

Medicent Electrón. 2021 abr.-jun.;25(2)

Informe de Caso

Divertículo del fundus gástrico de un caso clínico

A clinical case of a gastric fundus diverticulum

Liliet Melissa Saura Cuesta^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-8802-5266>Madyaret Águila Carbelo¹ <http://orcid.org/0000-0002-0250-9236>Leidy Viera Leal¹ <http://orcid.org/0000-0002-2377-6130>¹Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.* Autor para la correspondencia Correo electrónico: lilietsc@infomed.sld.cu**RESUMEN**

Los divertículos gástricos son dilataciones saculares que protruyen de la pared gástrica. Se presentó una paciente de 63 años a la cual se le descubrió una imagen nodular en la proyección de la glándula suprarrenal izquierda en una tomografía axial computarizada simple de abdomen. En dicha tomografía, con contraste por vía oral y en estudios fuoroscópicos con contraste baritado, se confirmó el diagnóstico de divertículo del fundus gástrico. La lesión era asintomática y no superaba el tamaño recomendado para aconsejar su resección. Los divertículos congénitos o verdaderos del estómago, son un diagnóstico diferencial importante, sobre todo, con las lesiones nodulares de la glándula suprarrenal izquierda, por lo que se impone la realización de estudios imagenológicos contrastados. La tomografía axial



computarizada con contraste por vía oral es una herramienta muy útil en el diagnóstico de los divertículos del fundus gástrico que simulan una masa suprarrenal.

DeCS: divertículo gástrico/diagnóstico por imagen.

ABSTRACT

Gastric diverticula are saccular dilations that protrude from the gastric wall. We present a 63-year-old female patient in whom a nodular image was discovered in the projection of the left adrenal gland on a simple abdominal computed tomography scan. Diagnosis of a gastric fundus diverticulum was confirmed using oral contrast in this tomography and barium contrast in fluoroscopic studies. The lesion was asymptomatic and did not exceed the recommended size to advise its resection. Congenital or true diverticula of the stomach are an important differential diagnosis, especially with nodular lesions of the left adrenal gland, for which contrast imaging studies are required. Oral contrast-enhanced computed tomography is a very useful tool in the diagnosis of gastric fundus diverticula simulating an adrenal mass.

MeSH: diverticulum, stomach/diagnostic imaging.

Recibido: 20/10/2020

Aprobado: 5/03/2021

Las enfermedades del tracto gastrointestinal superior usualmente se evalúan mediante estudios endoscópicos y fluoroscópicos baritados. Sin embargo, es frecuente que en exámenes de tomografía axial computarizada (TAC) se encuentren de manera incidental divertículos o pseudodivertículos del tracto digestivo.⁽¹⁾

Los divertículos gástricos son dilataciones que protruyen de la pared gástrica; su prevalencia oscila entre 0,04 % a 2,6 %, y pueden ser congénitos o adquiridos. El 75 % de los casos



congénitos se ubican en la pared posterior del fondo gástrico, mientras que los divertículos adquiridos ocurren más frecuentemente en el antro. La edad promedio de aparición es de los 20 a los 60 años, con un tamaño promedio de 4 cm.^(2,3,4)

Presentación del caso

Se presenta una paciente de 62 años de edad, sin antecedentes de importancia, la cual acudió a consulta con sintomatología sospechosa de litiasis renal, que no se constató en la ecografía; se insistió en una tomografía renal simple para el estudio de la litiasis y se identificó como hallazgo incidental una lesión nodular homogénea, de contornos bien definidos, polilobulados, con densidad de tejido blando, localizada en la topografía suprarrenal izquierda, posterior al fundus gástrico (Figura 1).

