

Divertículo gástrico en la curvatura menor como diagnóstico diferencial infrecuente de la dispepsia crónica

Gastric Diverticulum on the Lesser Curvature as an Uncommon Differential Diagnosis of Chronic Dyspepsia

Nerisleidys Dussù Casero^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-9203-8046>

Yalisbet Díaz Benítez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3199-010X>

Wilfredo Hechavarria Salazar¹ <https://orcid.org/0009-0005-4054-3151>

¹Hospital Militar Dr. Joaquín Castillo Duany. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: ndussu@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 38 años, con síntomas dispépticos durante una década, pero intensificados en los últimos tres meses: náuseas frecuentes, vómitos ocasionales, digestión lenta, plenitud gástrica y malestar en epigastrio, dolor a palpación profunda en epigastrio, imagen radiográfica por adición en la curvatura menor gástrica e identificación endoscópica de divertículo en esa localización. Fue tratada con inhibidores de bomba de protones y medidas dietéticas con la obtención de una evolución favorable y un seguimiento ambulatorio por gastroenterología. Por la poca frecuencia de esta enfermedad como causa de dispepsia crónica y las dificultades para su diagnóstico por el método clínico, se decidió describir un caso sintomático con divertículo en la curvatura menor del estómago, teniendo en cuenta su presentación clínica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento. Esta protrusión debe considerarse en el diagnóstico diferencial que no responde a tratamiento habitual. Su diagnóstico positivo necesita confirmación gastroscópica o radiográfica.

Palabras clave: dispepsia; divertículo gástrico; endoscopia del sistema digestivo.



ABSTRACT

We present the case of a 38-year-old woman with dyspeptic symptoms for a decade, but intensified in the last three months: frequent nausea, occasional vomiting, slow digestion, gastric fullness, and epigastric discomfort, pain on deep palpation in the epigastrium, radiographic image by addition on the gastric lesser curvature, and endoscopic identification of a diverticulum at that location. She was treated with proton pump inhibitors and dietary measures, achieving a favorable evolution and outpatient follow-up by gastroenterology. Due to the low frequency of this disease as a cause of chronic dyspepsia and the difficulties for its diagnosis by the clinical method, it was decided to describe a symptomatic case with a diverticulum on the lesser curvature of the stomach, taking into account its clinical presentation, differential diagnosis, and treatment. This protrusion should be considered in the differential diagnosis that does not respond to usual treatment. Its positive diagnosis requires gastroscopic or radiographic confirmation.

Keywords: dyspepsia; gastric diverticulum; digestive system endoscopy.

Recibido: 01/10/2025

Aprobado: 01/10/2026

Introducción

La dispepsia es frecuente motivo de consulta en gastroenterología.⁽¹⁾ Comprende un conjunto de síntomas crónicos recurrentes originados en el tracto digestivo superior, por cualquier trastorno de la secreción, la motilidad gastrointestinal y la sensibilidad gástrica que perturbe la digestión.⁽¹⁾ Entre esos síntomas está ardor o acidez, eructos, distensión gaseosa, flatulencia, sensación de plenitud o presión abdominal, náuseas, vómitos, dolor y molestia en epigastrio.⁽¹⁾ Su etiología es múltiple, siendo más frecuente la enfermedad úlcero-péptica por *Helicobacter pylori*.

Los divertículos son evaginaciones tapizadas por mucosa que sobresalen de una estructura tubular. Pueden localizarse en cualquier porción del tubo digestivo,



más frecuentemente en el colon. El divertículo gástrico, descrito por primera vez por Moebius (1661) y Roax (1774), es poco frecuente. ⁽¹⁾ Resulta asintomático en la mayoría de los casos; solo entre 18 y 30,0 % presentan trastornos dispépticos de difícil manejo médico.

