

Hemorragia digestiva grave por lesión “símil Dieulafoy” posterior a la toma de biopsias gástricas: reporte de un caso y revisión bibliográfica

Manuel Mahler, Natalia Causada Calo, Sebastián Durán, Diana Nieto Acevedo, María Julieta Argüero, Ramiro González Sueyro, Víctor Abecia Soria, Emilio Varela, Mariano Marcolongo

Unidad de Endoscopia Digestiva. Servicio de Gastroenterología. Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:337-339

Recibido: 29/03/2016 / Aprobado: 26/04/2016 / Publicado en www.actagastro.org el 01/01/2017

Resumen

La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva originada en una arteria de calibre persistente que protruye sobre una mucosa normal. La hemorragia digestiva como forma de presentación de lesiones símil Dieulafoy posterior a la toma de biopsia de la mucosa gástrica es extremadamente inusual. Presentamos el caso de una paciente de 66 años que sufrió un cuadro de hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a una lesión símil Dieulafoy 24 horas después de realizarse una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias de la mucosa gástrica de aspecto normal para la pesquisa de *Helicobacter pylori*. La lesión fue tratada en forma exitosa con inyección de adrenalina y colocación de dos grapas hemostáticas. Creemos útil destacar mediante el reporte de este caso, la importancia de contar con el equipamiento y los conocimientos necesarios para manejar complicaciones potencialmente graves, aun en procedimientos endoscópicos de baja complejidad como la toma de una muestra de biopsia.

Palabras claves. Lesión de Dieulafoy, hemorragia digestiva alta, complicaciones de la endoscopia.

Severe upper gastrointestinal bleeding due to “Dieulafoy’s-like” lesion of the stomach after biopsy samples: a case report and review of the literature

Summary

Dieulafoy’s lesion (DL) is a rare but relevant cause of gastrointestinal bleeding (GIB). Anatomically, it originates from an artery that has a persistent caliber and protrudes into the normal mucosa. The occurrence of DL related GIB after biopsy samples of stomach is extremely rare. We present the case of a 66 year-old female that suffered severe upper-GIB 24 hours after a diagnostic upper endoscopy where biopsy samples for *Helicobacter pylori* screening were taken. The DL was diagnosed in the place where a biopsy sample was taken and treated with adrenalin injection combined with the placement of two hemoclips. We believe this case report provides an insight into a potentially life-threatening outcome after a low risk and routinely performed procedure and its proper diagnosis and endoscopic treatment.

Key words. Dieulafoy's lesion, gastrointestinal bleeding, intraoperative complications.

Abreviaturas

LD: lesión de Dieulafoy.

HDA: hemorragia digestiva alta.

AINES: antiinflamatorios no esteroideos.

VEDA: videoendoscopia digestiva alta.

Correspondencia: Manuel Alejandro Mahler
Gascón 1687 8° A. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: 15 5629 8650
Correo electrónico: manuel.mahler@hospitalitaliano.org.ar

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de HDA, la misma se caracteriza por la presencia un vaso visible con mucosa circundante de aspecto normal o con solución de continuidad mínima de 2 a 5 mm. La apari-

ción de lesiones símil Dieulafoy como causa de HDA en el contexto de complicaciones de la toma de biopsias endoscópicas es inusual; según nuestra revisión bibliográfica sólo existe un caso reportado.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 66 años, con antecedentes de artritis reumatoidea e ingesta habitual de AINES, que consultó por un cuadro de epigastralgia urente de dos semanas de evolución. Se realizó una VEDA que no informó lesiones y se tomaron biopsias de la mucosa gástrica para pesquisa de *Helicobacter pylori*. A las 24 horas del procedimiento, presenta melena y cuadro de lipotimia por lo que consultó a la guardia externa de nuestra institución. A su ingreso, se constataron signos de inestabilidad hemodinámica (tensión arterial 90/60, frecuencia cardíaca 110 latidos por minuto). El hematocrito de ingreso fue de 26% (previo de 42%) y la urea de 128 mg/dL (previa de 32 mg/dL). Recibió un bolo intravenoso de 80 mg de omeprazol, se realizaron maniobras de compensación hemodinámica y luego se realizó una VEDA bajo cuidados anestésicos monitorizados. En la endoscopia se observó en cara posterior de antro gástrico, un vaso visible con mucosa circundante de aspecto normal, con sangrado activo en napa, similar a la lesión de Dieulafoy (Figura 1). Se realizó tratamiento con inyección de adrenalina en cuatro cuadrantes (dilución 1:10.000) y se completó la terapéutica con la colocación de dos grapas hemostáticas (Figura 2). Se constató el cese del

