

Hemorragia digestiva baja masiva por lesión de Dieulafoy de colon. Reporte de caso con video

Manuel Alejandro Mahler,¹ Guido Villa Gómez Roig²

¹ Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Gastroenterología, Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

² Unidad de endoscopia "Unigastro". La Paz, Bolivia.

Acta Gastroenterol Latinoam 2017;47(3):216-218

Recibido: 26/01/20167/ Aceptado: 29/05/2017 / Publicado ON-line: 02/10/2017

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 baja secundaria a LD de colon es inusual. Presentamos el caso de un paciente de 65 años con antecedentes de ingesta de AINE, que presenta cuadro de hematoquecia e inestabilidad hemodinámica. Se realizó videocolonoscopia en donde se observó, a 35 centímetros del margen anal, un vaso visible con sangrado activo a chorro. Se realizó tratamiento combinado con inyección de adrenalina y colocación de 3 clips hemostáticos, logrando resolver el cuadro.

Palabras claves. Lesión de Dieulafoy, hemorragia digestiva, tracto digestivo bajo.

Masive gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy lesion of the colon: case report with video

Summary

Dieulafoy's lesion is a rare but relevant cause of gastrointestinal bleeding. Anatomically, it originates from an artery that has a persistent caliber and protrudes into the normal mucosa. Low gastrointestinal bleeding secondary to colon DL

is unusual. We present a 65-year-old patient with a history of nonsteroidal anti-inflammatory drugs ingestion presenting hematochezia and hemodynamic instability. A colonoscopy was performed; at 35 cm from the anal margin, visible vessel with active bleeding was observed. Combined treatment with adrenaline injection and placement of 3 hemostatic clips were performed and the bleedind was stopped.

Key words. Dieulafoy's lesion, gastrointestinal hemorrhage, lower gastrointestinal tract.

La lesión de Dieulafoy (LD) es una causa infrecuente de hemorragia digestiva (HD), que 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. Habitualmente se localizan en el cuerpo gástrico a nivel de la curvatura menor. Sin embargo, infrecuentemente pueden presentarse en el colon, manifestándose con cuadros graves de hemorragia digestiva baja (HDB).

Abreviaturas

LD: lesión de Dieulafoy.

HDB: hemorragia digestiva baja.

HD: hemorragia digestiva.

AINE: antiinflamatorios no esteroides.

Caso clínico

Paciente hombre de 65 años, con antecedentes de cirrosis alcoholica y celulitis de miembro inferior por la que recibió antibióticos y AINE para control del dolor.

Correspondencia: Manuel Alejandro Mahler
Gascón 1687 8° A, CABA, Argentina.
Tel: +5491156298650
Correo electrónico: manuel.mahler@hospitalitaliano.org.ar

Se interconsultó con la unidad de endoscopia por el cuadro de melena e hipotensión. A su ingreso presentaba deterioro del sensorio y signos de inestabilidad hemodinámica (FC 120/min, TA 60/40). Se realizó inicialmente una endoscopia digestiva alta en donde se observaron várices esofágicas grado 3, se realizó ligadura con bandas. Durante el procedimiento presentó un cuadro de hematocemia masiva por lo que se decide realizar videocolonoscopía con la asistencia de un capuchón para optimizar la visualización y la técnica endoscópica. Se observaron abundantes restos hemáticos frescos, y a 35 centímetros del margen anal un vaso visible con sangrado activo a chorro (Figura 1). Se realizó tratamiento combinado con inyección de adrenalina y colocación de 3 clips hemostáticos, con lo que se logró cohibir el sangrado (Figura 2) (Video 1). A las 24 horas se realizó una videocolonoscopía de control en la que no se observó resangrado.

