

Divertículo gástrico: hallazgo inusual en la endoscopia digestiva alta

Robin Prieto O.¹, Germán Carvajal P.², Jhon Prieto O.³ y Javier Preciado A.⁴

Gastric diverticulum: an unusual finding in upper gastrointestinal endoscopy

Diverticula may occur throughout the gastrointestinal tract, gastric localization is the most infrequent and these can be: false diverticula, which are less common and typically located in the antrum; and true diverticula, which are more frequent and are located in the posterior wall of the gastric fundus. This is a very rare condition and its prevalence in radiographic studies can be of 0.04%, in endoscopy, of 0.01% to 0.11%, and of 0.1% to 2.6% in autopsy series. Diagnosis is typically in the fifth and sixth decades. Normally this is an incidental finding in asymptomatic patients, by means of an upper gastrointestinal endoscopy, upper digestive tract ultrasound or computed tomography. Due to low incidence, there is no consensus regarding treatment, however the general practice is that only those patients with symptomatic diverticula must receive medical treatment; and those with diverticula > 4 cm must undergo surgery, due to the risk of inflammation, bleeding, perforation, or malignant transformation, caused by food retention and subsequent release of gastric juices within the mucosal sac. We present the case of two asymptomatic patients who were diagnosed incidentally.

Key words: Gastric diverticulum, endoscopy, tomography.

Resumen

Los divertículos pueden ocurrir a lo largo de todo el tracto gastrointestinal, la localización gástrica es la menos frecuente, pueden ser falsos, que son menos frecuentes y se localizan en el antro gástrico, y verdaderos que son los más frecuentes y se localizan en la pared posterior del fondo gástrico. Se trata de una condición muy rara y su prevalencia en estudios radiográficos puede ser del 0,04%, en endoscopias del 0,01% al 0,11%, y con una prevalencia en series de autopsias del 0,1 al 2,6%. El diagnóstico se realiza más frecuentemente en la quinta década de la vida. Generalmente, es un hallazgo casual en pacientes asintomáticos, y se realiza mediante endoscopia de vías digestivas altas, radiografía de vías digestivas altas o tomografía computarizada. Debido a la baja incidencia, no existe consenso en cuanto al tratamiento, pero el concepto general es que solo deben ser tratados médicamente los pacientes con divertículos sintomáticos, o mediante cirugía, aquellos con diámetro mayor a 4 cm, dado el riesgo de inflamación, sangrado, perforación, o transformación maligna, debido a la retención de los alimentos con la subsiguiente liberación y retención de los jugos gástricos dentro del saco diverticular. Presentamos el caso de dos pacientes asintomáticos, en quienes se realizó el diagnóstico de forma fortuita.

Palabras clave: Divertículo gástrico, endoscopia, tomografía.

Introducción

Los divertículos son evaginaciones de la pared del tracto gastrointestinal y pueden ocurrir en cualquier segmento del mismo, teniendo todos en general las mismas características. Los más frecuentes aparecen en el colon y los menos frecuentes son los de localización gástrica. De acuerdo a la literatura, el primero en describir los divertículos gástricos fue Moebius en

1661, posteriormente fueron también descritos por Roax en 1774¹.

Existen dos tipos de divertículos gástricos: Los congénitos o verdaderos, que están constituidos por las tres capas de la pared gastrointestinal y son los más frecuentes. El 70% de los divertículos congénitos se encuentran en la pared posterior del fondo gástrico, en un nivel inmediatamente inferior a la unión esofagogastrica, y se han asociado a debilidad de la capa

¹Residente de gastroenterología y endoscopia digestiva, Fundación Universitaria Sánitas, Bogotá, Colombia.

²Especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, Fundación Universitaria Sánitas, Bogotá, Colombia.

³Gastroenterólogo y hepatólogo CEHYD-Clinica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia.

⁴Especialista en gastroenterología y endoscopia digestiva, Clínica Universitaria Colombia, Bogotá, Colombia.

Recibido: 26 de septiembre de 2016
Aceptado: 7 de enero de 2017

Correspondencia a:

Dr. Robin German Prieto Ortiz
Calle 127 N° 19 A
28 Consultorio 412,
Edificio Acomédica 1,
Bogotá, Colombia.
Teléfono: (+57) 1 258 28 81
rgprieto@hotmail.com

Caso Clínico

muscular longitudinal. El otro tipo corresponde a los divertículos adquiridos o falsos, que no están compuestos por las tres capas, se localizan generalmente en el antro gástrico y han sido asociados a obesidad, tos crónica, embarazo, úlcera péptica, pancreatitis, e incluso a antecedentes quirúrgicos del tracto gastrointestinal¹.

