

Debe incluirse en el diagnóstico diferencial del paciente con hemorragia digestiva o anemia y antecedente de melanoma primario en otra localización. La supervivencia en caso de metástasis digestivas es pobre, de 4 a 6 meses.

La resección quirúrgica del melanoma metastásico gastrointestinal puede ser eficaz como tratamiento paliativo y puede aumentar la supervivencia a largo plazo en pacientes seleccionados, sobre todo aquellos con ganglio centinela negativo.

Bibliografía

1. Ricaniadis N, Konstadoulakis MM, Walsh D, Karakousis CP. Gastrointestinal metastases from malignant melanoma. *Surg Oncol*. 1995;4:105-10.
2. Ihde JK, Coit DG. Melanoma metastatic to stomach, small bowel, or colon. *Am J Surg*. 1991;162:208-11.
3. Jorge E, Harvey HA, Simmonds MA, Lipton A, Joehl RJ. Symptomatic malignant melanoma of the gastrointestinal tract. Operative treatment and survival. *Ann Surg*. 1984;199:328-31.
4. DasGupta TK, Brasfield RD. Metastatic melanoma of the gastrointestinal tract. *Arch Surg*. 1964;88:969-73.
5. Agrawal S, Yao TJ, Coit DG. Surgery for melanoma metastatic to gastrointestinal tract. *Ann Surg Oncol*. 1999;6:336-44.
6. Stone M. Surgical management of metastatic cutaneous melanoma. UpToDate Online 13.3 [consultado 3 Mar 2006]. Disponible en: <http://uptodateonline.com/utd/content/topic.do?topicKey=skin.can/7442>.
7. Ollila DW, Essner R, Wanek LA, Morton DL. Surgical resection for melanoma metastatic to the gastrointestinal tract. *Arch Surg*. 1996;131:975-80.

Alfonso Alcalde Vargas

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España
Correo electrónico: alfonavsc@hotmail.com
doi:10.1016/j.gastrohep.2012.01.008

Lesión de Dieulafoy esofágica resuelta mediante ligadura endoscópica con banda

Dieulafoy's lesion of the esophagus resolved through endoscopic band ligation

Sr. Director:

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente (1-2%) de hemorragia digestiva. Consiste en la presencia de un vaso arterial histológicamente normal, de gran tamaño, que de manera anómala mantiene su calibre (1-3 mm) a lo largo de un recorrido sinuoso desde la submucosa hasta penetrar en la mucosa por un defecto mínimo¹. Su localización más común es el estómago proximal (75%), en los 6 cm distales a la unión gastroesofágica. El 25% de las lesiones descritas son extragástricas, destacando por orden de frecuencia las duodenales, colónicas y rectales. La lesión de Dieulafoy en el esófago es una rareza, habiéndose descrito hasta la fecha apenas 20 casos en la bibliografía médica².

Se presenta el caso de un hombre de 76 años, con historia previa de hipertensión portal secundaria a mielofibrosis primaria, que acude a urgencias por hematemesis y melenas con inestabilidad hemodinámica (PA 70/40 mmHg). En los análisis al ingreso, los niveles de hemoglobina eran 7,1 g/dl y el recuento plaquetario de 41.000/mm³. Tras la estabilización con fluidoterapia y transfusión de 2 concentrados de hematíes, se realiza endoscopia digestiva alta urgente, donde se objetiva sangrado activo en esófago distal (fig. 1 A). La hemorragia proviene de un vaso visible de 3-4 mm con mucosa circundante normal, localizado 2-3 cm por encima de la línea Z, que presenta sangrado arterial micropulsátil a través de su base (fig. 1 B). No se identificaron varices gástricas ni esofágicas. Se realiza inyección de 12 ml de adrenalina (1/10.000) en los 4 cuadrantes de la lesión consiguiendo hemostasia eficaz (fig. 1 C). Posteriormente, se realizó ligadura endoscópica con una banda (SpeedBand

SuperView Super 7, Boston Scientific), liberada tras aspiración forzada de la base de la lesión (fig. 1 D). Al paciente le fue dada el alta 5 días después del tratamiento con perfusión de inhibidores de la bomba de protones, sin recidiva hemorrágica. En la endoscopia de revisión a las 4 semanas se documentó la resolución completa de la lesión.

