

CASO CLÍNICO

Lesión de Dieulafoy. Presentación de 2 casos



Jose Daniel Martinez Quintana^{a,*} y Karen Avila Tinajero^b

^a Unidad de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Regional de Coatzacoalcos Dr. Valentín Gómez Farias, Coatzacoalcos, Veracruz, México

^b Servicio de Cirugía General, Hospital General de Veracruz, Veracruz, Veracruz, México

Recibido el 25 de diciembre de 2014; aceptado el 20 de enero de 2015

Disponible en Internet el 7 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Lesión de Dieulafoy;
Hemorragia digestiva;
Endoscopia

Resumen La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular, rara pero potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal, y constituye menos del 2% de las causas de hemorragia digestiva aguda. El tratamiento endoscópico empleando diferentes métodos es el de elección teniendo que recurrir en pocos casos a la cirugía. Se presentan 2 casos de lesión de Dieulafoy con manejo endoscópico exitoso

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Dieulafoy's lesion;
Gastrointestinal
bleeding;
Endoscopy

Dieulafoy's lesion. Presentation of 2 cases

Abstract Dieulafoy's lesion is a rare vascular anomaly with potentially fatal gastrointestinal bleeding that constitutes less than 2% of the causes of acute gastrointestinal bleeding. Endoscopic therapy using different methods is the treatment of choice, having to resort to surgery in rare cases. Two cases of Dieulafoy's lesion, with successful endoscopic management, are presented.

© 2014 Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

La lesión de Dieulafoy fue descrita con más precisión hacia 1897 por Dieulafoy¹, denominándose inicialmente *exulceratio* simples creyendo que era el estadio inicial de una úlcera gástrica². Se trata de una anomalía vascular localizada generalmente en estómago proximal, aunque se han descrito

* Autor para correspondencia. Fidel Velazquez # 2, Colonia H. J. Aldana Cosoleacaque, Veracruz C.P. 96340, Teléfono: +529222283315.

Correo electrónico: danielmartinez Quintana@hotmail.com (J.D. Martinez Quintana).

en esófago, duodeno, yeyuno, colon y recto¹⁻³ así como en bronquios⁴⁻⁶; es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal⁷ y responde a menos del 2% de los episodios de hemorragia digestiva aguda^{3,4}. Es más frecuente en varones² y se presenta a una edad media de 60 años, pero puede aparecer a cualquier edad, incluso en niños de muy corta edad^{3,6}. El tratamiento endoscópico empleando diferentes métodos es el de elección⁶⁻⁸, teniendo que recurrir en pocos casos a la cirugía^{3,9}.

Casos clínicos

Presentación de 2 casos clínicos

Caso 1

Paciente masculino de 17 años de edad el cual se presenta al servicio de urgencias por presentar cuadro de hemorragia de tubo digestivo alto de manera súbita y que lo llevó a inestabilidad hemodinámica e ingreso en planta de medicina interna con una anemia de 7 g/dl y un 21% de hematocrito. Se logró la estabilidad hemodinámica y fue sometido a endoscopia alta en la cual se observa edema de la mucosa de estómago y restos sanguíneos sin lesiones en esófago ni estómago, pero evidenciando una lesión sobre la primera porción del duodeno con sangrado en capa sin proceso ulceroso (fig. 1). Se procede a realizar inyección de 10 ml de adrenalina 1:10,000 en 4 cuadrantes, logrando controlar el sangrado y observando los cambios postinyección (fig. 2). El paciente presenta recurrencia del sangrado en la madrugada, llevándolo a choque hipovolémico con una hemoglobina de 3 g/dl y necesitando apoyo con aminos e intubación traqueal con vigilancia en la terapia intensiva; se le realiza nueva endoscopia, observando nuevamente la lesión. Se le aplica inyección de 8 ml de adrenalina 1:10,000, observando cambios posteriores, y la evolución del paciente es favorable con alta de terapia a los 3 días y posteriormente de hospital.