Se trata de una condición muy rara y su prevalencia en estudios radiográficos puede ser del 0,04%. En endoscopia digestiva alta puede ser de 0,01% a 0,11%. En series de autopsias se ha informado una prevalencia de 0,1 y 2,6%².

Se presentan, principalmente, entre la quinta y la sexta década de la vida, aunque hay informes de pacientes de 9 años con hallazgo de divertículo gástrico. Se ha informado una incidencia igual en hombres y mujeres, y generalmente al momento del diagnóstico tiene un tamaño de 3 a 4 cm².

En cerca de 70% de los casos los divertículos se detectan de forma casual y, por lo tanto, corresponden a pacientes asintomáticos. En hasta 30% de los casos los pacientes pueden presentar síntomas que dependen del tamaño del cuello diverticular, ya que cuando son anchos, los alimentos y los jugos gástricos tienen menos probabilidades de quedar atrapado. Se ha sugerido que la retención de alimentos con la posterior distensión del divertículo gástrico puede causar dolor, y menos frecuentemente dispepsia y vómitos³.

Diagnóstico

El principal método diagnóstico es la endoscopia digestiva alta (EDA), sin embargo, algunos estudios informan que hasta 5% de los divertículos pueden no ser diagnosticados por este método o pasan inadvertidos como se demostró en un estudio de 262 pacientes. Por lo anterior, ante la alta sospecha, un buen complemento es la realización de tomografía computarizada en la que los divertículos congénitos gástricos se manifiestan como imágenes nodulares posteriores en el fondo gástrico, usualmente en estrecho contacto con la glándula adrenal izquierda. Cuando la tomografía computada (TC) se realiza con medio de contraste positivo (bario diluido o medio de contraste yodado) 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 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 peque-

ña burbuja en el interior del divertículo, que indica su origen y la comunicación con el tracto digestivo. No obstante, otros autores consideran que también existe un alto porcentaje de subdiagnóstico con este método por lo cual no lo consideran de elección⁴.

Tratamiento

La mayoría de divertículos son asintomáticos, por lo cual no se recomienda un tratamiento específico, aunque algunos autores recomiendan el uso de antiácidos, inhibidores de bomba de protones (IBP) y una dieta blanda. Otros autores sugieren un seguimiento clínico y endoscópico periódico⁵.

Tratamiento quirúrgico

La primera resección laparoscópica exitosa fue publicada en 1998 por Fine, y es una técnica actualmente difundida y aceptada. Se emplean cuatro puertos que se disponen de forma similar a los utilizados en la técnica para funduplicatura de Nissen, y el abordaje a la pared posterior del estómago se logra mediante la liberación del ligamento gastrocólico y gastroesplénico, o mediante la sección de los vasos gástricos cortos la cual es la técnica más utilizada⁶.

El tratamiento quirúrgico electivo está recomendado en los casos de divertículos grandes (> 4 centímetros) ya que se han asociado con mayor riesgo de perforación, sangrado e incluso transformación maligna debido a que, por la retención de los alimentos en el divertículo y la subsiguiente liberación de los jugos gástricos dentro del saco de la mucosa, se produce un efecto permanente y crónico, que ha sido relacionado con las complicaciones previamente mencionadas y, en algunos casos, con transformación maligna⁷. Se han informado casos en que se ha identificado invasión por adenocarcinoma. En estos casos se debe realizar resección electiva⁸. El tratamiento quirúrgico también se recomienda en los pacientes sintomáticos que no responde al tratamiento farmacológico; y puede llegar a requerirse de forma urgente en casos dramáticos de sangrado o perforación, aunque se han informado casos de pacientes con sangrado activo que ha sido controlado mediante endoscopia⁹.

En otros informes se ha recomendado la resección quirúrgica apoyada por endoscopia intraoperatoria, lo que constituye un método seguro y factible con excelentes resultados¹⁰.

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 67 años quien ingresa al servicio de gastroenterología de forma ambulatoria para realización de endoscopia digestiva por

presentar melenas de 2 días de evolución. No presenta síntomas de dispepsia ni antecedentes de importancia. Se realiza el procedimiento, encontrando como hallazgo fortuito una formación diverticular de boca ancha localizada hacia la pared posterior del fondo gástrico y de 15 mm (Figura 1). No se encontró causa del probable sangrado. Por tratarse de un paciente asintomático en relación con el diagnóstico de divertículo gástrico, y por tener menos de 4 cm, no se indicó tratamiento alguno. Se explicó la situación al paciente y se dieron recomendaciones. Las melenas desaparecieron y el paciente ha permanecido asintomático hasta el momento, en un período de seguimiento mayor a un año. El diagnóstico se complementó mediante la realización de una TC de abdomen (Figura 2).

