

Lesión de Dieulafoy: reporte de dos casos

Dieulafoy lesion: a report of two cases

Autoras/es: Salazar Evaristo¹; Galvez María Sol¹; Podestá Fernanda¹; Cinquegrani Karina¹; De María Julio²; Promenzio Esteban²; De Bonis Alejandra³

1. Servicio de Unidad Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, Florencio Varela.
2. Servicio de Gastroenterología. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, Florencio Varela.
3. Servicio de Hematología. Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner, Florencio Varela.

Contacto: Galvez, María Sol. Correo electrónico: solgalvez@gmail.com

Resumen

Se describen dos casos de lesión de Dieulafoy, la cual es definida como una anomalía de una arteria grande o arteriola, que conserva su calibre al aproximarse a la mucosa. Esta lesión suele presentarse como sangrado gastrointestinal masivo no doloroso e inestabilidad hemodinámica y puede ser causa de hemorragia gastrointestinal fatal. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico aunque con la

endoscopia se puede alcanzar una precisión elevada siendo esta última el tratamiento de elección. La enfermedad presentaba una mortalidad cercana al 80% antes de la terapia endoscópica y gracias a esta actualmente se ha reducido al 13%. La experiencia del endoscopista y los recursos disponibles influyen en forma directa con la eficacia en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida de los paciente.

Palabras clave: Pediatría; Endoscopia; Hemorragia Gastrointestinal; Anomalías del Sistema Digestivo; Estudios de Casos

Abstract

Two cases of Dieulafoy lesion, defined as a malformation in a large artery or arteriole that retains its caliber when approaching the mucosa, are described here. This lesion usually causes non-painful massive gastrointestinal bleeding and hemodynamic instability and can cause a fatal gastrointestinal hemorrhage. The definitive

diagnosis is pathologic, although a high precision can be achieved by endoscopy, that is the treatment of choice. The disease had a mortality rate near 90% before the endoscopic therapy and, thanks to it, it has currently been reduced to 13%. The endoscopist's experience and the available resources influence directly on the effectiveness of diagnosis, management and survival of patients.

Keywords: Pediatrics; Endoscopy; Gastrointestinal Hemorrhage; Digestive System Abnormalities; Case Studies

Introducción

La lesión de Dieulafoy fue descrita hacia 1897 por Dieulafoy, denominándose inicialmente exulceratio simplex, creyendo que era el estadio inicial de una úlcera gástrica¹. Es definida como una anomalía de una arteria grande o arteriola, la cual conserva su calibre al aproximarse a la mucosa. El diámetro va de 1 mm a 3 mm².

Es una anomalía vascular de origen desconocido, probablemente congénita^{1,3}, con predominancia en sexo masculino y, aunque puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo (Ej. Duodeno⁴), es más frecuente (80%) en la región proximal del estomago.

Consiste en la presencia de vasos arteriales anómalos de gran calibre en la submucosa gástrica^{5,6}. La localización en la submucosa sumado a procesos precipitantes como la edad, enfermedades de base que afecte la pared de los vasos y la angiogenesis y procesos que provoquen erosión de la mucosa intestinal entre otros, conducen a debilitamiento y necrosis de la pared arterial con riesgo de sangrado².

La lesión de Dieulafoy suele presentarse como sangrado gastrointestinal masivo no doloroso e inestabilidad hemodinámica⁷ y puede ser causa de hemorragia gastrointestinal fatal⁸.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico aunque con la endoscopia se puede alcanzar una precisión elevada siendo esta última el tratamiento de elección.

Los criterios endoscópicos para definir esta lesión son: a) la salida a chorro o flujo micro pulsátil 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 normal⁹.

El tratamiento actual por endoscopia incluye diferentes métodos como: inyección de sustancias esclerosantes y/o adrenalina, ligadura con bandas elásticas, colocación de clips metálicos, electrocoagulación, entre los métodos más utilizados^{10,11}.

Algunas publicaciones citan ciertas ventajas de la utilización de los endoclips como:

- técnicamente es más fácil de colocar que otros métodos
- causa menos daño a los tejidos circundantes a la lesión
- es efectivo para lesiones gástricas proximales con vasos protruidos o sangrado activo
- es un método fácil y seguro para lograr el control de sangrado recurrente¹².

El riesgo de resangrado después del tratamiento endoscópico puede ser elevado, disminuyendo si se utiliza terapia combinada¹³, Ej. Adrenalina con bandas elásticas o hemoclips. También se describe la utilización de Adrenalina previo a la colocación de endoclips, en los sangrados masivos, para facilitar la visualización del vaso.

Si no se logra controlar la hemorragia, se debe recurrir a cirugía convencional o laparoscópica^{7,14}.

CASO 1:

Paciente de 13 años, sexo masculino ingresa el 18/05/2016, con diagnóstico de urticaria gigante e impotencia funcional en miembro inferior derecho con antecedente de traumatismo en codo ipsilateral.

Curso neumonía necrotizante con pnoneumotorax a Estafilococo Aeureus Meticilino Resistente (SAMR), requirió asistencia ventiladora mecánica (ARM) desde su ingreso hasta el óbito (3 meses y 16 días).

Como tratamiento antibiótico recibió Clindamicina y Vancomicina. Con hemocultivos (HMC) del 18 y 21/5 +SAMR, e infecciones intrahospitalarias a: Pseudomona Aeuruginosa, Infección del tracto urinario (ITU) a Cándida Tropicalis y Candidemia.