Figura 1. En sitio de toma de biopsia. Se observa vaso visible con sangrado activo en napa con mucosa subyacente de aspecto normal.

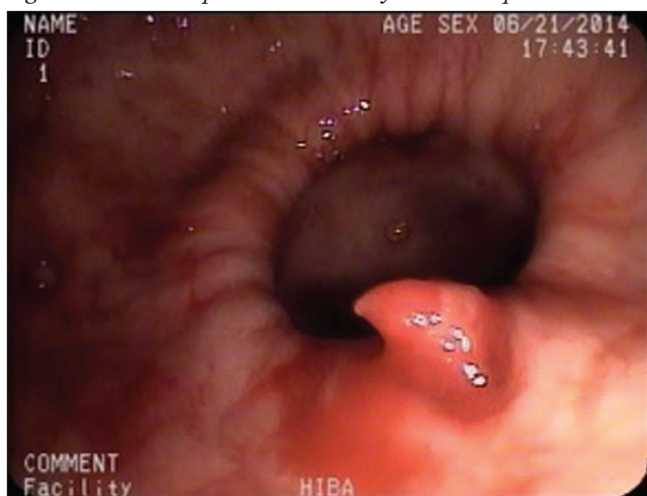
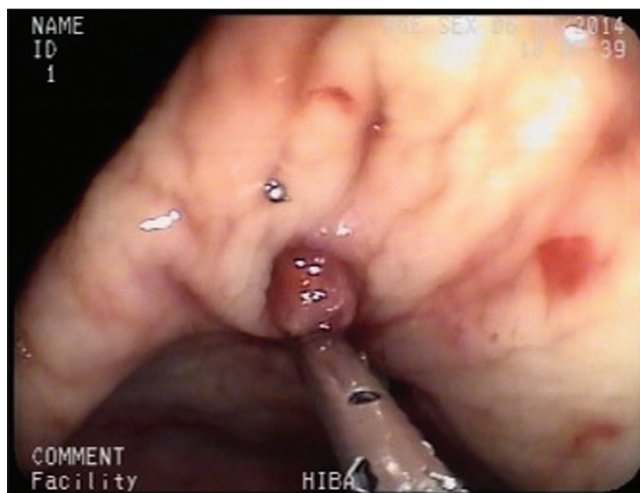


Figura 2. Se coloca un clip hemostático.



sangrado. El paciente permaneció en observación clínica y bajo tratamiento con omeprazol intravenoso por 48 horas. No presentó signos de recurrencia de sangrado ni otras complicaciones por lo que se le otorgó el alta hospitalaria.

Discusión

La VEDA es un procedimiento seguro, la HDA como complicación luego de la toma de biopsias es muy infrecuente, y suele asociarse a alteraciones de la hemostasia o antecedentes de cirugías gástricas.¹⁻³ La presentación de una HDA severa es mucho menos frecuente y la presentación de una lesión símil Dieulafoy posterior a la toma de biopsias endoscópicas es sumamente inusual en estómagos con cirugías previas,² existiendo, en estómagos normales, sólo un caso reportado en la bibliografía según nuestro conocimiento.⁴