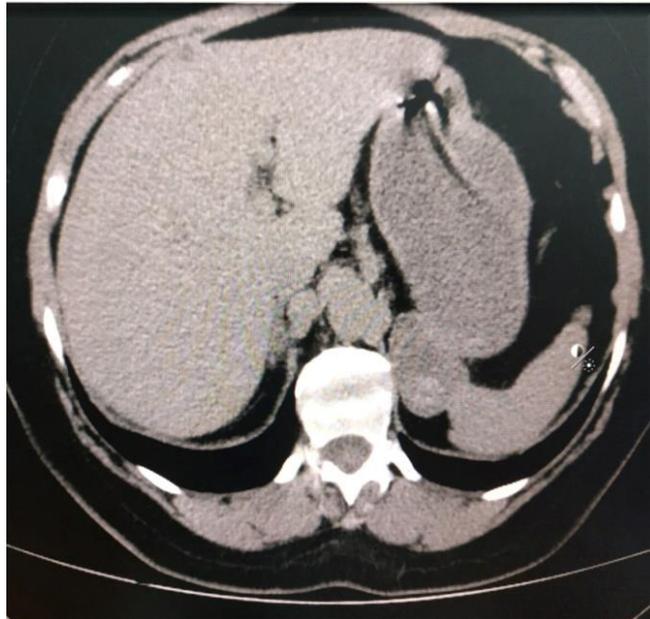


Figura 1. TAC simple de abdomen en el que se observa lesión nodular homogénea con densidad de tejido blando localizada en la topografía de la glándula suprarrenal izquierda posterior al fundus gástrico.

Ante la sospecha de una lesión en la glándula suprarrenal, se indicó un estudio tomográfico contrastado por vía oral y endovenosa (Figura 2); en este estudio se identificó una imagen hiperdensa con refuerzo de contraste que presentaba continuidad con el lumen gástrico. Esto facilitó su diferenciación de las lesiones adrenales; se observó una pequeña burbuja en su interior, que indicaba su origen y la comunicación con el tracto digestivo, en relación con divertículo del fundus gástrico.

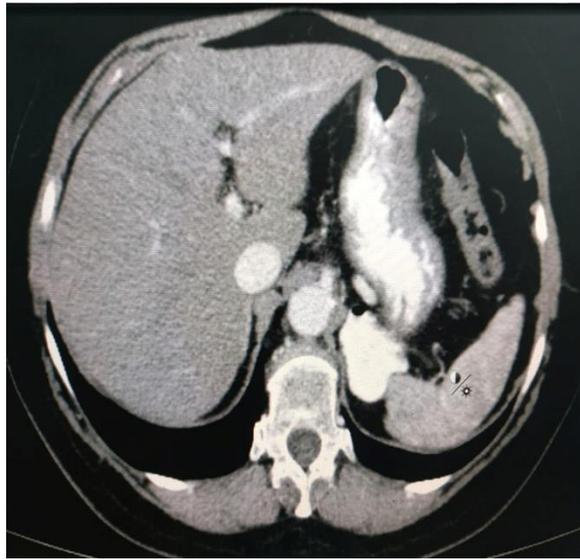


Figura 2. TAC de abdomen con contraste VO y EV. Se observa imagen hiperdensa con refuerzo de contraste que presenta continuidad con el lumen gástrico con pequeña burbuja en su interior.

Posteriormente, se realizaron estudios radiográficos mediante control fluoroscópico con la administración de contraste baritado por vía oral, en los cuales se confirmó la presencia de una gruesa imagen por adición de contorno hacia la pared posterior del fundus gástrico, en relación con divertículo a ese nivel, asociado a pequeña hernia hiatal y reflujo gastroesofágico grado II. (Figuras 3 y 4)



Figura 3. Estudio radiográfico con contraste baritado por VO. Se observa grueso divertículo del fundus gástrico asociado a pequeña hernia hiatal y reflujo gastroesofágico grado II.



Figura 4. Estudio fluoroscópico con contraste baritado por VO, en este se puede observar imagen por adición de contorno hacia la pared posterior del fundus gástrico.

