

Lesión de Dieulafoy, reporte de dos casos

Salazar, E; Cinquegrani, K; De Bonis, A ; De Maria, J; Galvez, S; Podesta, F, J; Promencio, E;

Introducción:

La lesión de Dieulafoy es una anomalía vascular de origen desconocido, probablemente congénita, con predominancia en sexo masculino, localizado con más frecuencia en la región proximal del estómago. Consiste en la presencia de vasos arteriales anómalos a nivel submucoso en región gástrica.

Puede ser causa de hemorragia gastrointestinal fatal.

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

CASO 1:

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

Cursó Sepsis por SAMR (HMC del 18 y 21/5), NMN necrotizante con pnoneumotorax a SAMR, fístula broncopleurales. Requirió ARM por 3 meses y 16 días. Infecciones intrahospitalarias asociadas por: P. Aeuruginosa, ITU a Candida Tropicalis y Candidemia.

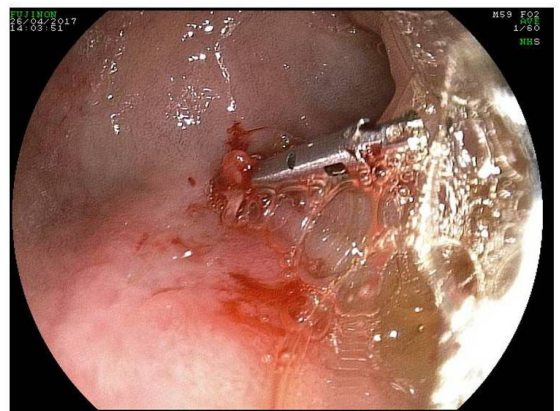
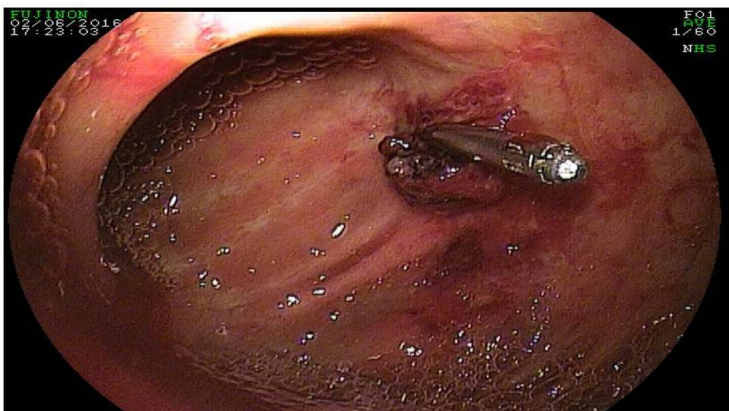
El 28/5 presenta shock hipovolémico por hemorragia digestiva alta. Se realiza VEDA: duodenopatía erosiva, sin sangrado activo. Continua con melena y hematemesis el 02/6 se repite veda: vaso visible en segunda porción duodenal con sangrado activo (Dieulafoy), se realiza escleroterapia con Adrenalina y terapia térmica, 18 hs posteriores hemostasia con hemoclips. El paciente obita primer día POP de cierre de fístula broncopleurales por toracotomía programada

CASO 2:

Paciente masculino de 12 años, ingresa el 13/4/17 con diagnóstico de shock séptico a SAMR secundario a hematoma lumbar traumático, complicado con bronconeumonía con derrame pleural bilateral. Requirió 11 días de ARM.

Al día 13° presenta hemorragia digestiva alta, se realizó VEDA, evidenciándose vaso con sangrado compatible con lesión de Dieulafoy en bulbo duodenal se realizó escleroterapia con adrenalina y se colocó clip hemostático.

Cumplió tratamiento antibiótico y a los 30 días otorga alta hospitalaria.



Conclusión:

La LD es una entidad infrecuente que puede poner en riesgo la vida del paciente. La experiencia del endoscopista y los recursos disponibles influyen en forma directa con la eficacia en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida de los pacientes.