

Hemorragia digestiva severa por lesión de Dieulafoy duodenal

R. Rivera, I. Méndez, E. Ubiña, G. García, A. Sánchez

RESUMEN:

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular localizada generalmente en estómago proximal y consiste en la presencia de una arteria de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico, con la endoscopia se puede alcanzar una precisión elevada. Es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda. La lesión de Dieulafoy duodenal ha sido comunicada en un número reducido de casos y en algunos de ellos se ha precisado de tratamiento quirúrgico. Presentamos el caso de un varón joven diagnosticado en la endoscopia inicial y tratado eficazmente mediante inyección de adrenalina y alcohol absoluto.

PALABRAS CLAVE: Dieulafoy. Hemorragia Digestiva. Endoscopia

SUMMARY

The Dieulafoy lesion is a vascular anomalie generally located in proximal stomach. and consist of the presence of an artery of heavy caliber in the submucosa and mucosa, although the definitive diagnosis is anatomopathologic, with the endoscopic examination we can obtained a high precision approach. Is a rare cause of gastrointestinal bleeding although potentially fatal etiology of gastrointestinal hemorrhage. It occure in fewer than 2% of the episodes of acute digestive hemorrhage.

The injury of duodenal Dieulafoy has been communicated in a reduced number of cases and in some of them it has needed surgical treatment.

We effectively presented and treat this case of a young man diagnosed in the initial endoscopy and was treated by means of injection of adrenalin and absolute alcohol.

KEY WORDS: Dieulafoy. Digestive hemorrhage. Endoscopy.

INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy fue descrita con más precisión hacia 1897 por Dieulafoy, denominándose inicialmente *exulceratio simplex* creyendo que era el estadio inicial de una úlcera gástrica⁽¹⁾. Se trata de una anomalía vascular localizada generalmente en estómago proximal, aunque se han descrito en esófago, duodeno, yeyuno, colon y recto; es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda.⁽²⁾ Es más frecuente en varones y se presenta a una edad media de 60 años, pero puede aparecer a cualquier edad, incluso en niños de muy corta edad.^(3,4) El tratamiento endoscópico empleando diferentes métodos es el de elección,⁽⁵⁾ teniendo que recurrir en pocos casos a la cirugía. Presentamos el caso de un varón de 17 años que ingresó por hematemesis, melenas e hipotensión, en el que la endoscopia de urgencia demostró sangrado arterial activo sin lesiones mucosas en bulbo duodenal.

NOTA CLÍNICA:

Varón de 17 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a Urgencia por hematemesis, melena, mareos y astenia de dos días de evolución. A su ingreso en la exploración física destaca palidez cutáneo-conjuntival, hipotensión (PA 80/40 mmHg), tonos taquicárdicos sin soplos (110 latidos por minuto) y tacto rectal con melena, siendo el resto de la exploración normal. La analítica denota anemia normocítica (hemoglobina de 7.2 g/dl, VCM 89 fl), siendo la serie blanca y plaquetaria normales; elevación de productos nitrogenados con creatinina normal (urea 96 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl). Radiografía de tórax normal. Tras estabilización hemodinámica se realiza endoscopia digestiva alta apreciando sangre fresca en estómago procedente de duodeno, tras lavado observamos en cara inferior de bulbo duodenal sangrado arterial "a chorro" sin lesión mucosa subyacente (Figura 1), se procedió a inyección endoscópica con 6 cc adrenalina diluida al 1/10 000 y 1 esclerosis con

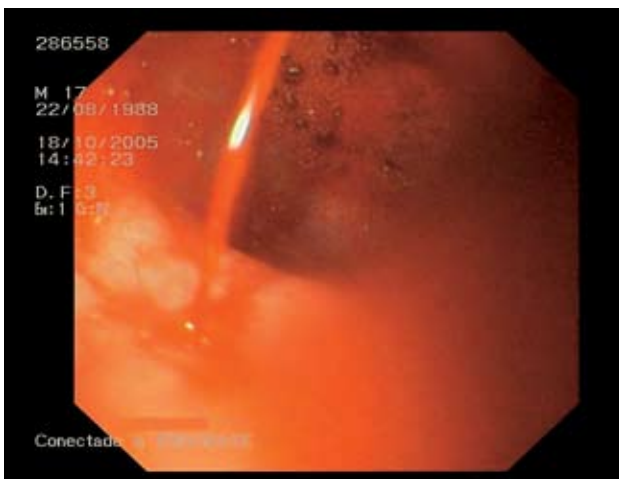


Figura 1: Sangrado arterial "a chorro" en bulbo duodenal sin lesión mucosa subyacente.

cc de alcohol absoluto cohibiendo el sangrado (Figura 2). El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y sin datos de recidiva hemorrágica.



