



## CASO CLÍNICO

## Sangrado digestivo por una lesión de Dieulafoy: a propósito de un caso en un hombre nonagenario y revisión de la literatura



### Bleeding from Dieulafoy's lesion: a case report on a nonagenarian man and a review of the literature

Oriol Miralles<sup>a,\*</sup>, Diana Ariza<sup>a</sup>, Javier Ariza<sup>c</sup> y Benito Fontecha<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Geriatria y Cuidados Paliativos, Hospital Sociosanitario de L'Hospitalet de Llobregat - Consorci Sanitari Integral, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Digestivo, Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi - Consorci Sanitari Integral, Sant Joan Despi, Barcelona, España

#### Caso clínico

Hombre de 94 años de edad con dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria, diabetes mellitus tipo 2 con retinopatía asociada, polimialgia reumática con anemia leve desde 2009 que se cree de etiología inflamatoria.

En 2015, a los 92 años, su médico de atención primaria detectó en un control de rutina una hemoglobina de 6,9 g/dl, se encontraba hemodinámicamente estable y sin sangrado macroscópico activo en ese momento. El paciente fue evaluado por la unidad de diagnóstico rápido de anemias de nuestro centro, donde fue diagnosticado de anemia ferropénica, rechazando cualquier procedimiento endoscópico como estudio, por lo que se decidió seguimiento clínico.

Dos años más tarde fue diagnosticado de fibrilación auricular, por lo que se decidió no someterse a terapia anticoagulante debido al antecedente de anemia y al riesgo de hemorragia.

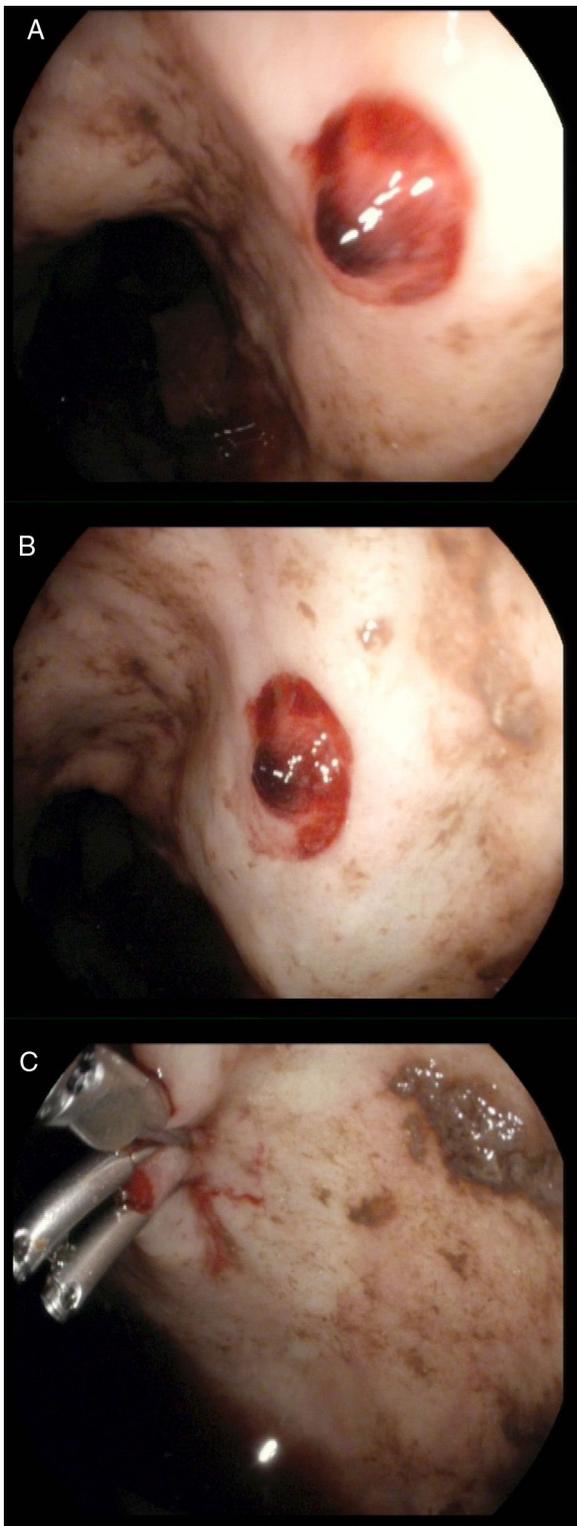
Acude al hospital tras 3 episodios de hematemesis, presenta taquicardia e hipotensión con palidez mucocutánea, tacto rectal sin melena. Se realizó un hemograma que mostraba hemoglobina de

8,9 g/dl (habitual de 11 g/dl), debido a la inestabilidad hemodinámica y al sangrado activo precisó la transfusión de un concentrado de sangre. Se inició un bolo de 80 mg de pantoprazol intravenoso, seguido de una perfusión continua del mismo fármaco. Se realizó una gastroduodenoscopia urgente que mostró sangre fresca en el fundus y una lesión vascular de 5 mm con signos de sangrado en la curvatura mayor compatible con una lesión de Dieulafoy (LD) (fig. 1A y B). Acto seguido se realizó una terapia combinada con 3 hemoclips (fig. 1C) e inyección de adrenalina que fue exitosa, 48 h después el paciente comenzó la tolerancia oral sin incidencias.

