

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/1898 - LESIÓN DE DIEULAFOY COMO CAUSA DE ANEMIZACIÓN

S. Frechoso Cañedo¹, M. Iglesias García¹, R. Barcina Pajares² y D. Álvarez Ménendez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Riaño. Asturias. ²Médico de Familia. Centro de Salud Riaño. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sama. Langreo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años que acude a consulta por rectorragia. El día previo a consulta comienza con heces oscuras (sin melenas), presentando al día siguiente hematoquecia. Niega dolor abdominal o al defecar. No náuseas. Refiere haber perdido 9 kg en último mes. Niega otra clínica. Se deriva a urgencias el mismo día que consulta en AP por sospecha hemorragia digestiva. Exfumador de 20-30 cigarrillos/día hace 30 años. Exbebedor. HTA. DM tipo 2. Dislipemia. Hiperuricemia. EPOC B. IRC estadio 3. FA, bigeminismo ventricular y SCASEST en 2018 (coronariografía y ACT con stent liberador sobre DA media). En seguimiento por digestivo por hernia de hiato, esteatosis y anemia ferropénica con episodios de rectoeragias previos ya estudiados (última colonoscopia en mayo 2018 extirpación pólipos + hemorroides internas inactivas y múltiples divertículos). Medicación: apixabán 5 mg 1-0-1, fisiogen ferro forte 1-0-0, rifaximina 2-0-2 (7 días/mes), atorvastatina 40 0-0-1, fenofibrato 145 0-0-1, pantoprazol 40 1-0-0, nitroplast 10, candesartán 4 1-0-0, clopidogrel 75 0-1-0.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36,8 °C, TA 122/40 mmHg, FC 66 lpm. COC. BEG. Normohidratado. Eupneico. AC: RsCs arrítmicos acoplados de 2 en 2, sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no distendido ni timpanizado, doloroso a la palpación en ambas FI, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni megalías. RHA+. Tacto rectal: restos de sangre mezclada con heces en ampolla. EEII sin edemas ni signos de TVP. Pedios+. Analítica: HG: Hb 10 g/dL, Hcto 35,8% (VCM y HCM normales), plaquetas 165.000 × 10⁹/L, leucocitos 6.700 (fórmula normal). BQ: glucosa 113 mg/dL, urea 104 mg/dL, Cr 2,10 mg/dL, EFG 30 mL/min/1,7 m, Na 143 mEq/L, K 5,5 mEq/L, troponina I 0,03, PCR 1 mg/dL. CG: tasa de CP 70%, fibrinógeno 448 mg/dL, TTPAr 0,96. Rx tórax: no condensaciones ni signos de fallo. Rx abdomen: luminograma inespecífico. ECG: bigeminismo a 68 lpm.

Orientación diagnóstica: Anemización, a descartar nueva hemorragia digestiva activa.

Diagnóstico diferencial: Rectorragia en contexto de antecedentes de divertículos + hemorroides internas + pólipos, a descartar agudización de su patología previa vs tumores/HD de origen alto.

Comentario final: Ingresado por hematoquecia y anemización. En la gastroscopia se objetiva una lesión eritematosa compatible con lesión de Dieulafoy, que se esclerosa (colonoscopia normal). Como reflexión, nunca debemos olvidar descartar nuevas causas de HD/anemización brusca, aún en pacientes con diagnósticos digestivos previos que pudieran justificarlo.

Bibliografía

1. González-Sánchez CB, et al. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento (Consultado el 12/07/19). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-articulo-lesion-dieulafoy-aspectos-generales-diagnostico-X0188989310210026>

Palabras clave: Dieulafoy. Anemia.