Figura 2: Imagen endoscópica tras hemostasia con adrenalina y alcohol absoluto.

DISCUSION:

La lesión de Dieulafoy constituye menos del 2% de las causas de hemorragia digestiva aguda⁽²⁾ 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, no obstante se han comunicado casos en esófago,⁽⁶⁾ duodeno,⁽⁷⁾ yeyuno,^(8,9) colon, recto⁽¹⁰⁻¹²⁾ y ano.⁽¹³⁾

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.⁽¹⁴⁾ En el caso que presentamos, el paciente presentaba sangrado activo de bulbo duodenal sin aparente lesión mucosa, lo que estaría en concordancia con el primer criterio diagnóstico antes expuesto.

Desde el punto de vista histológico se trata de la presencia de una arteria de gran calibre en la submucosa y ocasionalmente en la mucosa, asociándose de manera característica a un pequeño defecto de la mucosa que la recubre cuando se ha producido sangrado con anterioridad⁽¹⁰⁾ y, aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico con la endoscopia se puede llegar al diagnóstico con bastante exactitud. Su origen no está claro y puede ser congénito en pacientes jóvenes o estar en relación con cambios degenerativos y formar parte del proceso de envejecimiento,⁽³⁾ se cree que la presión focal a partir de estos vasos de calibre persistente adelgaza la mucosa suprayacente y por isquemia produce erosión de la pared vascular y la hemorragia subsecuente.⁽¹⁵⁾

La lesión de Dieulafoy se caracteriza por un sangrado muchas veces intermitente, lo que acompañado a otras situaciones como mala visualización por la abundancia de sangre, lesiones de pequeño tamaño y la existencia de otras causas de sangrado dificultan el diagnóstico y como se ha descrito previamente se necesita en la mayoría de los casos de más de una exploración endoscópica para llegar al diagnóstico, Norton et al precisaron de 1,9 endoscopias para llegar al diagnóstico,⁽²⁾ siendo la sensibilidad de la endoscopia inicial para establecer el diagnóstico del 49 – 72%.^(2, 15)

Existe discrepancia entre los estudios en cuanto a su asociación con diabetes mellitus, insuficiencia renal, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, aunque algunos autores han descrito una asociación con la ingesta de AINEs hasta en el 51% de los casos,^(2, 16) esta elevada asociación podría explicarse por el potencial efecto lesivo que tienen los AINEs a nivel de la mucosa, sobre todo en una zona debilitada de ésta con un vaso de gran calibre a poca distancia de la luz. En el caso que presentamos el paciente no refería ingesta de AINEs previamente.

El tratamiento de elección el momento actual es el endoscópico, empleando diferentes métodos como inyección de sustancias esclerosantes y/o adrenalina, ligadura con bandas elásticas, colocación de clips metálicos, electrocoagulación con sonda monopolar, bipolar, con gas argón Beam, taponamiento con cianoacrilato o utilizando láser Nd:YAG habiéndose comunicado tasas de control del sangrado del 75 - 100%, con pocos casos de recidiva hemorrágica y una mortalidad a 30 días del 0 – 3,7%.^(5, 17, 18, 19)

En lo que hay controversias es en el método endoscópico para tratar estas lesiones, en ese sentido recientemente se ha publicado un trabajo que compara 4 técnicas hemostáticas y concluye que el tratamiento combinado con adrenalina diluida y electrocoagulación es más efectivo que la inyección de adrenalina sola, considerando que el tratamiento con Hystoacril, con bandas elásticas y hemoclip puede ser una alternativa eficaz y segura,⁽¹⁹⁾ no obstante hay que señalar que el número de pacientes incluido es pequeño y la distribución por grupos también, existiendo sólo dos pacientes en el grupo de hemoclips metálicos. Otro trabajo publicado en el 2 000 incluye 24 pacientes, que se dividieron en 2 grupos, el primero fue tratado con métodos mecánicos (hemoclip y bandas) y el segundo mediante inyección; observando que cuando se emplearon métodos mecánicos se necesitaron menos sesiones, se consiguió la hemostasia inicial en un mayor número de pacientes, presentaron menos episodios de recidiva hemorrágica (con p significativa) y menor necesidad de cirugía.⁽¹⁸⁾

En nuestro caso el tratamiento realizado fue con la combinación de inyección de adrenalina y alcohol absoluto. Cuando fallan los métodos endoscópicos puede tener lugar la radiología intervencionista o en última instancia la cirugía, que según algunas series puede ser necesaria en el 2 – 6 % de los casos.⁽¹⁰⁾

Aunque como se ha señalado previamente en el momento actual no hay acuerdo unánime acerca de la mejor técnica endoscópica para alcanzar la hemostasia, creemos que la de

elección será la que mejor domine el endoscopista y con la que cuente el centro hospitalario

La lesión de Dieulafoy duodenal ha sido comunicada en pocos casos^(7, 20) y, los dos casos comunicados por Chausse y col. fueron tratados quirúrgicamente mediante sutura simple. El caso que presentamos lo creemos interesante por la inusualidad de la localización, la gravedad del caso, el haber llegado al diagnóstico en la endoscopia inicial y conseguir la hemostasia mediante tratamiento endoscópico.