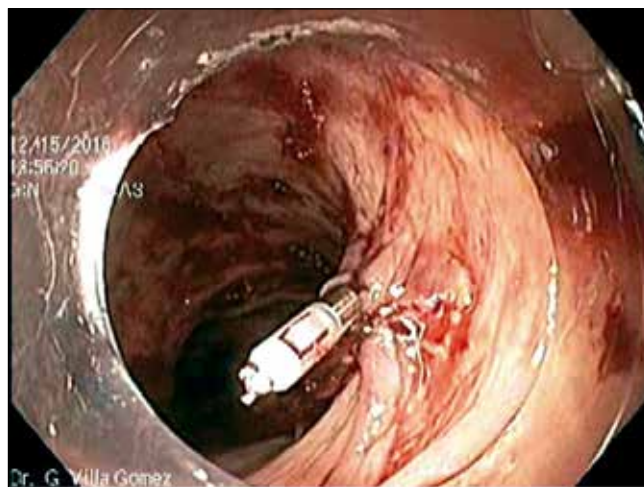
Discusión

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.¹ En condiciones normales, los vasos van disminuyendo su calibre a medida que se aproximan al subepitelio. Sin embargo, la LD mantiene 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 AINE, la acción péptica del ácido clorhídrico y el alcohol favorecen la exposición de la pared del vaso que desencadenaría el sangrado.^{2,3} Debido a que el sangrado es de origen arterial, su presentación suele ser aguda y evidente, y puede llevar a una descompensación hemodinámica.^{4,7} 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.⁸ La doble terapéutica endoscópica con métodos de inyección (habitualmente con adrenalina) y métodos mecánicos como grapas hemostáticas, bandas, o métodos de electrocoagulación es el abordaje de elección; la efectividad global del tratamiento endoscópico es del 90% y es mayor cuando se realiza en forma temprana.^{3,9} La presencia de LD colónica como causa de HDB es inusual. A partir del primer reporte de P. Barbier y col. en el año 1985 se han publicado diferentes casos, pero con una frecuencia marcadamente inferior que en el caso de las LD en el tracto digestivo alto.¹⁰ La localización colónica se presenta en el 2% de los pacientes

Figura 1. A 35 cm del margen anal se observa un vaso visible con sangrado activo.



Figura 2. Se realiza terapéutica combinada con inyección de adrenalina y colocación de clips hemostáticos, logrando detener la hemorragia.



Video 1. Se observan abundantes restos hemáticos. Luego de aspirar los restos se observa un vaso visible con sangrado activo que es tratado mediante terapéutica combinada con inyección de adrenalina y colocación de clips hemostáticos, logrando detener la hemorragia.

con este tipo de lesiones, y es habitual que se manifieste como hemorragias graves y con marcado compromiso hemodinámico.^{11, 12} El tratamiento de estas lesiones, cuando se localizan en el colon, no difiere del que se realiza cuando tienen una localización en el tracto digestivo superior, utilizando terapéutica combinada con métodos de inyección y mecánicos o térmicos. Existe evidencia que indica superioridad de los métodos mecánicos, y por este motivo son usados más frecuentemente.¹¹ A menudo la magnitud del sangrado impide una correcta visualización del colon, por lo que muchas veces no es posible la identificación y el consiguiente tratamiento de la lesión, debiéndose en estos casos recurrir a otros métodos de hemostasia como la angiografía¹⁴ o la cirugía.¹¹

Referencias

1. Fernández L, Parrilli M, Tenia JC, Da Silva M, Bracho N, Álvarez G, Cedeño JG. Enfermedad Vascular de Dieulafoy como una Emergencia Quirúrgica: Revisión. *Rev la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela* 2014; 23: 113-116.
2. Stark ME, Gostout CJ, Balm RK. Clinical features and endoscopic management of Dieulafoy's disease. *Gastrointest Endosc* 1992; 38: 545-550.
3. Reilly HF, Al-Kawas FH. Dieulafoy's lesion. Diagnosis and management. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 1702-1707.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Cheng CL, Liu NJ, Lee CS, Chen PC, Ho YP, Tang JH, Yang C, Sung KF, Lin CH, Chiu CT. Endoscopic management of Dieulafoy lesions in acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1139-1144.
10. Barbier P, Luder P, Triller J, Ruchti C, Hassler H, Stafford A. Colonic hemorrhage from a solitary minute ulcer. Report of three cases. *Gastroenterology* 1985; 88: 1065-1068.
11. Bateman AC, Beer TW, Bass PS, Odurny A, Gallagher PJ. Massive arterial haemorrhage from the lower gastrointestinal tract. *Histopathology* 1996; 29: 225-231.
12. Guy RJ, Ang ES, Tan KC, Tsang CB. Massive bleeding from a Dieulafoy-like lesion of the rectum in a burns patient. *Burns* 2001; 27: 767-769.
13. Chung IK, Kim EJ, Lee MS, Kim HS, Park SH, Lee MH, Kim SJ, Cho MS. 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.
14. Alshumrani G, Almuaikeel M. Angiographic findings and endovascular embolization in Dieulafoy disease: a case report and literature review. *Diagn Interv Radiol* 2006; 19: 151-154.