurre en los tumores carcinoides de otras localizaciones, el método y extensión de la resección continúan siendo controvertidos, entre otras causas debido a que la medición endoscópica de estas lesiones adolece de cierta subjetividad. Se ha sugerido que en pacientes con TCG y gastritis crónica atrófica, cuando éstos sean escasos (< 3-5) y de pequeño tamaño (< 1 cm) puede optarse por un tratamiento conservador mediante polipectomía endoscópica^{2,3}. En estos pequeños tumores de menos de 1 cm o en malos candidatos para la cirugía, la exéresis endoscópica puede ser satisfactoria si los márgenes son negativos. En aquellos casos con tumores muy numerosos (> 5) o de gran tamaño

(>1 cm) algunos autores recomiendan una antrectomía con el fin de eliminar el estímulo de la gastrina y la escisión local de los tumores carcinoides^{3,4}. En ambos casos se aconseja seguimiento endoscópico para valorar la evolución o la recidiva. Otros autores, en presencia de tumores grandes, de más de 2 cm, piensan que pueda ser necesaria una gastrectomía subtotal o total². En nuestro caso, un paciente con gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal y anemia perniciosa, con dos lesiones de aproximadamente 1 cm y una tercera de 1,5 cm parcialmente resecada por polipectomía, situadas en fondo gástrico, optamos por la realización de una gastrectomía total D1 laparoscópica⁵ basándonos en los siguientes razonamientos: a) presencia de una lesión gástrica premaligna, también para adenocarcinoma; b) uno de los TCG mide entre 1 y 2 cm; c) ¿las mediciones endoscópicas son absolutamente fiables?; d) necesidad de tratar la hipergastrinemia, y e) posibles dificultades para localizar todas las lesiones y para realizar la escisión local correcta de todas ellas. También se ha sugerido la posibilidad de realizar la exéresis mediante cirugía endogástrica⁶, pero de esta forma no se actúa sobre la hiperproducción de gastrina.

F.J. Ibáñez Aguirre, J.M. Bordas Rivas, J.M. Erro Azcárate, M.L. Almendral López*, M. Santamaría Olabarrieta, F.J. Frías Ugarte y J.A. Moreno Moreno**

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo
(Dr. F.J. Ibáñez Aguirre), *Gastroenterología y **Anestesia.
Hospital de Zumárraga. Zumárraga. Guipúzcoa.

Bibliografía

- Castellote J, Porta F, Badal JM, Sant F, Valdes V, Libori R. Gastritis crónica atrófica, hipergastrinemia y tumor carcinóide gástrico. Rev Esp Enf Digest 1997; 89: 485-487.
- Luk GD. Tumores gástricos. En: Sleisinger MH, Feldman M, Scharschmidt BF, editores. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000; 785-810.
- Gilligan CJ, Phil M, Lawton GP, Tang LH, West B, Modin IM. Gastric carcinoid tumors: the biology and therapy of an enigmatic and controversial lesion. Am J Gastroenterol 1995; 90: 338-352.
- Garza Trasobares E, Muniesa Soriano JA, Lázaro Maisonave JM. Tumor carcinóide gástrico multicéntrico. Rev Esp Enf Digest 1999; 91: 456-462.
- Azagra JS, Goergen M, De Simone P, Ibáñez Aguirre J. Minimally invasive surgery for gastric cancer. Surg Endosc 1999; 13: 351-357.
- Mittal SK, Filipi CJ. Indications for endo-organ gastric excision. Surg Endosc 2000; 14: 318-325.

Sarcoma primario del epiplón mayor. A propósito de un caso

Sr. Director:

Los tumores del epiplón mayor son una entidad patológica muy poco frecuente¹. El primer caso de un tumor de esta ubicación fue descrito por Stout y Cassel en 1942². A pesar de que el epiplón mayor está compuesto en su mayor parte por tejido adiposo, los tumores originados en él proceden más frecuentemente de tejido muscular liso que de tejido adiposo. Esto supone que los tumores procedentes de músculo liso proceden de