Caso clínico 2

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, remitida a nuestro servicio para realización de endoscopia digestiva como parte de un chequeo médico ejecutivo. Al momento del examen la paciente se encontraba completamente asintomática y negaba cualquier antecedente de importancia. Se le realizó el procedimiento, con el hallazgo fortuito de un divertículo en fondo gástrico de aproximadamente 20 mm de diámetro (Figura 3). Se reinterrógó a la paciente quien negó síntomas gastrointestinales. No requirió tratamiento alguno y actualmente permanece asintomática.

Conclusiones

Los divertículos gástricos son una patología infrecuente que en la mayoría de los casos se localizan en la pared posterior de cuerpo gástrico y son verdaderos. El diagnóstico generalmente se hace de forma casual mediante EDA y un buen método confirmatorio es el TC de abdomen con contraste intravenoso. La mayoría de los pacientes son asintomáticos y en ellos se recomienda desde la simple observación hasta el tratamiento con IBP o antiácidos. Cuando los divertículos gástricos son mayores de 4 cm se recomienda el tratamiento quirúrgico dado el alto riesgo de sangrado perforación o transformación maligna. Independiente del tamaño, si el paciente presenta síntomas que no ceden con el manejo farmacológico, está indicado el tratamiento quirúrgico. Pueden manifestarse de forma aguda especialmente con sangrado, caso en que se puede realizar el tratamiento inicial con métodos endoscópicos y posteriormente realizar el tratamiento quirúrgico.

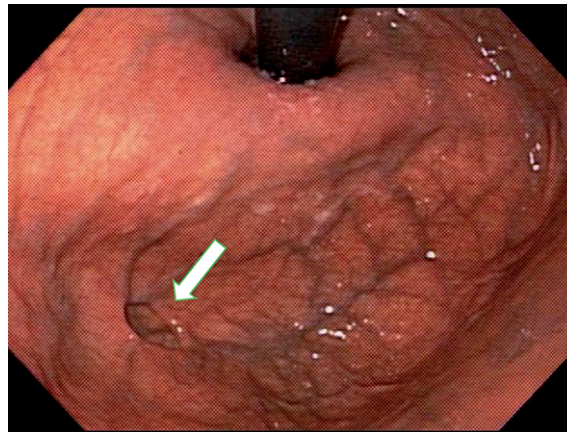


Figura 1. Divertículo gástrico: A la retrovisión se observa el divertículo en el fondo, cara posterior (señalado por la flecha).



Figura 2. Tomografía computada de abdomen con medio de contraste intravenoso. Corte sagital donde se observa en el fondo gástrico y hacia la pared posterior un divertículo (señalado con las flechas).



Figura 3. Divertículo gástrico: Se observa el divertículo ocupado por restos de alimento.

Caso Clínico

Referencias

- 1.- Marano L, Reda G, Porfidia R, Grassia M. Large symptomatic gastric diverticula: Two cases reports and a brief review of literature. *World J Gastroenterol* 2013; 19: 6114-7.
- 2.- Anaise D, Brand DL, Smith NL, Soroff HS. Pitfalls in the diagnosis and treatment of a symptomatic gastric diverticulum. *Gastrointest Endosc* 1984; 30: 28-30.
- 3.- Rashid F, Aber A, Iftikhar SY. A review on gastric diverticulum. *World J Emerg Surg* 2012; 7: 1.
- 4.- Kodera R, Otsuka F, Inagaki K, Miyoshi T, Ogura T, Tanimoto Y, et al. Gastric diverticulum simulating left adrenal incidentaloma in a hypertensive patient. *Endocr J* 2007; 54: 969-74.
- 5.- Ferreira-Aparicio FE, Gutiérrez-Vega R, Gálvez-Molina Y, Ontiveros-Nevarés P, Athie-Gutiérrez C, Montalvo-Javé EE. Diverticular disease of the small bowel. *Case Rep Gastroenterol* 2012; 6: 668-76.
- 6.- Fine A. Laparoscopic resection of a large proximal gastric diverticulum. *Gastrointest Endosc* 1998; 48: 93-5.
- 7.- Zelisko A, Rodríguez J, El-Hayek K, Kroh M. Laparoscopic resection of symptomatic gastric diverticula. *JLS* 2014; 18: 120-4.
- 8.- Fork FT, Toth E, Lindstrom C. Early gastric cancer in a fundic diverticulum. *Endoscopy* 1998; 30: S2.
- 9.- Chen J, Su W, Chang C, Lin H. Bleeding from gastric diverticulum. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: 336.
- 10.- Vogt DM, Curet MJ, Zucker KA. Laparoscopic management of gastric diverticula. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 9: 405-10.