

Hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy

Sr. Director:

La lesión de Dieulafoy (LD) o persistencia de calibre arterial es una causa rara aunque potencialmente fatal de hemorragia gastrointestinal, y responde a menos del 2% de episodios de hemorragia digestiva aguda¹.

Es más frecuente en varones con una edad media de alrededor de 60 años, pero puede aparecer a cualquier edad. En más del 60% de los casos, se localiza en la parte alta del cuerpo gástrico², y se manifiesta típicamente por una hemorragia masiva intermitente.

Presentamos el caso de un paciente joven que inició con un cuadro de hemorragia digestiva alta severa.

Varón de 32 años, sin antecedentes de interés, que acudió a urgencias por hematemesis cuantiosa y síncope. A la exploración física inicial destacaba una marcada palidez cutánea, la presión arterial sistólica era 90 mmHg y estaba moderadamente taqui-

cárdico. Analítica: hematocrito 33%, hemoglobina 11,2 g/dl y VCM 89,2 fl. Los valores plaquetarios y de la coagulación eran normales. Ingresó inicialmente en UCI, se realizó endoscopia digestiva alta urgente sin evidenciar anomalía en esófago y duodeno, y se halló gran abundancia de restos hemáticos en el estómago, aunque no se pudo objetivar el origen de la hemorragia. Se dejó sonda nasogástrica, y se trató con omeprazol intravenoso, fluidoterapia generosa y transfusión de 2 concentrados de hemáties, con lo que se consiguió la estabilización del paciente. Posteriormente, salieron posos de café por sonda nasogástrica y a las 12 h se repitió la endoscopia alta, que mostró un coágulo pequeño, que al desprenderlo fluyó sangre arterial de un defecto mínimo en la mucosa, la mucosa circundante era normal. Se esclerosó la lesión con adrenalina y electrocoagulación con argón plasma. No recidivó y el paciente fue dado de alta una semana después; a los 6 meses se mantiene asintomático.

La LD es una anomalía vascular que histológicamente consiste en una arteria de gran calibre que atraviesa la capa submucosa y discurre en la cercanía de la superficie mucosa (arteria con calibre persistente)^{3,4}. Su origen no está aclarado, puede ser congénito en pacientes jóvenes o estar en relación con cambios degenerativos y formar parte del proceso de envejecimiento. El riesgo hemorrágico radica en que mínimas rupturas de la capa mucosa pueden erosionar la pared arterial.

Existe discrepancia entre los estudios en cuanto a su asociación con comorbilidad (diabetes, insuficiencia renal, HTA y enfermedad cardiovascular) y el uso de medicación concomitante (AINE y anti-coagulantes)².

El diagnóstico actual es endoscópico y se basa en⁴: *a*) sangrado a chorro o flujo micropulsátil a través de un defecto mucoso mínimo, menor de 3 mm; *b*) visualización de un vaso que protruye, con o sin signos de sangrado activo, dentro de un defecto mucoso mínimo con mucosa normal alrededor, y *c*) coágulo fresco adherido a través de un punto estrecho de inserción sobre un defecto mucoso mínimo o mucosa en apariencia normal.

La sensibilidad de la endoscopia inicial varía entre un 49-72%, y puede pasar desapercibida debido a la mala visualización por la abundancia de sangre, la localización y el tamaño de la lesión y el sangrado intermitente. Norton et al¹ necesitaron una media de 1,9 endoscopias hasta el diagnóstico.

El tratamiento se basa en el uso de una técnica hemostática endoscópica, o una combinación de varias de ellas. La empleada con mayor frecuencia es la termocoagulación con pinza caliente, sola o combinada con la inyección de adrenalina, actualmente se utiliza de manera creciente el electrocoagulador de argón plasma por su mayor precisión y seguridad⁵. Con las técnicas endoscópicas el éxito se consigue en más del 95%², reservándose la cirugía para los casos de fracaso. En caso de pacientes malos candidatos a cirugía, puede hacerse arteriografía y embolización con gelfoam.

En conclusión, la LD es una entidad causante de hemorragia digestiva que, aunque muy infrecuente, puede poner en grave riesgo la vida del paciente por su capacidad de provocar una hemorragia masiva, y cuyo tratamiento es básicamente endoscópico.

V. LÓPEZ-CIUDAD^a, M. PATO^b Y J. CID^a

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Santa María Nai. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital Santa María Nai. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999;50:762-7.
2. Kasapidis P, Georgopoulos P, Delis V, Balatsos V, Konstantinidis A, Skandalis N. Endoscopic management and long term follow-up of Dieulafoy's lesions in the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2002;55:527-31.
3. Vázquez-Iglesias JL. Alteraciones vasculares. En: Vázquez-Iglesias JL, editor. *Endoscopia digestiva alta: I Diagnóstico*. La Coruña: Gaesa, 1992; p. 228-9.
4. Dy NM, Gostout CJ, Balm RK. Bleeding from the endoscopically-identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. *Am J Gastroenterol* 1995;90:108-11.
5. Medina E, Ortí E. Tratamiento con argón beam de las lesiones gástricas. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:462-6.