

LESIÓN DE DIEULAFOY COLÓNICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

COLONIC DIEULAFOY'S LESIONS: A RARE CAUSE OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING.

C. Sendra-Fernández, A. Núñez-Ortiz, R. León-Montañés, J.M. Bozada-García

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa rara de hemorragia digestiva generalmente grave, secundaria a la presencia de un vaso de calibre persistente en la capa submucosa, de difícil diagnóstico por el pequeño tamaño de la erosión y la apariencia de la mucosa no patológica que lo recubre. Su localización en colon es infrecuente. Presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva baja severa secundaria a dicha lesión en colon ascendente, diagnosticada mediante colonoscopia y tratada con adrenalina y argón plasma, con buenos resultados

Palabras clave: Hemorragia digestiva, lesión de Dieulafoy, lesión vascular, tratamiento endoscópico.

Abstract

Dieulafoy's lesion (DL) is a rare cause of usually severe gastrointestinal bleeding, secondary to the presence characterized by a large tortuous arteriole in the stomach wall (sub mucosal) that erodes and bleeds. It is difficult to diagnose because of the small size of the erosion and the non-pathological appearance of the mucosa covering it. It is rarely located in the colon. We report the case of a patient with severe lower gastrointestinal bleeding

secondary to Dieulafoy's lesion in the ascending colon, diagnosed by colonoscopy and treated with adrenaline and argon plasma obtaining good results.

Key words: Gastrointestinal bleeding, Dieulafoy's lesion, vascular injury, endoscopic treatment.

Introducción

La LD se caracteriza por la presencia de un vaso de calibre mantenido en la capa submucosa, que sangra cuando se produce erosión de la mucosa que lo recubre. La localización más frecuente es en estómago y suele presentarse como hemorragia digestiva grave. Presentamos un caso de un paciente con rectorragia franca con requerimientos transfusionales secundaria a una LD en colon ascendente tratada eficazmente mediante adrenalina y argón plasma.

Caso clínico

Varón de 75 años exfumador, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, EPOC grado C de la GOLD, insuficiencia cardiaca congestiva, isquemia crónica grado IIb de miembros inferiores, isquemia mesentérica crónica, diverticulosis colónica y colitis linfocítica. Realizaba tratamiento con clopidogrel.

Acude a Urgencias por presentar hematoquecia abundante de 24 horas de evolución, sin dolor abdominal ni fiebre u otra sintomatología. Analíticamente se produjo anemia de 3 puntos de hemoglobina (7,1 g/dl), sin presentar inestabilidad hemodinámica en ningún momento.

CORRESPONDENCIA

Carmen Sendra Fernández
csendra.fernandez@gmail.com

Ante la repercusión analítica y la persistencia de la hematoquecia, se decidió su preparación con solución evacuante para realización de colonoscopia tras la trasfusión de 2 concentrados de hemáties, con la sospecha clínica inicial de colitis isquémica (múltiples factores de riesgo cardiovascular e isquemia mesentérica crónica) versus sangrado diverticular (diverticulosis colónica en TAC abdominal previo).

Se realizó colonoscopia donde se objetivaron restos hemáticos rojos en la mucosa de todo el colon, más intensos cuanto más proximal, no presentes en ileon terminal. En retirada, y tras lavados desde ciego, se localizó en colon ascendente un punto de sangrado activo de tipo arteriolar sin lesión subyacente, próximo a una lesión polipoidea sesil de unos 2-3 mm (O-Is)(Figura 1). Se trató con inyección de adrenalina 1:10000 y posteriormente coagulación con APC con cese del sangrado (Figuras 2-4). Se tatuaron los márgenes con tinta china y se lavó el resto del colon sin renovación del sangrado a ningún otro nivel (Figura 5).

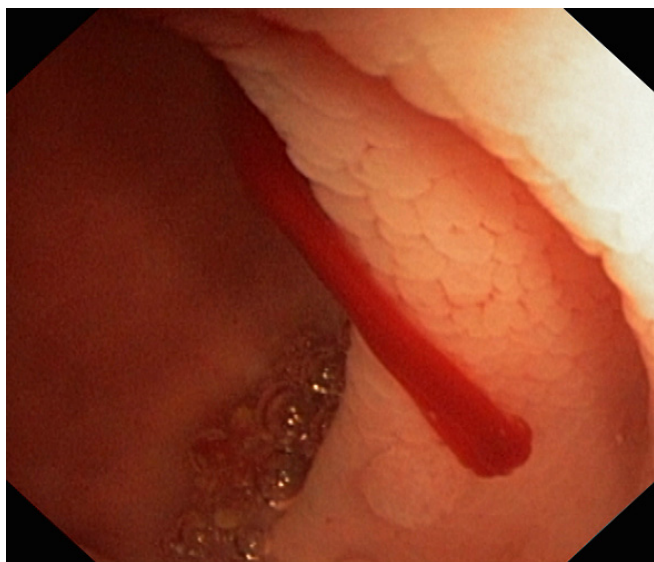


Figura 1

Sangrado de tipo arteriolar objetivado tras lavados.

