https://doi.org/10.22516/25007440.1176

Lesión de Dieulafoy: presentación de un caso con una variable anatómica atípica

Dieulafoy's Lesion: A Case Report with an Atypical Anatomical Variation

Tomás Acosta-Pérez,[1] Laura Sofía Moreno-Luna,[2] Sofía Ordóñez-Abadía,[2] Martín Ocampo-Posada,[3] Gilberto Jaramillo Trujillo.[4]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Acosta-Pérez T, Moreno-Luna LS, Ordóñez-Abadía S, Ocampo-Posada M, Jaramillo-Trujillo G. Lesión de Dieulafoy: presentación de un caso con una variable anatómica atípica. Revista. colomb. Gastroenterol. 2024;39(4):505-508.
https://doi.org/10.22516/25007440.1176

[1] Residente de Medicina Interna, Grupo de Investigación en Medicina Interna (GIMI), Universidad Libre. Cali, Colombia.
[2] Estudiante de Medicina, Pontificia Universidad javeriana. Cali, Colombia.
[3] Médico internista, Grupo de Investigación en Ciencias Básicas de la Salud. Docente, Facultad de Salud, programa de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.
[4] Médico internista, gastroenterólogo, Universidad Nacional de Colombia. Coordinador del servicio de gastroenterología, Clínica Versalles. Cali, Colombia.

***Correspondencia:** Tomas Andrés Acosta-Pérez.
tomas.acosta15@hotmail.com

Fecha recibido: 11/02/2024
Fecha aceptado: 22/07/2024

Resumen
La lesión de Dieulafoy es una presentación etiológica rara y potencialmente mortal de hemorragia gastrointestinal asociada a una lesión vascular por erosión de la submucosa que penetra a través de la mucosa y puede causar sangrado digestivo con complicaciones graves. Representa el 1%-2% de casos de hemorragia gastrointestinal y ocurre con mayor frecuencia en el fondo gástrico, y suele afectar a personas mayores de 50 años con múltiples comorbilidades. Se presenta el caso de una etiología rara de la hemorragia gastrointestinal asociada a una trombectomía con una ubicación anatómica infrecuente.

Palabras clave
Lesión de Dieulafoy, hemorragia gastrointestinal, angiodisplasia, choque hemorrágico.

Abstract
Dieulafoy's lesion is a rare and potentially life-threatening cause of gastrointestinal bleeding, resulting from vascular injury due to submucosal erosion that penetrates through the mucosa. It can lead to gastrointestinal hemorrhage with severe complications. This condition accounts for 1%–2% of gastrointestinal bleeding cases, most commonly occurring in the gastric fundus, and it typically affects individuals over 50 years of age with multiple comorbidities. This report describes a rare etiology of gastrointestinal bleeding associated with a thrombectomy and an atypical anatomical location.

Keywords
Dieulafoy's lesion, gastrointestinal bleeding, angiodysplasia, hemorrhagic shock.

INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy es una entidad clínica poco común, pero potencialmente mortal, descrita por primera vez en 1884 por Gallard, quien en dos autopsias en pacientes con hemorragia gastrointestinal masiva describió lo que nombró como "aneurismas miliares de estómago". No fue sino hasta 1897 cuando el cirujano francés Paul Georges Dieulafoy describió que las lesiones tenían la oportunidad de convertirse en una úlcera gástrica, por lo que la denominó *exulceratio simplex*[(1)], con una incidencia en la vida adulta de aproximadamente el 5% de las hemorragias gastrointestinales[(2)]; estas lesiones se describen como un tipo de angiodisplasia de un vaso con exposición submucosa del contenido gástrico en la mayoría de los casos que con el paso del tiempo pueden erosionarse y causar una hemorragia gastrointestinal grave. La mayoría de las lesiones ocurren a nivel proximal en el estómago (70%) y las lesiones restantes están distribuidas en el duodeno (15%), el esófago (8%), el colon (2%) y el ano (1%)[(3)], y registran una

alta mortalidad, que puede llegar hasta el 80% de los casos cuando no son detectados de forma temprana[4].