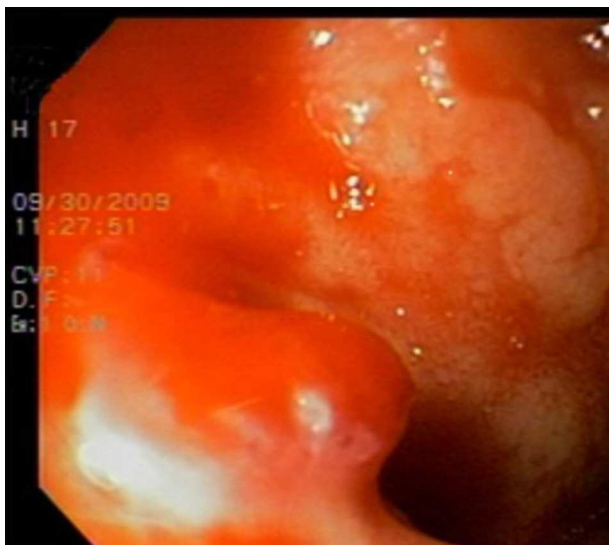


Figura 1 Sangrado pulsátil de lesión de Dieulafoy en primera porción del duodeno.



Figura 2 Cambios posteriores a la aplicación de adrenalina 1:10,000.

Caso 2

Paciente femenina de 60 años que se presentó con hemorragia digestiva alta manifestada por hematemesis y que le produjo inestabilidad hemodinámica con un descenso de la hemoglobina de 6.5 g/dl. Tras control hemodinámico es enviada al área de endoscopia para realizar estudio endoscópico alto; en la endoscopia se observa esófago normal con presencia en estómago de una lesión prepilórica sobre un área de edema con sangrado en capa y sin proceso ulceroso agregado, hay un coágulo pequeño formado que se moviliza con agua; se decide inyección de adrenalina 1:10,000 de 10 ml en cuadrantes, logrando control del sangrado y observando los cambios debidos a la inyección; se verifica ausencia de sangrado y se envía de regreso a hospital de referencia. Tras el seguimiento la paciente es dada de alta a los 3 días sin cuadro recurrente de sangrado (figs. 3 y 4).

Conclusiones

La lesión de Dieulafoy constituye menos del 2% de las causas de hemorragia digestiva aguda^{1,3}, y hasta el 80% de ellas se localizan en la zona proximal gástrica hacia la curvatura menor que es donde están las arterias de mayor calibre^{4,10}; no obstante, se han comunicado casos en esófago, duodeno, yeyuno, colon, recto y ano^{3,10-12}. Los criterios endoscópicos para definir esta lesión son: a) la salida a chorro o flujo micropulsátil de sangre arterial, activamente a partir de un defecto mucoso menor de 3 mm o través de una mucosa macroscópicamente normal; b) la visualización de un vaso con o sin signos de sangrado reciente, que protruye a través de un defecto mucoso mínimo o a través de la mucosa normal, y c) la presencia de coágulo fresco fuertemente adherido a través de un punto estrecho de inserción sobre un defecto mínimo o mucosa aparentemente normal^{1,3,7}.

Si la lesión es documentada por endoscopia, debe de intentarse la hemostasia a través de métodos endoscópicos como son: electrocoagulación multipolar, heater probe,

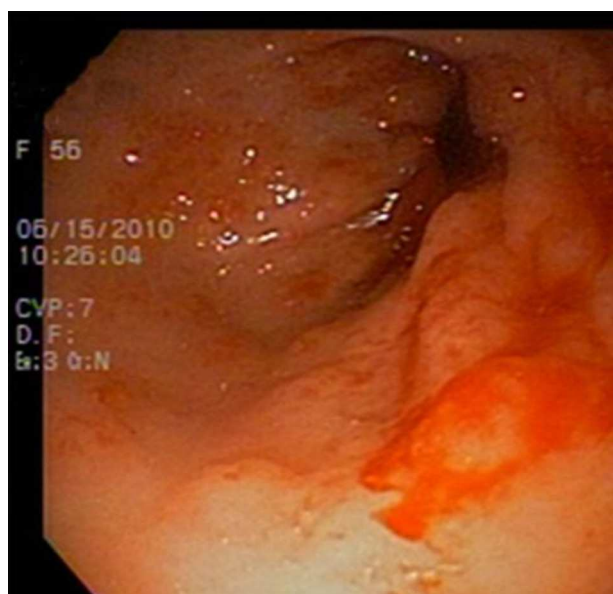


Figura 3 Lesión con sangrado en capa en antro gástrico.