Comentario

Los divertículos gástricos son poco frecuentes, aunque estos varían de acuerdo con el método diagnóstico. En una gran serie de 14 428 pacientes, a los cuales se les indicó un estudio tomográfico toracoabdominal por diferentes motivos, se diagnosticaron incidentalmente 18 DG con una prevalencia de 0,12 %.⁽⁵⁾

Se presentan, principalmente, entre la 5ª y la 6ª década de la vida, y su incidencia es igual en hombres y mujeres. La mayoría de pacientes son asintomáticos; sin embargo, entre 18 y 30 % pueden presentar: dolor abdominal, náuseas y emesis. Muy rara vez hay sangrado o perforación causada por diverticulitis secundaria a retención de restos alimenticios y jugo gástrico dentro del divertículo.^(6,7)

Los divertículos congénitos (llamados los verdaderos) son los más comunes y están constituidos por las tres capas de la pared gastrointestinal. El 70 % de los divertículos congénitos se encuentran en la pared posterior del fondo gástrico, en un nivel inmediatamente inferior a la unión esófago-gástrica.^(1,2,5,7)

Además de los divertículos congénitos, también se presentan en el estómago divertículos adquiridos (o falsos), ya sea de pulsión o de tracción. Los divertículos adquiridos de pulsión son pseudodivertículos sin todas las capas de la pared gástrica, y aparecen por aumento de la presión intraluminal (tos crónica, obesidad, embarazo y bezoares). Los divertículos de tracción se producen por adherencias perigástricas secundarias a enfermedad concomitante.^(1,2,5,7)

Existen diferentes pruebas que ayudan al diagnóstico de un divertículo gástrico, son especialmente útiles: los estudios radiológicos gastroduodenales y la tomografía axial computarizada.⁽⁸⁾

En cuanto al diagnóstico imagenológico, en las imágenes baritadas por fluoroscopia, se observa como una saliente de perfil de la pared gástrica. En la tomografía computada se puede observar como una saculación bien definida de la pared, la que puede contener fluido o gas.⁽⁴⁾



Muchos divertículos se detectan incidentalmente por medio de la tomografía axial computarizada. Se reconocen como lesiones quísticas con una pared delgada y un nivel hidroaéreo, localizándose detrás del estómago en la región paravertebral izquierda entre: el bazo, la glándula suprarrenal y la crura izquierda del diafragma. Si un divertículo no contiene aire, puede ser malinterpretado principalmente como lesiones quísticas de la glándula suprarrenal izquierda.^(5,8)

Mediante la tomografía axial computarizada, los divertículos congénitos gástricos se manifiestan como imágenes nodulares posteriores en el fondo gástrico, usualmente en estrecho contacto con la glándula adrenal izquierda. Cuando los estudios de tomografía se realizan con medio de contraste positivo el diagnóstico es sencillo, pues por su localización posterior, generalmente se llenan con el medio de contraste en posición supino (imágenes de refuerzo de contraste que presentan continuidad con el lumen gástrico), lo que facilita su diferenciación de las lesiones adrenales. Las dificultades en el diagnóstico de estos divertículos suelen ocurrir en los estudios de tomografía axial computarizada, sin o con medio de contraste negativo o neutro, pues en estas circunstancias el divertículo suele estar ocupado por líquido y puede simular una lesión quística adrenal. Un signo útil para favorecer el diagnóstico de divertículos es una pequeña burbuja en el interior del divertículo, que indica su origen y la comunicación con el tracto digestivo.⁽⁹⁾

También debe establecerse el diagnóstico diferencial con variaciones anatómicas de estructuras normales o de afecciones de órganos adyacentes como: bazos accesorios, tumores hepáticos, colon lleno de líquido, arterias o venas esplénicas tortuosas, masa renal exofítica en el polo superior del riñón, masas pancreáticas, aumento de grasa suprarrenal y engrosamiento de la crura diafragmática izquierda. Por lo anterior, se recomienda una combinación de estudios: endoscópicos, radiológicos con bario y endosonográficos para corroborar el diagnóstico de un divertículo gástrico.⁽⁵⁾

En la endoscopia suele verse el origen del divertículo en cara posterior gástrica en el 70 % de los casos, a unos 2 cm por debajo de la unión gastroesofágica, y a 3 cm de la curvatura menor.



