



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-123 - DIVERTÍCULO GÁSTRICO COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

Alvarado Hurtado, Ricardo Giancarlo; Jiménez Álvarez, Laura; Lasa Unzue, Inmaculada; Marcos Hernández, Ruth; Pérez González, Marina; Soto Schütte, Sonia; García Moreno-Nisa, Francisca; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: Los divertículos gástricos son una patología poco frecuente. Se trata de dilataciones saculares gástricas que provocan gran variedad de síntomas o permanecen asintomáticos durante toda la vida.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 21 años, sin antecedentes de interés, en estudio por Aparato Digestivo por dolor abdominal crónico. Todas las pruebas en el estudio inicial eran normales. Sin embargo, se realiza tomografía de abdomen que objetiva en la pared posterior del fundus gástrico un divertículo con una boca de 20 mm, mide 54 × 36 × 40 mm y tiene contenido heterogéneo en su interior. Está en íntimo contacto con el bazo, adrenal izquierda, polo superior del riñón izquierdo y la vena esplénica. La gastroscopia evidencia en fundus, un divertículo de 5cm con contenido alimentario. Dada la sintomatología que le provocaba a la paciente y el tamaño del divertículo se decidió la resección quirúrgica del mismo por laparoscopia. En el intraoperatorio no se consigue encontrar el divertículo tras la liberación de la curvatura mayor, se realizó gastroscopia intraoperatoria sin que se consiguiera encontrar la lesión, se cambia el acceso a laparotómico, encontrando el divertículo en el ángulo de His, muy cerca de la unión gastroesofágica de unos 5cm de diámetro máximo. Se realizó resección de este mediante endoGIA morada, una de 60 mm y otra 45 mm. La anatomía patológica demostraba que era un divertículo verdadero que contenía todas las capas del estómago. El posoperatorio transcurrió sin incidencias y hasta la fecha la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Los divertículos gástricos son una patología rara. Son dilataciones saculares que protruyen de la pared gástrica, en su mayoría verdaderos incluyendo todas las capas de la pared gástrica, como el de nuestra paciente. Se estima una prevalencia entre 0,1-2,6%, afectando principalmente a adultos en la 5ª y 6ª década de la vida y su incidencia es igual en hombres que en mujeres. En nuestro caso la paciente es más joven que la media con 21 años. Suelen ser asintomáticos y cuando dan sintomatología es inespecífica y lo más frecuente son el dolor abdominal inespecífico, las náuseas y los vómitos. Rara vez, hay hemorragia o perforación causada por diverticulitis. El diagnóstico suele ser por imagen, confirmándolo después con gastroscopia. 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. La decisión en cuanto al tratamiento de esta entidad debe hacerse en función de la sintomatología que ocasiona y al tamaño del divertículo. La mayoría de las veces es asintomático y menor de 4 cm, por lo que el

riesgo de complicación es bajo y se aconseja únicamente seguimiento. Si el divertículo es mayor de 4cm se recomienda estudio para descartar complicaciones. Por ello, en nuestro caso la estaba indicada la resección, tanto porque era sintomático como por el tamaño de la lesión.