

DIEULAFOY DUODENAL: CUANDO NADA SE VE

R.A. Bendezú-García, A. Gálvez-Miras, J.F. Suárez-Crespo

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería.

Introducción

La lesión de Dieulafoy es una arteria submucosa de calibre persistente asociada a un defecto mucoso mínimo¹. Representa hasta el 4% de los episodios agudos de hemorragia digestiva alta (HDA)^{1, 2} y se puede manifestar como una hemorragia masiva que pone en peligro la vida del paciente siendo de difícil diagnóstico cuando el sangrado ha cesado. En un gran porcentaje se localizan en estómago, aunque han sido también descritas en esófago^{3,5}, duodeno⁶, intestino delgado⁷, colon⁸, recto⁹ y ano¹⁰.

Caso clínico

Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y estenosis aórtica moderada. Presenta desde hace 2 años diagnóstico de anemia ferropénica, habiéndose realizado estudio endoscópico digestivo alto (EDA) y bajo de forma ambulatoria sin hallazgos relevantes. Acudió a urgencias dos semanas antes de proceso actual por cuadro de astenia asociado a anemia que se entendió en el contexto de la ferropenia crónica que presentaba, por lo que fue transfundida y dada de alta. Ingresó a Urgencias por melenas y cuadro sincopal, destacando en el análisis de sangre una hemoglobina de 5,9 g/dL. Se le realiza EDA de urgencia observando gran coágulo fresco y sangrado babeante en cara posterior de bulbo duodenal (**Figura 1**) que no permite identificar el origen de la hemorragia a pesar de múltiples lavados. Tras inyectar 4 mL de adrenalina 1/1000 se observa sangrado micropulsátil

desde una mucosa duodenal endoscópicamente indemne (**Figura 2**). Se colocó un hemoclip sobre el punto sangrante (**Figura 3**) controlándose inmediatamente la hemorragia. Durante su estancia en planta no hubo nuevos episodios de HDA y en la EDA de control, realizada a la semana siguiente, aún se observaba el hemoclip sobre una mucosa duodenal sin alteraciones (**Figura 4**).

Discusión

La lesión de Dieulafoy es de etiología y patogénesis aún desconocida, postulándose la elongación de un vaso submucoso que ocasiona una erosión e isquemia de la mucosa¹¹. Está asociada a la edad avanzada, diabetes mellitus, HTA, cardiopatía o al tratamiento con AINES¹¹

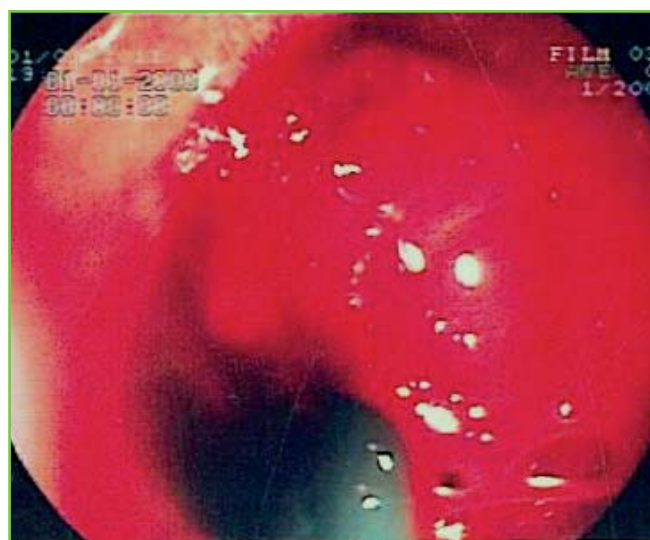


Figura 1

Inyección de adrenalina.

CORRESPONDENCIA

Álvaro Bendezú-García
Servicio Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas.
Paraje Torrecárdenas s/n. 04009 Almería. España.
Teléfono 680117262

alvarobendezu@hotmail.com



Figura 2

Sangrado micropulsátil.

factores de riesgo que presentaba ésta paciente. El Dieulafoy duodenal se presenta clínicamente como un episodio de HDA caracterizado por melenas o hematemesis¹² y el examen de elección para su diagnóstico es la EDA, donde se observará un sangrado desde un defecto mucoso mínimo, prácticamente no visible si no hay sangrado activo. El manejo endoscópico es el tratamiento más aceptado, donde varias técnicas como la inyectoterapia, termocoagulación, terapia láser, ligadura con bandas y el hemoclip han sido empleados con altos índices de éxito^{13,24}, reservando la cirugía cuando falle la terapia endoscópica lo cual ocurre en el 5% de pacientes²⁴.



Figura 3

Colocación de hemoclip.