Se diagnostica mediante estudios radiológicos y endoscópicos. Su prevalencia en radiografías gástricas contrastadas es 0,04 % y en gastroscopias, 0,11 %. Se presentan como una lesión única. Alrededor de 75,0 % asienta en la pared posterior gástrica y la región yuxtacardial. Su longitud promedio en 70,0 % de los casos es de 1 a 3 cm. ^(2,3)

Por la poca frecuencia de esta enfermedad como causa de dispepsia crónica y las dificultades para su diagnóstico por el método clínico, se decide describir un caso sintomático con divertículo en la curvatura menor del estómago, teniendo en cuenta su presentación clínica, el diagnóstico diferencial y su tratamiento.

Presentación de caso

Paciente femenina de 38 años, ama de casa y de piel blanca, quien refirió tener antecedentes personales de hipertensión arterial y asma bronquial. Acudió a consulta de gastroenterología del Hospital Militar Dr. Joaquín Castillo Duany, de Santiago de Cuba, por presentar en los últimos 3 meses un aumento de la frecuencia y la intensidad de síntomas que venía padeciendo hace una década, dados por náusea frecuente, vómitos ocasionales, digestiones lentas, sensación de plenitud gástrica y malestar en hemiabdomen superior. Este cuadro mejoraba parcialmente con la ingestión de metoclopramida.

Al examen físico solo se constató abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio. Se indicaron investigaciones dirigidas al diagnóstico positivo de la etiología y del estado biológico general de la paciente. Para el diagnóstico positivo se indicó radiografía de esófago, estómago y duodeno, usando contraste de sulfato de bario, y esofagogastroduodenoscopia con biopsia de la mucosa gástrica. La radiografía mostró una imagen por adición a nivel de la curvatura menor del estómago (Figura 1). En la endoscopia se observó un divertículo a nivel de esta curvatura. La biopsia resultó negativa de malignidad y de *Helicobacter pylori*.





Fig. 1. Radiografía de esófago, estómago y duodeno con imagen por adicción en la curvatura gástrica menor

Tras el diagnóstico positivo de la enfermedad diverticular y la descartación de la malignidad, así como el *Helicobacter pylori*, se decidió tratamiento médico. Fue indicado un inhibidor de la bomba de protones a dosis estándar durante 4 semanas y se realizaron recomendaciones dietéticas basadas en comidas fraccionadas y bajas en grasas. Se evaluó la especialidad de cirugía general, que descartó tratamiento operatorio por el carácter benigno y la ausencia de complicaciones. El seguimiento se hizo ambulatorio, por consulta de gastroenterología. La evolución resultó favorablemente, con disminución de los síntomas.

Discusión

El divertículo gástrico constituye una afección poco sospechada porque la mayoría de los casos cursa de modo asintomático. Cuando se presentan síntomas es más frecuente pensar en las entidades más comunes que producen perturbaciones a la digestión por trastornos de la secreción, la motilidad gastrointestinal o la sensibilidad gástrica. Entre estas entidades se encuentra la úlcera péptica, la gastritis y la dispepsia funcional.⁽³⁾



La evidencia científica sobre la enfermedad diverticular del estómago es escasa, debido a su baja incidencia. Una anamnesis adecuada, una exploración física minuciosa, un elevado índice de sospecha e investigaciones complementarias oportunas posibilitan el diagnóstico certero.⁽⁴⁾

En la paciente presentada, los síntomas de larga evolución y la respuesta insuficiente al tratamiento médico que cumplía contribuyeron a confusión diagnóstica con otras causas de dispepsia y se retrasara. Esta situación confusora constituye una oportunidad para revisar la conducta a seguir ante casos con dispepsia crónica y el papel de los hallazgos inusuales.

Antes de atribuir la dispepsia al divertículo gástrico, es imperativo descartar de forma metódica las etiologías prevalentes.⁽³⁾ En este diagnóstico diferencial, se considera a la dispepsia funcional como la causa más probable; según los criterios de Roma IV. Se diagnostica tras descartar afección orgánica y con síntomas crónicos de más de 3 meses.