Se recomienda realizar este procedimiento para descartar la retención de contenido gástrico, confirmar el tamaño y la localización, así como realizar toma de biopsias para descartar otras enfermedades.⁽⁸⁾

El tratamiento de estos pacientes depende de la magnitud de los síntomas. Si el divertículo es asintomático, no precisan un tratamiento específico. Si el divertículo es mayor de 4 cm se recomienda estudio para descartar complicaciones.⁽⁸⁾ Algunos estudios han informado que cuando están sintomáticos se recomienda el uso de antiácidos, inhibidores de la bomba de protones y una dieta blanda.⁽⁷⁾

La resección quirúrgica está indicada cuando el divertículo es grande, por mayor riesgo de complicaciones, sintomáticos o cuando se complica con hemorragia, perforación o malignidad. Es posible realizar una resección laparoscópica o por laparotomía.^(8,10)

La tomografía axial computarizada se ha convertido en una herramienta diagnóstica invaluable y complementaria para el estudio de la enfermedad diverticular y pseudodiverticular del tracto digestivo superior. Aunque la mayoría de los casos informados emplean el contraste baritado, el presente estudio demostró la utilidad de la tomografía contrastada con vía oral en la diferenciación de masas adrenales de anomalías gastrointestinales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldberg E, Raufman JP. Stomach and duodenum: anatomy and structural anomalies. En: Yamada T, Alpers DH, Kalloo AN, Kaplowitz N, Chung O, Powell DW. Yamada's Textbook of Gastroenterology. 5th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015. p. 60-72.
2. Podda M, Atzeni J, Messina Campanella A, Saba A, Pisanu A. Syncope with surprise: an unexpected finding of huge gastric diverticulum. Case Rep Surg [internet]. 2016 [citado 5 oct. 2020];2016:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/cris/2016/1941293/>



3. Prieto O. R, Carvajal P. G, Prieto O. J, Preciado A. J. Divertículo gástrico: hallazgo inusual en la endoscopia digestiva alta. *Gastroenterol Latinoam* [internet]. 2017 [citado 5 oct. 2020];28(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2017n100004.pdf>
4. Royero Gutiérrez H. Divertículos gástricos subcardiales: un hallazgo endoscópico poco frecuente. *Rev Colomb Gastroenterol* [internet]. oct.-dic. 2017 [citado 5 oct. 2020];32(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/184>
5. Moy BT, Marchioni Beery RM, Birk JW. Gastric diverticulum: an unusual endoscopic finding. *ACG Case Rep J* [internet]. 2016 Apr. [citado 5 oct. 2020];3(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4843138/>
6. Zuluaga S. A, Ochoa G. J, Bustamante Z. S, Gutiérrez M. C, Zuluaga M. N. Upper gastrointestinal tract diverticulum and pseudodiverticulosis: Multidetector Computed Tomography (mdct) findings: case series. *Rev Colomb Radiol* [internet]. 2015 [citado 5 oct. 2020];26(1):[aprox. 6 p.]. 4139-44. Disponible en:
https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2015/junio/colombia/diverticulos_ing.pdf
7. Baum JA, Ching Companioni RA. Enfermedad diverticular del estómago y el intestino delgado [internet]. Kenilworth, NJ., USA: Manual MSD; mar. 2019 [citado 10 oct. 2020]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/enfermedad-diverticular-del-estomago-y-el-intestino-delgado>
8. Whittle P. C, Schiappacasse F. G, Leal M. E, Franz G. G, Hasson A. D, Maldonado S. I, *et al.* Imágenes en divertículos del tubo digestivo: Localizaciones infrecuentes. Serie de casos. *Rev Chil Radiol* [internet]. jul. 2018 [citado 5 oct. 2020];24(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082018000200067&lng=es
9. García Moreno F, Cuadrado M, Lisa E, Ballesteros A. Divertículo gástrico asintomático: Actitud diagnóstica-terapéutica. *Rev Esp Investig Quirúrg.* 2018;XXI(4):141-3.



10. Marianne C, Rehman MU, Min Hoe C. A case report of large gastric diverticulum with literatura review. Int J Surg Case Rep. 2018;44:82-4.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

LMSC y MAC: realizaron el diagnóstico imagenológico, revisión bibliográfica y redactaron la primera versión del manuscrito.

LVL: realizó la revisión bibliográfica actualizada y participó en la redacción de la primera versión del manuscrito.

Todos los autores revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente emitida.