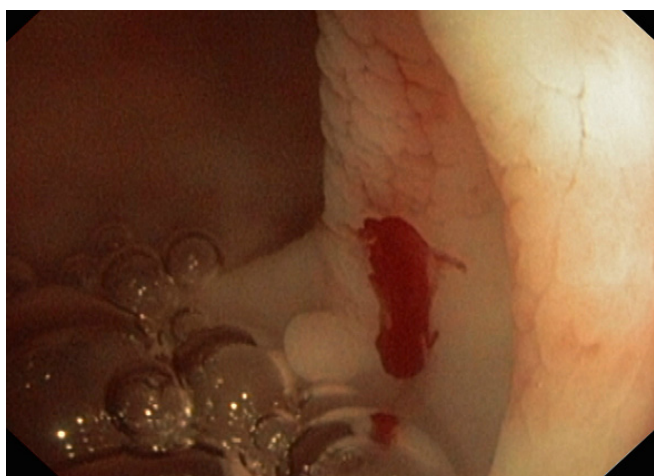


Figura 2

Resultado tras inyección de adrenalina 1:10000.

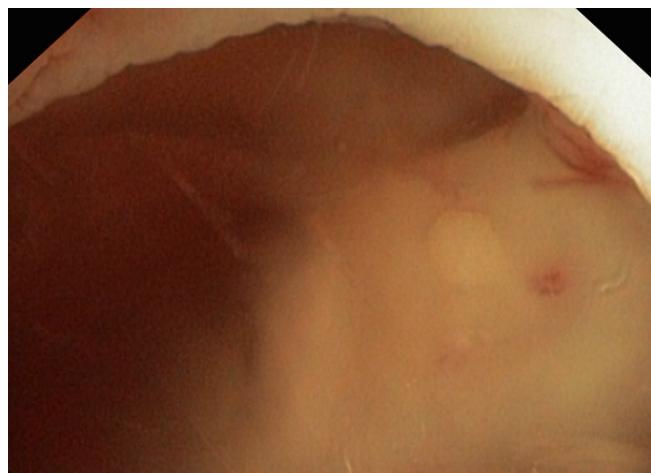


Figura 3

Resultado tras inyección de adrenalina 1:10000.



Figura 4

Resultado tras tratamiento con APC.

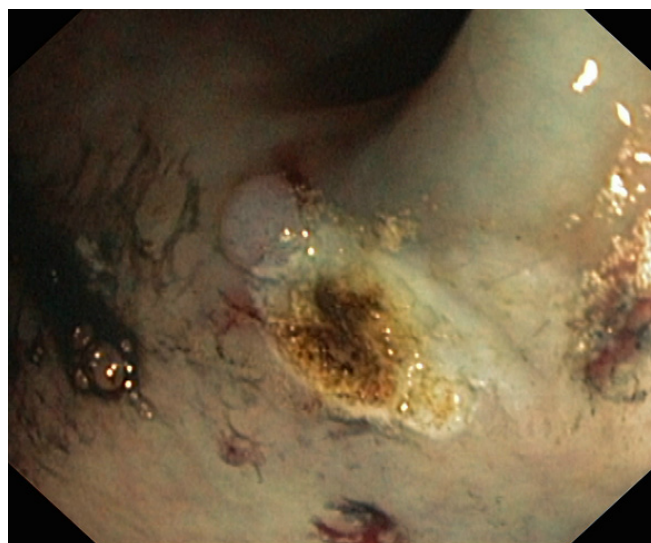


Figura 5

Tatuaje con tinta china.

El paciente fue dado de alta 48 horas tras el procedimiento, sin nueva exteriorización hemática ni anemia. Tras tres meses de seguimiento no ha vuelto a presentar ningún episodio de sangrado.