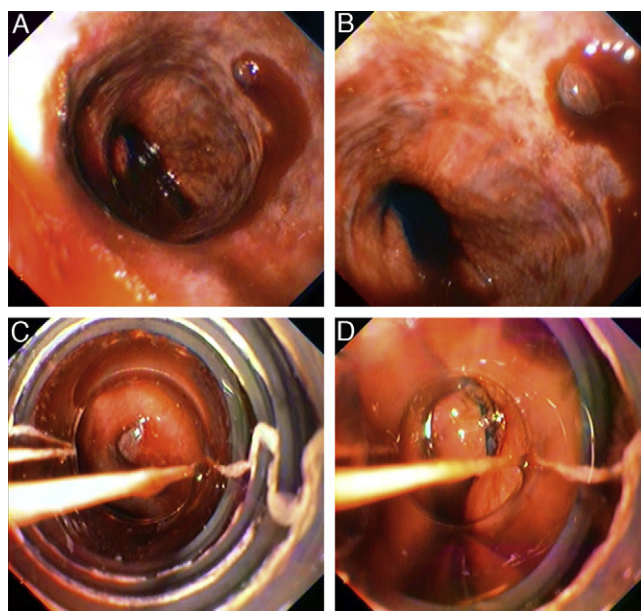


Figura 1 A) Se observa sangrado activo proveniente de una lesión vascular en esófago distal. B) La lesión sangrante es un vaso visible de 3-4 mm, sin lesión subyacente, con sangrado micropulsátil a través de su base. C) Se consiguió hemostasia eficaz tras inyección de adrenalina en los 4 cuadrantes de la lesión. D) Posteriormente, se colocó una banda tras aspiración forzada para estrangular la base de la lesión.

En la actualidad, existe una evidencia científica sólida que ha demostrado que los métodos de tratamiento endoscópico mecánicos (hemoclips, ligadura con bandas) son más eficaces que la escleroterapia o los métodos térmicos para la lesión de Dieulafoy gástrica^{3,4}. Por lo que respecta a las excepcionales lesiones de localización esofágica, el tratamiento habitual ha sido la inyección de adrenalina seguida de colocación de hemoclips². La ligadura endoscópica con bandas para la lesión de Dieulafoy esofágica ha sido publicada únicamente en una ocasión hasta la fecha⁵. Aunque no se han encontrado diferencias en eficacia hemostática cuando se han comparado ambas técnicas mecánicas⁶, un estudio reciente ha apuntado ciertas ventajas de la ligadura endoscópica, como una tasa menor de resangrado o acortamiento de los tiempos endoscópicos⁷. Añadido esto a la larga experiencia con las bandas en el esófago, así como su sencillez técnica, consideramos que esta técnica endoscópica podría ser valorada antes que los hemoclips como terapia inicial para las lesiones de Dieulafoy esofágicas.

Bibliografía

1. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Eng*. 2010;92: 548–54.
2. Thimmapuram J, Shah M, Srour J. Esophageal Dieulafoy lesion: an unusual cause of upper GI bleeding. *Gastrointest Endosc*. 2011;73:1055–6.
3. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, Kim HS, Park SH, Lee MH, et al. Bleeding Dieulafoy's lesion and the choice of endoscopic method: comparing the hemostatic efficacy of mechanical and injection methods. *Gastrointest Endosc*. 2000;52: 721–4.
4. Alis H, Oner OZ, Kalayci MU, Dolay K, Kapan S, Soylu A, et al. Is endoscopic band ligation superior to injection therapy for Dieulafoy lesion? *Surg Endosc*. 2009;23:1465–9.
5. Soetikno RM, Piper J, Montes H, Ukomadu C, Carr-Locke DL. Use of endoscopic band ligation to treat a Dieulafoy's lesion of the esophagus. *Endoscopy*. 2000;32:S15.
6. Park CH, Joo YE, Kim HS, Choi SK, Rew JS, Kim SJ. A prospective, randomized trial of endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip placement for bleeding gastric Dieulafoy's lesions. *Endoscopy*. 2004;36:677–81.
7. Ahn DW, Lee SH, Park YS, Shin CM, Hwang JH, Kim JW, et al. Hemostatic efficacy and clinical outcome of endoscopic treatment of Dieulafoy's lesions: comparison of endoscopic hemoclip placement and endoscopic band ligation. *Gastrointest Endosc*. 2012;75:32–8.

Javier Molina-Infante*, Elisa Martín-Noguerol, Jesús M. Gonzalez-Santiago y Carmen Martínez-Alcalá

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xavi_molina@hotmail.com

(J. Molina-Infante).

doi:[10.1016/j.gastrohep.2012.01.011](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.01.011)