El 28/5 presenta shock hipovolémico por hemorragia digestiva alta.

Se realiza endoscopia digestiva alta (VEDA): duodenopatía erosiva, sin sangrado activo. Al continuar con melena y hematemesis el 02/6 se realiza VEDA que informa vaso visible en segunda porción duodenal con sangrado activo (Dieulafoy), se realiza escleroterapia con Adrenalina y terapia térmica, 18 hs posteriores hemostasia con hemoclips.

Cursando el primer día postoperatorio (POP) de cierre de fistula broncopleural por toracotomía programada, óbito.

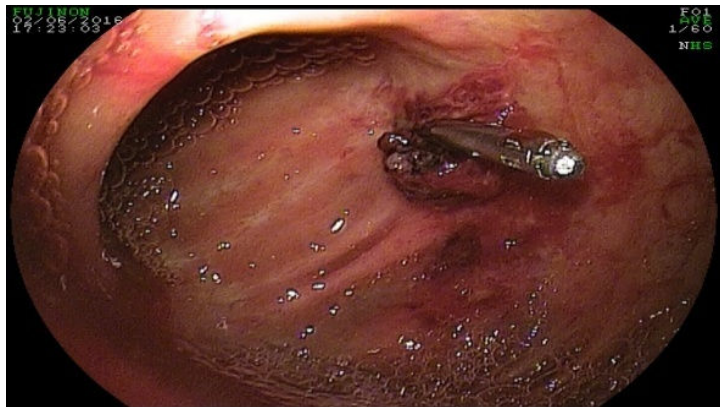


Imagen 1. Endoscopia caso 1

CASO 2:

Paciente masculino de 12 años de edad derivado el día 13/4/17 con diagnóstico de shock séptico secundario a hematoma lumbar traumático.

Durante su internación presentó bronconeumonía con derrame pleural bilateral, requiriendo 11 días de ARM.

Al día 13° de internación presenta hemorragia digestiva alta, se realizo VEDA,

evidenciándose vaso con sangrado en babeo compatible con lesión de Dieulafoy en bulbo duodenal, se realizó escleroterapia con adrenalina y se colocó clip hemostático.

Desarrolla SAMR en HMC de ingreso y en líquido de drenaje de hematoma lumbar, cumplió tratamiento antibiótico con Vancomicina durante 7 días completó 21 días con Linezolid Y Rifampicina.

A los 30 días otorga alta hospitalaria.

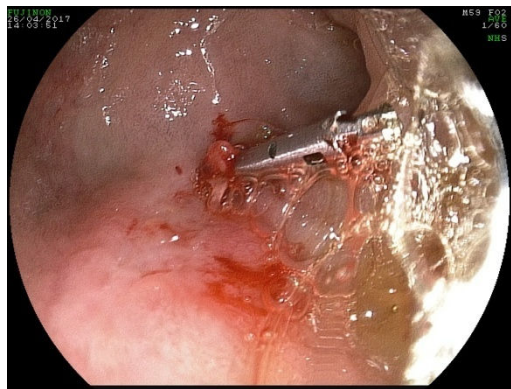


Imagen 2. Endoscopia caso 2

Conclusiones

La LD es una entidad muy infrecuente que puede poner en riesgo la vida del paciente.

La enfermedad presentaba una mortalidad cercana al 80% antes de la terapia endoscópica y gracias a esta actualmente se ha reducido al 13%.¹⁴

La experiencia del endoscopista y los recursos disponibles influyen en forma directa con la eficacia en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida de los pacientes.

Bibliografía

1. Jain, R et al. Dieulafoy disease of the colon. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. Vol 133, Noviembre (2009). 1865 – 1867
2. Mulholland, M et al *Greendfield's Surgery 4ed LWW 2006 USA* Pag 1062
3. Metyas, S et al. Dieulafoy's Lesion, a Rare Cause of Lower Gastrointestinal Hemorrhage. *Hospital Physician*. Setiembre (2001). 41-45.
4. Chaussende C. Collet D. Laurent C. Monguillon M. Masson B. Dieulafoy's duodenal ulcer. Report of two cases. *Ann de Chirurgie*. 2000; 125: 66 – 7.
5. López-Ciudad V, Pato M, Cid J. Hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy. *Med Intensiva* 2003; 27: 699 – 700. 4.
6. 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.
7. Metyas, S et al. Dieulafoy's Lesion, a Rare Cause of Lower Gastrointestinal Hemorrhage. *Hospital Physician*. Setiembre (2001). 41-45.
8. Sone Y. Kumada T. Toyoda H. Hisanaga Y. Kiriyaama S. Tanikawa M. Endoscopic management and follow up of Dieulafoy lesion in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2005; 37: 449 – 53.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. Ding, Y et al. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion. *World Journal of Gastroenterology*. Febrero (2010). 631-635
13. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Technology Status Evaluation Report. Endoscopic hemostatic devices. *Gastrointestinal Endoscopy*. Vol 69, No. 6 (2009). 987 – 996.
14. Rivera Vaquerizo PA, Barajas Martínez JM, Blasco Colmenarejo M. Hemorragia digestiva baja por Dieulafoy de colon ascendente. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 343 – 5.