Se presenta el caso de un hombre que, después de la realización de una trombectomía por hemorroides trombosadas de grado IV, presentó una hemorragia gastrointestinal masiva con inestabilidad hemodinámica. Se le realizó una endoscopia y una colonoscopia, y en esta última se reportó una lesión de Dieulafoy con sangrado activo, por lo que hubo necesidad de realizar una escleroterapia con adrenalina y la colocación de clip hemostático sobre el vaso implicado.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 69 años sin comorbilidades previas y con una hospitalización reciente por rectorragia, por lo que se le realizó una colonoscopia en la que se evidenció diverticulosis en el colon descendente-sigmoide y hemorroides de grado IV inflamadas y trombosadas. Durante su estancia hospitalaria, se le realizó una trombectomía de tres paquetes hemorroidales y se le dio egreso por su evolución satisfactoria.

Consultó al servicio de urgencias cinco días después del egreso por un cuadro clínico de dos horas de evolución, caracterizado por un episodio de rectorragia, acompañado de diaforesis y un episodio sincopal. A su ingreso, se le realizó la toma de signos vitales y se halló bradicárdico (frecuencia cardíaca [FC]: 52 latidos por minuto [lpm]), además de hipotenso (85/50 mm Hg con una presión arterial media [PAM] de 61 mm Hg). En el examen físico se encontró con palidez mucocutánea y sangrado activo moderado al tacto rectal. Se sospechó de un choque hemorrágico de causa gastrointestinal baja, por lo que fue manejado con omeprazol de 80 mg en bolo con una dosis de mantenimiento de 8 mg/hora, además de reanimación volumétrica con cristaloides. Se realizaron los paraclínicos iniciales que reportaron hemoglobina: 7,4 g/dL, recuento de plaquetas: 371.000/µL, creatinina sérica: 1,2 mg/dL, nitrógeno ureico en sangre: 24 mg/dL, ácido láctico: 2,3 mg/dL, tiempo de protrombina: 12,1 segundos, tiempo de tromboplastina: 21,6 segundos e índice internacional normalizado: 1,17. Se trasladó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y fue necesario hacer una transfusión de dos unidades de glóbulos rojos. Se solicitó una endoscopia, una colonoscopia y una angiotomografía de abdomen y pelvis. En la angiotomografía de abdomen y pelvis se observaron hallazgos relacionados con signos de ateromatosis arterial, sin evidencia de síndrome aórtico u otras alteraciones.

Pasadas 48 horas se realizó la endoscopia de vías digestivas altas y la colonoscopia. En la endoscopia, se reportaron úlceras gástricas Forrest IIB y III, que requirieron escleroterapia con adrenalina, y duodenitis erosiva. En la colonoscopia, se evidenciaron hemorroides internas de grado IV, cicatriz de trombectomía en hemorroide anterior derecha y lesión de Dieulafoy con sangrado activo (**Figura 1**). Además, se le colocó un clip hemostático sobre la base del vaso para evitar un sangrado mayor (**Figura 2**).

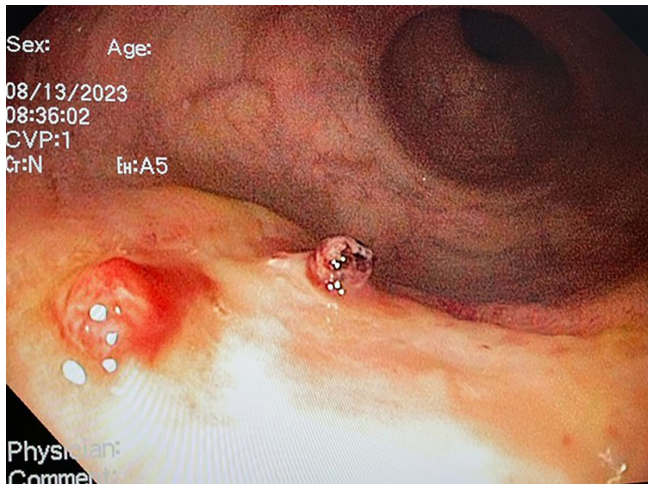


Figura 1. Colonoscopia en la que se observa el vaso expuesto. Cortesía Dr. Gilberto Jaramillo.