Discusión

La LD es una causa de hemorragia súbita y grave secundaria a una arteria de calibre persistente (1-3 mm) que se sitúa normalmente en la capa submucosa (ocasionalmente en la mucosa) cuando se produce una erosión de la mucosa sana que lo recubre¹. Se trata de un vaso histológicamente normal pero de diámetro anormal que no sigue el patrón de ramificación habitual a través de las paredes del tubo digestivo². Constituye menos del 2% del sangrado de origen gastrointestinal^{1,2}. La localización más frecuente es el estómago (71%), fundamentalmente a 6 cm de la unión gastroesofágica, en curvatura menor, debido a que el aporte del flujo arterial emerge directamente de la arteria gástrica izquierda. No obstante, se han descrito casos en cualquier localización desde el esófago al recto e incluso a nivel bronquial^{1,3}. La LD de origen colónico es rara (2%), afectando principalmente a colon ascendente. Es más frecuente en varones que en mujeres (2:1) pudiendo afectar a cualquier grupo de edad, siendo más prevalente en ancianos¹.

Puede presentarse en forma de hematemesis, melenas, rectorragia o hematoquecia, según la localización, generalmente grave y a menudo recurrente⁴.

El estudio endoscópico es diagnóstico en el 70% de los casos de la exploración inicial. No es infrecuente la necesidad de más de un procedimiento para establecer el diagnóstico debido al escaso tamaño de la lesión y al carácter intermitente del sangrado^{2,4}.

Los criterios endoscópicos para su diagnóstico son: 1) sangrado arterial activo o pulsátil procedente de un defecto mucoso < 3 mm o una mucosa aparentemente normal, 2) vaso visible con o sin sangrado sobre mínimo defecto mucoso o mucosa normal, 3) coágulo fresco adherido sobre un mínimo defecto mucoso o mucosa normal⁵.

La ecoendoscopia puede ser útil para la localización del vaso submucoso y confirmación de esta entidad^{6,7}.

Una alternativa a los estudios endoscópicos cuando estos fracasan es la angiografía, que es especialmente útil en las lesiones de colon o recto donde la visión puede ser limitada por sangrado activo o mala preparación intestinal.

Se han propuesto distintos mecanismos para explicar la rotura espontánea de la mucosa. El alcohol, consumo de AINES o la atrofia mucosa propia de la edad se han relacionado también sin que exista evidencia clínica que apoye su relación causal. En el caso de la LD colónica, el contenido intestinal podría contribuir a la erosión de la mucosa que recubre la arteriola anormalmente dilatada¹.

El tratamiento endoscópico es de elección en el caso de lesiones fácilmente accesibles, empleándose diferentes métodos como inyección de sustancias esclerosantes y/o adrenalina,

ligadura con bandas elásticas, colocación de clips metálicos, electrocoagulación con sonda monopolar, bipolar o gas argón. Hay evidencia en la literatura que sugiere que los métodos mecánicos (banding o hemoclip) son más efectivos para conseguir la hemostasia⁸. La terapéutica endoscópica combinada tiene menos tasa de resangrado que la monoterapia⁶. Dada la dificultad de la localización de la lesión (pequeño tamaño y mucosa prácticamente indemne) se recomienda su tatuaje con tinta china para su mejor localización si se produce resangrado tanto para su abordaje endoscópico o quirúrgico si este fracasa^{2,7}.

La embolización mediante arteriografía o la resección quirúrgica se pueden utilizar en caso de que fracase el tratamiento endoscópico⁶.

Conclusiones

La LD en colon debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva baja de origen oscuro en pacientes de todas las edades. El diagnóstico y tratamiento endoscópico es eficaz en la mayoría de los casos. Dado su carácter recurrente y la dificultad de diagnóstico se recomienda el tatuaje con tinta china para su localización en caso de resangrado.

Bibliografía

- Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92(7): 548-54.
- CB González-Sánchez, G Orozco-Monroy, M Leycegui-Aiza, M Eljure-Eljure, E. Martínez-de la Maza. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. *Endoscopia.* 2010; 22(4): 161-165.
- Gharagozloo F, Rennert D, Margolis M, Tempesta B, Schwartz A, Cole V et al. Dieulafoy lesion of the bronchus: review of the literature and report of the 13th case. *J Bronchol* 2008; 15: 38-40.
- Eltawansy SA, Thyagarajan B, Baig N. Dieulafoy lesion in the ascending colon presenting with gastrointestinal bleeding and severe anemia complicated by a coexisting severe resistant chronic idiopathic thrombocytopenic purpura. *Case Rep Gastrointest Med.* 2014; 2014:203678.
- Fukita Y. Treatment of a colonic Dieulafoy lesion with endoscopic hemoclippping. *BMJ Case Rep.* 2013; 22:2013.
- Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 236-43.
- Martínez Ares D, Souto Ruzo J, Yáñez López J, Alonso Aguirre P, Gómez Mata C, Valbuena Ruvira L. et al. Enfermedad de Dieulafoy recidivante tratada quirúrgicamente: diagnóstico mediante ultrasonografía endoscópica. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96(2): 138-142.
- 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 haemostatic efficacy of mechanical and injection methods. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 721-4.