La infección por *Helicobacter pylori* constituye una de las causas estructurales más frecuentes. Esta bacteria coloniza la mucosa gástrica, desencadena inflamación local crónica e induce dolor epigástrico y saciedad temprana, solapándose con otras entidades. Se identifica mediante histología, prueba de ureasa o prueba del aliento. Su erradicación exitosa con antibioterapia resuelve los síntomas dispépticos, previene la recurrencia ulcerosa y reduce el riesgo de complicaciones a largo plazo.^(5,6)

El consumo de antiinflamatorios no esteroideos puede producir dispepsia y daño a la mucosa, dada por gastritis y ulceración, incluso, en dosis bajas. Afectan a la mucosa del estómago mediante inhibición sistémica de las prostaglandinas gastroprotectoras y por acción irritante tópica directa. Su presencia constituye una causa tratable y reversible de dispepsia.⁽⁷⁾

La úlcera péptica en el estómago o el duodeno constituye uno de los diagnósticos diferenciales más críticos. Su presentación clínica, caracterizada por dolor o ardor epigástrico y plenitud gástrica, resulta frecuentemente indistinguible de la de un divertículo gástrico. La endoscopia oral con biopsia permite descartar la existencia de estas úlceras, así como identificar enfermedad maligna y *Helicobacter pylori*.⁽⁸⁾



El cáncer gástrico es un diagnóstico de exclusión obligatorio, especialmente ante síntomas de alarma como pérdida de peso, disfagia, anemia o vómitos persistentes. Constituye una afección potencialmente letal. Su diagnóstico se confirma mediante la endoscopia con biopsia. Como el divertículo es una anomalía anatómica benigna, esta biopsia endoluminal permite descartarle la malignidad.⁽⁹⁾

Ante una enfermedad diverticular sin *Helicobacter pylori* ni otra enfermedad quirúrgica presente se inicia tratamiento médico conservador. Se recomienda que este, tal y como se indicó en la paciente, incluya inhibidores de la bomba de protones a dosis estándar por 4 semanas, en asociación a recomendaciones dietéticas basadas en comidas fraccionadas y baja en grasas. Si hay positividad a *Helicobacter pylori* se indica su tratamiento específico, pues es válido para los 2 diagnósticos. Si se acompañara de enfermedad maligna, se evalúa el tratamiento quirúrgico correspondiente, en cuyo procedimiento se trataría de eliminar el divertículo definitivamente.

El tratamiento operatorio para la enfermedad diverticular propiamente dicha se indica ante complicaciones graves, como perforación, hemorragia, abscedación o ante síntomas refractarios que afectan intensamente la calidad de vida. En el caso presentado, resulta interesante la evaluación quirúrgica ante la infrecuente localización de la lesión en la curvatura menor, pero esto no afecta los criterios anteriores de tratamiento operatorio.

Los detalles de este caso clínico resaltan la importancia de incluir el divertículo gástrico en el diagnóstico diferencial del síndrome dispéptico de larga evolución, con mayor énfasis ante escasa o nula respuesta terapéutica a los tratamientos habituales. Sin embargo, confirma que el método clínico no es suficiente, por lo cual es necesario indicar los estudios endoscópicos e imagenológicos contrastados para el diagnóstico positivo, así como para precisar localizaciones poco frecuentes, como la curvatura menor del estómago.

El alcance de este resultado está limitado a constituir un estudio de caso sin seguimiento a largo plazo. Esto impide establecer una relación causal definitiva entre el divertículo y la dispepsia. Se requieren series más amplias para establecer recomendaciones firmes. No disponer de tecnología para endofotografía del divertículo al momento del estudio limita la evidencia, pero la



fotografía radiológica, el informe de la endoscopia realizada por colectivo de gastroenterólogos y el informe de biopsia del patólogo, la apoyan.

El divertículo de la curvatura menor gástrica debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la dispepsia crónica que no responde a tratamiento habitual. Su diagnóstico positivo necesita confirmación gastroscópica o radiográfica.