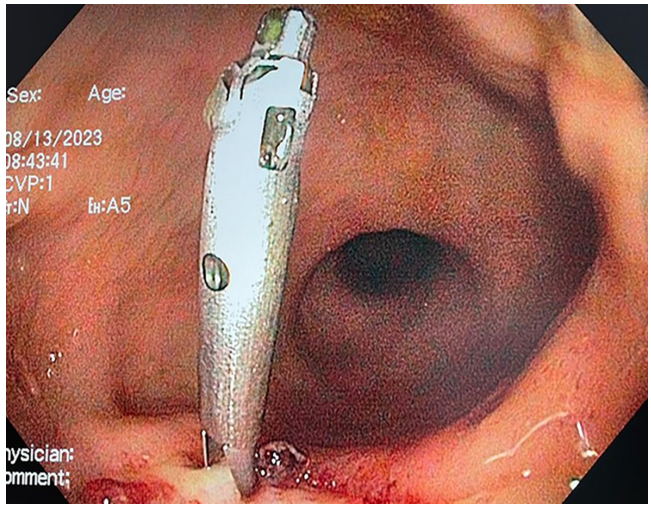


Figura 2. Clip hemostático en la lesión de Dieulafoy. Cortesía Dr. Gilberto Jaramillo.

48 horas después del procedimiento, el paciente se mantuvo con estabilidad hemodinámica, con signos vitales estables y sin nuevos episodios de sangrado, por lo que se consideró continuar el manejo ambulatorio. Se solicitó una cita ambulatoria con coloproctología y valoración por cirugía general, y se mantiene en seguimiento hasta la actualidad sin nuevas manifestaciones de síntomas gastrointestinales tras el alta.

DISCUSIÓN

La lesión de Dieulafoy es un importante desafío diagnóstico en los pacientes con hemorragia gastrointestinal debido a una etiología poco frecuente, pero con una alta tasa de letalidad; en este caso particular, con una ubicación poco frecuente a nivel del recto posterior a un procedimiento quirúrgico. La ubicación a nivel del recto es infrecuente y puede confundirse con anomalías vasculares, como malformaciones arteriovenosas o aneurismas[5]. El diagnóstico debe realizarse de forma muy rigurosa debido a que, en los casos sin sangrado activo, estas lesiones pueden confundirse con otras lesiones, como pólipos, o se puede identificar el vaso sin erosión ni ulceración[6], y el vaso culpable puede verse muchas veces en el sagrado activo o puede quedar cubierto por un coágulo posterior al episodio de sangrado previo[7]. Existen unos criterios endoscópicos para el diagnóstico de los pacientes con lesión de Dieulafoy: lesión arterial activa con sangrado micropulsátil y defectos mucosos pequeños (<3 mm), sin ulceración ni erosión de la mucosa; evidencia del vaso en forma elevada, y coágulos de sangre en la unión de la mucosa[8].

El rendimiento diagnóstico de la lesión de Dieulafoy por endoscopia es aproximadamente el 70% en las lesiones gástricas, que son las más comunes; en algún otro estudio, este porcentaje logró el 49% y hasta un 33% de los pacientes requirieron un segundo procedimiento endoscópico[9]. En un estudio en el que se evaluó la lesión de Dieulafoy rectal se notificó que la colonoscopia no logró diagnosticar al 9% de los pacientes y que en alguno de los casos hubo necesidad de intervenciones quirúrgicas para llegar al diagnóstico[10]. Aunque no existe un consenso sobre cuál es la mejor técnica para tratar la lesión de Dieulafoy, el tratamiento endoscópico apoyado con terapias térmicas, inyección regional con epinefrina y métodos mecánicos son la terapia de elección; el uso de clips hemostáticos ha demostrado ser una técnica fácil para prevenir el sangrado masivo y prevenir el resangrado[11]. Otros estudios como la angiografía por tomografía axial computarizada o la resonancia magnética con medio de contraste rara vez se usan para la detección de lesiones a nivel rectal, solo se indican cuando la colonoscopia no hace el diagnóstico de manera inicial[12].

La intervención quirúrgica es en muchas ocasiones el método definitivo para lograr la hemostasia en los pacientes, sobre todo cuando los métodos anteriormente mencionados fallan y el paciente tiene inestabilidad hemodinámica. Se ha descrito que entre el 3% y el 16% de los pacientes requerirán cirugía principalmente motivados por un nuevo episodio de sangrado posterior a la terapia endoscópica[13].