BIBLIOGRAFIA:

1. DIEULAFOY G. Exulceration simplex: L'intervention chirurgicale dans la hematemeses foudroyantes consecutives a l'exulceration simple de l'estomac. Bull Acad Med 1897 ; 39 : 49 – 84.
2. NORTON ID, PETERSEN BT, SORBI D. et al. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc 1999; 50: 762 – 7.
3. LÓPEZ-CIUDAD V, PATOM, CID J. Hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy. Med Intensiva 2003; 27: 699 – 700.
4. LILJE C. GREINER P. RIEDE UN. SONTHEIMER J. BRANDIS M. Dieulafoy lesion in a one-year-old child. J Pediat Surg 2004; 39: 133 - 4.
5. SONE Y. KUMADA T. TOYODA H. HISANAGA Y. KIRIYAMA S. TANIKAWA M. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. Endoscopy 2005; 37: 449 – 53.
6. ABRAHAM P. MUKERJI SS. DESAI DC. JOSHI AG. Dieulafoy lesion in mid-esophagus with esophageal varices. Indian J Gastroenterol 2004; 23(6):220 – 1.
7. CHAUSSSENDE C. COLLET D. LAURENT C. MONGUILLON M. MASSON B. Dieulafoy's duodenal ulcer. Report of two cases. Ann de Chirurgie. 2000; 125: 66 – 7.
8. UENO N, TADA S, NAKAMURA T, GOHDA K, UEHARA M, OHWAN T, et al. Bleeding jejunal Dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc 2002; 55: 558.
9. BLECKER D. BANSAL M. ZIMMERMAN RL. FOGT F. LEWIS J. STEIN R. KOCHMAN ML. Dieulafoy's lesion of the small bowel causing massive gastrointestinal bleeding: two case reports and literature review. Am J Gastroenterol 2001; 96: 902-5.
10. RIVERA VAQUERIZO PA, BARAJAS MARTÍNEZ JM, BLASCO COLMENAREJO M. Hemorragia digestiva baja por Dieulafoy de colon ascendente. Gastroenterol Hepatol 2001; 24: 343 – 5.
11. TÁRRAGA RODRÍGUEZ I, GARCÍA GARCÍA V, MORENO SALCEDO J, FERRERAS FERNÁNDEZ P. SOLERA SANTOS J. Hematoquecia por úlcera de Dieulafoy colónica en paciente con valvulopatía mitral intervenida y gastritis crónica atrófica. An Med Int 2003; 20: 215 – 6.

12. NOMURA S, KAWAHARA M, YAMASAKI K, NAKANISHI Y, KAMINISHI M. Massive rectal bleeding from a Dieulafoy lesion in the rectum: successful endoscopic clipping. *Endoscopy* 2002; 34: 237.
13. YARZE JC, SCHUPP SL, FRITZ HP, LUSIGNAN DN. Hemorrhage related to an anal dieulafoy-like lesion. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1593 – 4.
14. DY NM, GOSTOUT CJ, BALM RK. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 108 – 11.
15. STARK ME, GOSTOUT CJ, BALM RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 545 – 50.
16. BAETTIGB, HAECKI W, LAMMER F, JOST R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34: 1418 – 21.
17. YILMAZ M, OZUTEMIZ O, KARASU Z, ERSOZ G, GUNSAR F, BATUR Y. et al. Endoscopic injection therapy of bleeding Dieulafoy lesion of the stomach. *Hepato-Gastroenterol* 2005; 52: 1622 – 5.
18. CHUNG IK, KIM EJ, LEE MS, KIM HS, PARK SH, LEE MH. et al. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: Comparing the hemostatic efficacy of mechanical and injection methods. *Gastrointest Endosc* 2000; 52 (6): 721-4.
19. CHENG CL, LIU NJ, LEE CS, CHEN PC, HO YP, TANG JH. et al. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis & Sc* 2004; 49: 1139 - 44.
20. LEE BI, KIM BW, CHOI H, et al. Hemoclip placement through a forward-viewing endoscope for a Dieulafoy-like lesion in a duodenal diverticulum. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 813 – 4.