Referencias bibliográficas

- 1.Toro Monjaraz EM, Ignorosa Arellano K, Raya Aguirre K, Loredó Mayer A, Cervantes Bustamante R, Zárate Mondragón F, et al. Dispepsia en niños: ¿orgánica o funcional? Experiencia en un hospital de tercer nivel. Gac. Méd. Mex. 2021 [citado 02/12/2025];157(5):491-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000500491&lng=es
- 2.Román Riechmann E. Trastornos digestivos funcionales en la adolescencia. Criterios de Roma LV. Canarias Ped. 2021 [citado 02/12/2025];45(2):122-6 Disponible en: <https://scptfe.com/trastornos-digestivos-funcionales-en-la-adolescencia-criterios-roma-iv/>
- 3.Cuesta Liliét MS, Águila Carbelo M, Viera Leal L. Divertículo del fundus gástrico de un caso clínico. Medic. Electrónica. 2021 [citado 02/12/2025];25(2):363-72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000200363&lng=es.
- 4.Martínez Pérez C, García Coret MJ, Villalba Ferrer FL. La enfermedad diverticular hoy. Revisión de la evidencia. Rev. cir. 2021 [citado 05/10/2020];73(3):322-8. Disponible en: <https://medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/3341/2713>
- 5.Long YQ, Guo DS, Xu WL, Li XL, He HQ, Dai N, et al. Characteristics and Risk Factors of Functional Dyspepsia Fulfilling the Rome IV Criteria Overlapping With Gastroesophageal Reflux Disease, Irritable Bowel Syndrome, and Functional Constipation in South China. J Neurogastroenterol Motil. 2024 [citado 02/10/2025];30(2):184-93. Disponible en: <https://www.jnmjournal.org/view.html?uid=1871&vmd=Fullb>



6.National Library of Medicine. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; c2024 [actualizado 08/06/2024; citado 02/02/2025]. Functional Dyspepsia; [aprox. 26p.]. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554563/#_ncbi_dlg_citbx_NBK554563

7.Manual MSD. versión para profesionales. USA: Merck & Co; ©2026[actualizado 07/ 2024; citado 02/12/2025]. Enfermedad diverticular del estómago y el intestino delgado; [aprox. 9p.]. Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/enfermedad-diverticular-del-est%C3%B3mago-y-el-intestino-delgado>

8.Gamboa Molina L, Molina Raad V, Carmenate Mora I. Actualización sobre la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la úlcera péptica. Univ. Méd. Pinareña. 2024 [citado 02/12/2025];20:e709. Disponible en:

<https://revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/709/pdf>

9.Arias Rodríguez FD, Ganchozo Solís V, Mosquera López ED, Chávez Pasquel DA, Tipán Legarda AI, Álvarez López JK, et al. Cáncer gástrico actualización en diagnóstico y tratamiento: revisión bibliográfica. Gastroenterol Latinoam. 2024 [citado 02/05/2025];35(3):151-9. Disponible en:

<https://doi.org/10.46613/gastrolat2024003-06>

10.Kim IH, Han HS, Lee JH, Choi M, Kim BHK, Eom BW, et al. Korean Practice Guidelines for Gastric Cancer 2022: An Evidence-based, Multidisciplinary Approach. J Gastric Cancer. 2023 [citado 02/05/2025];25(1):3-106. Disponible en: <https://doi.org/10.5230/jgc.2023.23.e11>

Conflicto de interés

Los autores plantean que no existen conflictos de interés.

Contribución de los autores

Nerisleidys Dussù Casero: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, redacción-borrador original y redacción –revisión y edición. Participación: 60,0 %.

Yalisbet Díaz Benítez: investigación, recursos, visualización, redacción-borrador original. Participación: 30,0 %.



ISSN 1029-3019

MEDISAN 2026; 30:e5448

Wilfredo Hechavarria Salazar: investigación, recursos, visualización, redacción–
borrador original. Participación: 10,0 %

Revisores: Dr. C. Jaime Humberto González Tuero

Dr. C. Yusimy Barrios Lopez

Dr.Hector Figueredo Acosta

Corregido por: Lic. Eslaine Regalado Juan



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).