CONCLUSIÓN

La lesión de Dieulafoy es una patología infrecuente y la lesión rectal es una ubicación anatómica aún menos frecuente, pero que se debe pensar en pacientes con hemorragia gastrointestinal masiva debido a la naturaleza muchas veces intermitente del sangrado, y las investigaciones diagnósticas pueden ser limitadas. Se debe tener un alto índice de sospecha sobre todo cuando el paciente ha tenido intervenciones quirúrgicas, como en este caso particular. No se disponen de directrices claras sobre cuál es la mejor terapia en las lesiones rectales, pero la intervención por medio de endoscopia combinada con el uso de argón o epinefrina es la terapia estándar. El uso de clips hemostáticos ha demostrado ser una terapia coadyuvante óptima en caso de inestabilidad hemodinámica, como en el caso de nuestro paciente, y se debe reservar la cirugía solo en casos refractarios a toda la terapia anterior. Es importante mencionar que, al ser una entidad poco frecuente, queda el abanico de oportunidades para realizar investigaciones a futuro y crear un registro poblacional para organizar sistemáticamente los datos en pacientes son lesión de Dieulafoy.

Conflictos de interés

Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés potencial en relación con la investigación, la autoría o la publicación de este artículo.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría o publicación de este artículo.

Consentimiento para la publicación

No se ha obtenido el consentimiento por escrito de los pacientes, ya que en este informe no se incluyen datos identificables de estos.

REFERENCIAS

1. Juler GL, Labitzke HG, Lamb R, Allen R. The pathogenesis of Dieulafoy's gastric erosion. Am J Gastroenterol. 1984;79(3):195-200.
2. Nojkov B, Cappell MS. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: Clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. World J Gastrointest

Endosc. 2015;7(4):295-307. https://doi.org/10.4253/wjge.v7.i4.295
3. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92(7):548-54. https://doi.org/10.1308/003588410X12699663905311
4. Batouli A, Kazemi A, Hartman MS, Heller MT, Midian R, Lupetin AR. Dieulafoy lesion: CT diagnosis of this lesser-known cause of gastrointestinal bleeding. Clin Radiol. 2015;70(6):661-6. https://doi.org/10.1016/j.crad.2015.02.005
5. Kalman DR, Banner BF, Barnard GF. Rectal Dieulafoy's or angiodysplasia? Gastrointest Endosc. 1997;46(1):91-2. https://doi.org/10.1016/S0016-5107(97)70224-4
6. Hokama A, Takeshima Y, Toyoda A, Yonamine Y, Tomiyama R, Kinjo F, et al. Images of interest. Gastrointestinal: rectal Dieulafoy lesion. J Gastroenterol Hepatol. 2005;20(8):1303. https://doi.org/10.1111/j.1440-1746.2005.04056.x
7. Goldkamp W, Goldberg R, Patel K, Tombazzi C. Rare Case of GI Bleeding: Rectal Dieulafoy's Lesion. Am J Gastroenterol. 2014;109:S414. https://doi.org/10.14309/00000434-201410002-01397
8. 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(1):108-11.
9. Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. Dig Dis Sci. 1991;36(12):1702-7. https://doi.org/10.1007/BF01296613
10. Inayat F, Hussain A, Yahya S, Weissman S, Sarfraz N, Faisal MS, et al. Rectal Dieulafoy's lesion: a comprehensive review of patient characteristics, presentation patterns, diagnosis, management, and clinical outcomes. Transl Gastroenterol Hepatol. 2022;7:10. https://doi.org/10.21037/tgh.2020.02.17
11. Yamaguchi Y, Yamato T, Katsumi N, Imao Y, Aoki K, Morita Y, 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(6): 653-6. https://doi.org/10.1067/mge.2003.183
12. Kaneko M, Nozawa H, Tsuji Y, Emoto S, Murono K, Nishikawa T, et al. Multidetector-Row Computed Tomography and Colonoscopy for Detecting a Rectal Dieulafoy Lesion as a Source of Lower Gastrointestinal Hemorrhage. Case Rep Gastroenterol. 2018;12(1):202-206. https://doi.org/10.1159/000488973
13. Eisenberg D, Bell R. Intraoperative endoscopy: a requisite tool for laparoscopic resection of unusual gastrointestinal lesions--a case series. J Surg Res. 2009;155(2):318-20. https://doi.org/10.1016/j.jss.2008.06.046