La LD representa alrededor del 1 al 2% de las causas de HDA no variceal. Su patogenia es desconocida y suele ubicarse en el estómago proximal.⁵ En condiciones normales, los vasos van disminuyendo su calibre a medida que se aproximan al subepitelio. Sin embargo, la LD prescinde de estas características manteniendo el mismo calibre hasta alcanzar la submucosa y suele asociarse a soluciones de continuidad en la mucosa, de 2 a 5 mm, que dejan el vaso expuesto. Se ha propuesto que diferentes factores como los AINES, la acción péptica del ácido clorhídrico y el alcohol favorecen la exposición de la pared del vaso que desencadenaría el sangrado.^{6,7} Debido a que el sangrado es de origen arterial, su presentación suele ser aguda y evidente, y puede llevar a una descompensación hemodinámica.⁸⁻¹¹

El diagnóstico endoscópico puede ser dificultoso si no se evidencia sangrado activo al momento del estudio. Muchas veces la LD es una causa de sangrado de origen oscuro.¹² La doble terapéutica endoscópica con métodos de inyección (habitualmente con adrenalina) y métodos mecánicos como grapas hemostáticas, bandas o métodos de electrocoagulación son el abordaje de elección. Si bien no hay datos que establezcan cuál de estas combinaciones es superior, la efectividad global del tratamiento endoscópico alcanza el 90% y es mayor cuando se realiza en forma temprana.^{7, 13}

En este caso, la toma de biopsia podría haber expuesto la lesión dando lugar a un episodio de HDA. Si bien la paciente tenía otros factores de riesgo para HDA como la ingesta de AINES, consideramos que la secuencia temporal y la localización de la lesión (antro gástrico, el mismo lugar de donde se tomó la biopsia) son fuertes indicios de relación causal entre la toma de las biopsias y el episodio de HDA. Es importante reportar este caso a fin de documentar una complicación rara pero potencialmente grave de la VEDA diagnóstica que evidencia la necesidad de contar con los elementos y conocimientos necesarios para poder resolverla de manera adecuada.

Referencias

1. Ben-Menachem T, Decker GA, Early DS, Evans J, Fanelli RD, Fisher D a, Fisher L, Fukami N, Hwang JH, Ikenberry SO, Jain R, Jue TL, Khan KM, Krinsky ML, Malpas PM, Maple JT, Sharaf RN, Dominitz J a, Cash BD. Adverse events of upper GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012; 76: 707-718.
2. Domellöf L, Enander LK, Nilsson F. Bleeding as a complication to endoscopic biopsies from the gastric remnant after ulcer surgery. *Scand J Gastroenterol* 1983; 18: 951-954.
3. Vu CK, Korman MG, Bejer I, Davis S. Gastrointestinal bleeding after cold biopsy. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1141-1143.
4. Fu K, Tsujinaka Y, Hamahata Y, Sashiyama H, Hoshino T, Nakajima Y. Gastric Dieulafoy-like lesion presenting as a complication after endoscopic cold biopsy. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1397-1398.
5. Fernández L, Parrilli M, Tenia J, Da Silva M, Bracho N, Álvarez G, Cedeño J. Enfermedad Vasculosa de Dieulafoy como una Emergencia Quirúrgica: Revisión. *Rev la Fac Med. Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela*; 2014; 23: 113-116.
6. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 2014; 38: 545-550.
7. Reilly HF, al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. *Dig Dis Sci* [Internet]. 1991; 36: 1702-1707.
8. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: a review of 6 years of experience at a tertiary referral center. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1688-1694.
9. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 762-767.
10. Veldhuyzen van Zanten SJ, Bartelsman JF, Schipper ME, Tytgat GN. Recurrent massive haematemesis from Dieulafoy vascular malformations. A review of 101 cases. *Gut* 1986; 27: 213-222.
11. 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: 527-531.
12. al-Mishlab T, Amin AM, Ellul JP. Dieulafoy's lesion: an obscure cause of GI bleeding. *J R Coll Surg Edinb* 1999; 44: 222-225.
13. Cheng C-L, Liu N-J, Lee C-S, Chen P-C, Ho Y-P, Tang J-H, Yang C, Sung K-F, Lin C-H, Chiu C-T. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1139-1144.