

LESION DE DIEULAFOY COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA PRESENTACION DE UN CASO EN EL INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA BOLIVIANO JAPONES DE SUCRE

Dra.: Yanet Lijerón C.

Gastroenteróloga I.G.B.J.

Dra.: Rosa Katerine Yañez Sasamoto.

Residente Gastroenterología Clínica I.G.B.J.

Dr.: Boris Arancibia Andrade.

Médico Internista Hospital Santa Bárbara

Palabras Claves: Lesión de Dieulafoy. Hemorragia Digestiva
Key Words: Dieulafoy's lesion. Gastrointestinal bleeding

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 67 años de edad internada en el Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés con el antecedente de haber presentado melenas, hematemesis debido a lesión de Dieulafoy que 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.

El presente caso describe acerca de la etiología, el diagnóstico las opciones terapéuticas y el pronóstico de esta rara aunque potencialmente fatal causa de hemorragia gastrointestinal y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda.

SUMMARY

We report the case of a female patient of 67 years of age admitted in the Gastroenterological Institute Boliviano Japanese with a history of filing mane, hematemesis due to Dieulafoy lesion is usually localized vascular abnormality in stomach proximal and involves the presence of a large artery in the submucosa and occasionally in the mucosa, but the definitive diagnosis is pathology, with endoscopy can achieve high accuracy. This case describes about the etiology, diagnosis, treatment options and prognosis of this rare but potentially fatal gastrointestinal bleeding and responds to less than 2% of episodes of acute gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCION

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. (2)

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). El 75-95% de estas lesiones se localizan dentro de los 6 cm. de la unión gastroesofágica. Con frecuencia su diagnóstico ofrece dificultad y a veces es necesario repetir la endoscopia para identificar la lesión. (1)

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. Generalmente se presenta en paciente con enfermedades asociadas como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, insuficiencia renal.(1,2)

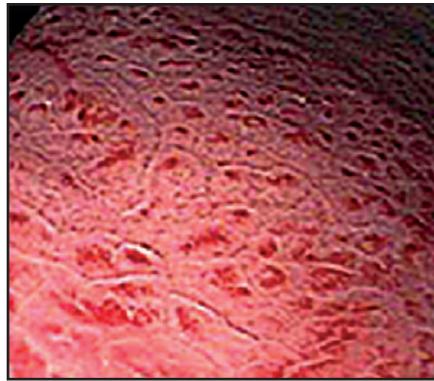
Su sintomatología más frecuente son la hematemesis y melena juntas(53%) seguida sola de hematemesis sin melenas (28%) y en último lugar presentación solo con melena(19%)(2).

El tratamiento endoscópico es efectivo,(inyección con adrenalina, electrocoagulación bipolar o mono polar, escleroterapia, laser. Hemoclips), pero al menos el 50% de los pacientes vuelven a sangrar después de ese tratamiento. Si esto ocurre la embolización resección quirúrgica serían las opciones disponibles(4,5).

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 67 años de edad, que refiere antecedente de ingesta de AINES de manera frecuente por cuadro de artritis.

Acude a consulta en el I.G.B.J quejando hematemesis de mas o menos de 2 lts según refieren familiares, melenas, mareos y lipotimia. Es internada en fecha 12/01/12, al examen físico destaca palidez generalizada, sequedad en piel mucosas.PA 90/60 FC 108x FR 20x. Se realiza endoscopia alta con diagnóstico: Metaplasia intestinal difusa y gastritis aguda erosiva. Laboratorialmente Hb 9.9 Urea 63 .En fecha 15-01-12 se realiza control con Hb 6.8, por lo que se indica transfusión de 2 paquetes globulares .La evolución es favorable y hemorragia auto limitada. Se externa a la paciente con las indicaciones pertinentes.



GASTRITIS AGUDA EROSIVA

El 19 -01-12 retorna con el mismo cuadro se realiza endoscopia urgente encontrando en esta ocasión



LESION DE DIEULAFOY



TERAPIA CON HEMOCLIPS

hacia curvatura menor un vaso aberrante de 3mm (lesión de Dieulafoy) realizando hemostasia con clips.

Se realiza nueva transfusión de 2 paquetes globulares, permanece internada por 5 días con evolución favorable.

DISCUSION

La lesión de Dieulafoy constituye menos del 2% de las causas de hemorragia digestiva aguda 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 ,duodeno, yeyuno, colon, recto y ano(6).

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(2,3).En el caso que presentamos, el paciente presentaba un coágulo fuertemente adherido.

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 y, aunque el diagnóstico definitivo es anatomopatológico con la endoscopia se puede llegar al diagnóstico con bastante exactitud.(7) 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, 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(4-5).

BIBLIOGRAFIA

1. AKHRAS J, PATEL P, TOBI M (March 2007). "Dieulafoy's lesion-like bleeding: an underrecognized cause of upper gastrointestinal hemorrhage in patients with advanced liver disease". Dig. Dis. Sci.5
2. Revista Española de Enfermedades Digestivas Capítulo 3. 2. Hemorragias digestivas HEMORRAGIA DIGESTIVA SIN HIPER- TENSION PORTAL
3. REV. GASTROENTEROL. PERU 2006; 26: 203-206 Hemorragia digestiva severa por lesión de Dieulafoy duodenal R. Rivera, I. Méndez.
4. Nomura S, Kawahara M, Yamasaki K, Kaminishi M. Massive rectal bleeding from a Dieulafoy lesion in the rectum: successful endoscopic clipping. Endoscopy 2002; 34: 237.
5. Al-Mishlab, Talib; Amin, Alla; "Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding". J.R.Coll.Surg.Edinb. 44: April 2012.
6. REVISTA ESPAÑOLA DE ENF. DIGESTI. vol. 104 no.3 Madrid mar. 2012 <http://dx.doi.org/V.F.Moreira,E.Garrido>. Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
7. Gastroenterology Research and Practice-Volume 2012 (2012), Article ID 432517, 8 pagesdoi:10.1155/2012/432517 Review Article The Evolution of Dieulafoy's Lesion Since 1897: Then and Now—A Journey through the Lens of a Pediatric Lesion with Literature Review Jenna-Lynn Senger and Rani Kanthan