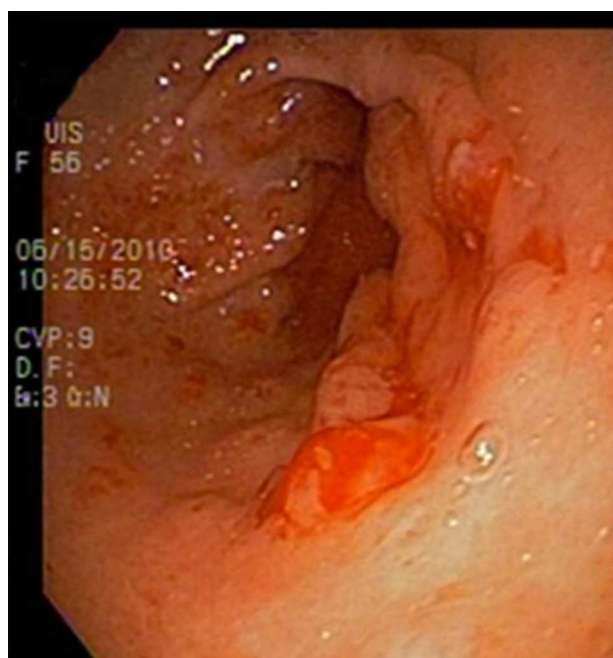


Figura 4 Lesión del antro gástrico con sangrado en capa.

hemo-clips, argón plasma, inyección de adrenalina, polidocanol o etanolamina; otras técnicas como la angiografía con embolización y la cirugía deben de contemplarse en paciente en quienes no es posible el control hemodinámico o presentan recurrencias en más de 2 ocasiones tras técnicas endoscópicas. En el estudio de Lopez-Arce la terapia endoscópica combinada de gold probe y epinefrina mostró excelentes resultados sin que los pacientes requirieran cirugía¹². Pueden realizarse otras técnicas, pero en un centro en donde la técnica endoscópica sea limitada esta combinación da buenos resultados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Los autores no recibieron patrocinio para la realización del artículo.

Conflicto de intereses

No se reportan conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Botello Z. Tratamiento endoscópico de lesiones de Dieulafoy. *Rev Esp Méd Quir.* 2013;18:322-7.
2. Amrut P, Sampat S, Motilal P, et al. Dieulafoy disease of stomach - An uncommon cause of gastrointestinal system bleeding. *J Assoc Phys India.* 2014;62:66-8.
3. Rivera R, Méndez I, Ubiana E, et al. Hemorragia digestiva severa por lesión de Dieulafoy duodenal. *Rev Gastroenterol Perú.* 2006;26:203-6.
4. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: Current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92:548-54.
5. Parrot A, Antoine F, Khalil A, et al. Approach to diagnosis and pathological examination in bronchial Dieulafoy disease: A case series. *Respir Res.* 2008;9:58.
6. Zavras N, Siafakas C, Pergamalis G, et al. Successful diagnosis and treatment of Dieulafoy's lesion with endoscopy and thermocoagulation in a full-term neonate: Report of a case and literature review. *JPS Case Reports.* 2014;2:250-3.
7. Marcelo ML, Benedito HF, Vladimir S. Dieulafoy lesion: Endoscopic and surgical management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:1-3.
8. Close LN, Kumar NC, Glazer ES, et al. A Dieulafoy lesion as the cause of massive upper gastrointestinal bleeding after a distal pancreatectomy and splenectomy: Case report and literature review. *J Surg.* 2013;1:1-3.
9. Soney Y, Kumada T, Toyoda H, et al. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy.* 2005;37:449-53.
10. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: A review of 6 years of experience at a tertiary referral center. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1688-94.
11. Martínez AD, Souto RJ, Yáñez LJ, et al. Enfermedad de Dieulafoy recidivante tratada quirúrgicamente: diagnóstico mediante ultrasonografía endoscópica. *Rev esp enferm dig.* 2004;96:138-42.
12. Lopez-Arce G. Upper gastrointestinal dieulafoy's lesions and endoscopy treatment: First report from a Mexican centre. *The-rap Adv Gastroenterol.* 2008;1:97-101.