#### Discusión

La LD consiste en una alteración congénita de una arteria submucosa del tracto intestinal, anormalmente prominente y sinuosa que podría sangrar si se erosiona a través de una pequeña erosión de la mucosa (2-5 mm)<sup>1-3</sup>. No existe úlcera ni proceso inflamatorio alrededor del defecto mucoso<sup>3</sup>. Típicamente representa entre el 1-2% de las hemorragias agudas gastrointestinales<sup>1,3,4</sup>, y

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [o.mirallesresina@gmail.com](mailto:o.mirallesresina@gmail.com) (O. Miralles).



**Figura 1.** Imágenes tomadas durante la gastroscopia urgente. A) Lesión de Dieulafoy a unos 5 mm de la curvatura mayor del estómago. B) Lesión de Dieulafoy después de la administración de adrenalina. C) El sangrado en la lesión de Dieulafoy se detuvo tras la hemostasia con hemoclips y la inyección de adrenalina.

normalmente se encuentran en la curvatura menor del estómago<sup>2-5</sup> aunque puede aparecer en todo el tracto digestivo<sup>1</sup>. La hematemesis y las melenas son los síntomas más frecuentes<sup>4,5</sup>. Algunas series de casos han mostrado una mayor incidencia en hombres de entre 60 y 80 años<sup>1,4,5</sup>. La asociación fisiopatológica entre los antiinflamatorios no esteroideos y la LD es controvertida, sin embargo, un gran número de publicaciones no ha encontrado una relación causal entre las dos<sup>1,3,4</sup>. El principal procedimiento diagnóstico y terapéutico sigue siendo la endoscopia con una eficacia superior al 80%<sup>1,4,5</sup>. Identificar el origen de la hemorragia durante la endoscopia puede ser difícil, porque es complejo visualizar una lesión de la mucosa de pequeño tamaño si se encuentra oculta por la sangre o si el sangrado se detiene<sup>1,3,5</sup>.

Hasta donde sabemos, este es el primer caso en literatura de una LD gástrica en un hombre nonagenario. En este caso, probablemente, si el paciente se hubiese realizado el estudio endoscópico por su anemia años antes, este hubiese sido negativo, ya que la LD solo se puede localizar en el momento agudo, durante el sangrado o poco tiempo después del mismo. Por lo tanto, la LD debe formar parte del diagnóstico diferencial en la hemorragia digestiva alta con gastroscopia sin lesiones pero con restos de sangre en el estudio. En cuanto al tratamiento, la terapia endoscópica combinada (farmacológica y hemoclips o coagulación con plasma de argón) podría ser el método más eficaz para garantizar el control de la hemorragia<sup>5</sup>.

### Conclusión

- Una gastroscopia sin lesiones no descarta el diagnóstico de sangrado gastrointestinal superior agudo.
- Si se sospecha una lesión de Dieulafoy, se indicaría una segunda gastroscopia si la primera muestra restos de sangre pero ninguna lesión.
- No se ha encontrado asociación entre la lesión de Dieulafoy y los antiinflamatorios no esteroideos.
- La combinación de hemoclips y vasoconstrictores farmacológicos inyectados puede ser la mejor opción terapéutica.

### Autoría/colaboradores

OMR, DA, XD redactaron el manuscrito, y todos los autores contribuyeron sustancialmente a su revisión. OMR se responsabiliza del artículo de manera global.

### Bibliografía

1. 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;70:661–6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.crad.2015.02.005>.
2. Cui J, Huang L-Y, Liu Y-X, Song B, Yi L-Z, Xu N, et al. Efficacy of endoscopic therapy for gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion. *World J Gastroenterol*. 2011;17:1368–72. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v17.i10.1368>.
3. Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Tang S, Afonso BB, Rockey DC. Dieulafoy Lesions of the GI Tract: Localization and Therapeutic Outcomes. *Dig Dis Sci*. 2010;55:3436–41. <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-010-1385-0>.
4. Ciobanu L, Pascu O, Diaconu B, Matei D, Pojoga C, Tanțău M. Bleeding Dieulafoy's-like lesions of the gut identified by capsule endoscopy. *World J Gastroenterol*. 2013;19:4823–6. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v19.i29.4823>.
5. Gómez V, Kyanam Kabir Baig K, Lukens F, Woodward T. Novel treatment of a gastric Dieulafoy lesion with an over-the-scope clip. *Endoscopy*. 2013;45(S 02). <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1326073>. E71-E71.