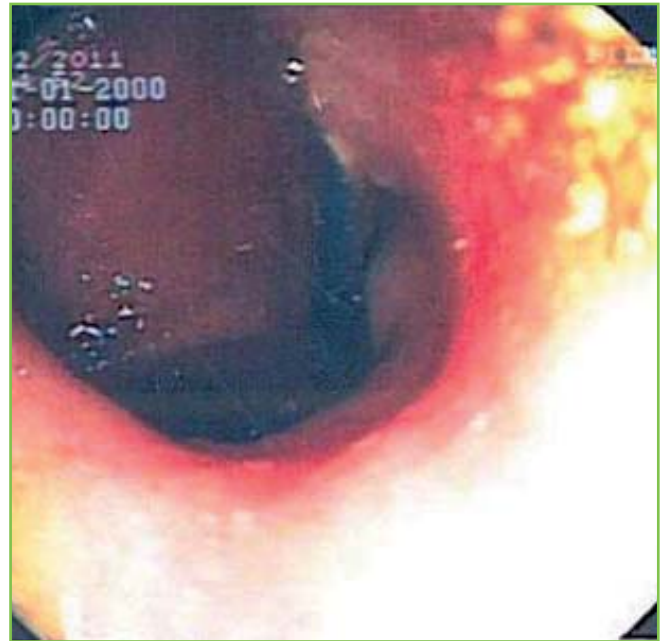


Figura 4

Imagen del hemoclip, después de una semana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sone Y et al. Dieulafoy lesion in the upper Gastrointestinal Tract. *Endoscopy* 2005; 37: 449-453
2. Romaozinho JM, Pontes JM, Lérias C et al. Dieulafoy's lesion: management and long-term outcome. *Endoscopy* 2004; 36: 416-420
3. Fockens P, Tytgat GN. Dieulafoy's disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 6: 739-752
4. Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion, diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 1702-1707
5. Ertekin C, Barbaros U, Tavoglu K, Guloglu R, Kasoglu A. Dieulafoy's lesion of the esophagus. *Surg Endosc* 2002; 16: 219-221
6. Gadenstatter M, Wetscher G, Cookes PF, Mason RJ, Schwab G, Pointner R. Dieulafoy's disease of the large and small bowel. *J Clin Gastroenterol* 1998; 27: 169-172
7. Nozoe T, Kitamura M, Matsumata T, Sugimachi K. Dieulafoy's like lesions of colon and rectum in patients with chronic renal failure on long-term hemodialysis. *Hepatogastroenterology* 1999; 46: 3121-3133
8. Kayali Z, Sangchantz W, Matsumoto B. Lower gastrointestinal bleeding secondary to Dieulafoy-like lesion of the rectum. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 328-330
9. Azimuddin K, Stasik JJ, Rosen L, Riether RD, Khubchandani IT. Dieulafoy's lesion of the anal canal: a new clinical entity. Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 423-426
10. Goldenberg SP, DeLuca VJ, Marignani P. Endoscopic treatment of Dieulafoy's lesion of the duodenum. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 452-454
11. Lin H, Lee F, Tsai Y et al. Therapeutic endoscopy for Dieulafoy disease. *J Clin Gastroenterol* 1989; 11: 507-10
12. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D et al. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 762-7
13. Pointner R, Schwab G, Königsrainer A, Dietze O. Endoscopic treatment of Dieulafoy's disease. *Gastroenterology* 1988; 94: 563-566

14. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 545-550
15. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34: 1418-1421
16. Skok P. Endoscopic hemostasis in exulceratio simplex ± Dieulafoy's disease hemorrhage: a review of 25 cases. *Endoscopy* 1998; 30: 590-594
17. Parra-Blanco A, Takahashi H, Jerez PVM et al. Endoscopic management of Dieulafoy lesions of the stomach: a case study of 26 patients. *Endoscopy* 1997; 29: 834-839
18. Chung IK, Kim EJ, Lee MS et al. Bleeding Dieulafoy's lesions and the choice of endoscopic method: comparing the hemostatic efficacy of mechanical and injection methods. *Gastrointest Endosc* 2000; 52:721-724
19. Nikolaidis N, Zezos P, Giouleme O et al. Endoscopic band ligation of Dieulafoy-like lesions in the upper gastrointestinal tract. *Endoscopy* 2001; 33: 754-760
20. Kasapidis P, Georgopoulos P, Delis V et al. Endoscopic management and long-term follow-up of Dieulafoy's lesions in the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 527-531
21. Park CH, Sohn YH, Lee WS et al. The usefulness of endoscopic hemoclippping for bleeding Dieulafoy lesions. *Endoscopy* 2003; 35: 388-392
22. Yamaguchi Y, Yamato T, Katsumi N et al. Short-term and long-term benefits of endoscopic hemoclip application for Dieulafoy's lesion in the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2003; 57: 653-656
23. Romaozinho JM, Pontes JM, Løias C et al. Dieulafoy's lesion: management and long-term outcome. *Endoscopy* 2004; 36: 416-420
24. Asaki S, Soto H, Nashimura T et al. Endoscopic diagnosis and treatment of Dieulafoy ulcer Tohuko. *J Exp Med* 1988; 154: 135-141