

# Reporte de Caso: Hemorragia digestiva alta – Lesión de Dieulafoy de duodeno.

*Case report: Upper gastrointestinal bleeding – Dieulafoy's lesion of duodenum.*

\**Cynthia Patricia Verdecchia-Insfran*<sup>1</sup>

\*\**Hernando Raúl Cardozo-Arias*<sup>1</sup>

*1. Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay*

### RESUMEN

La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta aproximadamente 2%, la ubicación extra gástrica en este caso la duodenal es rara y de difícil diagnóstico, manejo y tratamiento. Se describe el caso de una paciente de sexo femenino de 79 años de edad con hemorragia digestiva alta recurrente por lesión vascular tipo dieulafoy en 3era porción del duodeno cara posterior.

**Palabras Clave:** Lesión de Dieulafoy, Hemorragia digestiva alta.

### ABSTRACT

Dieulafoy's lesion is a rare cause of approximately 2% upper gastrointestinal bleeding, the extra gastric location in this case the duodenal is rare and difficult to diagnose, manage and treat. We describe the clinical case of a 79-year-old female patient with recurrent upper gastrointestinal hemorrhage due to Dieulafoy's lesion in the third part of the posterior wall of the duodenum.

**Keywords:** Dieulafoy's lesion, Uppergastrointestinal bleeding

### INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy (LD) es una de las causas de hemorragia digestiva alta oculta, que puede ser potencialmente mortal y representa el 0,1% de las hemorragias agudas<sup>(1)</sup>. La mayoría de LD se encuentra en el estómago, dentro de los 6 cm de la unión gastroesofágica; su localización extra gástrica es rara, y en este caso, la ubicación más frecuente es la duodenal<sup>(2)</sup>. La falta de conocimiento acerca de la lesión de Dieulafoy aumenta la morbilidad y mortalidad de los pacientes que la padecen.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 79 años de edad que ingresa al servicio por urgencias por cuadro de 12 horas de evolución de heces de coloración negruzca, fétida en varias oportunidades en gran cantidad (melena) que van acompañados de mareos, nie-

ga otra sintomatología. Refiere cuadros similares anteriores en 2 oportunidades que requirieron internación, la primera con resolución espontánea y la otra resuelta con tratamiento endoscópico (inyección de agentes vasoconstrictores).

Al examen físico se constata una presión arterial de 110/70mmHg, con una frecuencia cardíaca de 86 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 20 por minuto, temperatura de 36,5°C y unas saturación de oxígeno de 98% con aire ambiente. Se realiza tacto rectal y se encuentra el esfínter normotónico, paredes lisas, no se constatan hemorroides, fondo de saco no doloroso, y se extrae heces negruzcas por guante.

La analítica inicial revela hemoglobina de 6,1 g/dl, hematocrito 20%, glóbulos blancos 7500/mm<sup>3</sup> con 53% de neutrófilos, urea de 33 mg/dl y creatinina 0,76 mg/dl. Se decide transfundir 2 volúmenes de glóbulos rojos concentrado y uno de plasma fresco congelado. Posterior a la transfusión retorna una hemoglobina de 4,9 g/dl por lo que nuevamente decide transfundir 2 volúmenes de glóbulos rojos concentrado y uno de plasma fresco congelado, y antes la persistencia de la anemia se decide realizar endoscopia digestiva alta.

Durante la realización de la endoscopia se constata lesión vascular tipo Dieulafoy, con una hemorragia activa forrest IA. Se procede a la inyección de agentes vasoconstrictores a nivel de la lesión sin resultado favorable por lo que se decide tratamiento quirúrgico.

Se realiza una laparotomía explorada, con enterotomía bajo visión endoscópica, rafia de vaso visible en cara posterior de la tercera porción de duodeno mas yeyunostomía a lo Witzel y de deja un drenaje multilumen en lecho operatorio.


Presente un postoperatorio sin eventualidades en sala común y egresa al quinto día sin complicaciones.

\* Residente de Cirugía General. Hospital Militar Central de las FFAA. Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay

\*\* Médico de Planta. Hospital Militar Central de las FFAA. Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay

**Autor correspondiente:** Dr. Hernando Raúl Cardozo Arias - Correo electrónico: [raulcardozoarias@gmail.com](mailto:raulcardozoarias@gmail.com) - Dirección: Servicio de Cirugía General. Hospital Militar Central de las FFAA. Don Bosco 745, Asunción

Fecha de recepción: 07/10/2020 - Fecha de aprobación: 20/07/2021

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

## DISCUSIÓN

La LD constituye menos del 2% de hemorragia digestiva aguda.<sup>3</sup> Normalmente se presenta en adultos y es dos veces más común en hombres que en mujeres. Rara vez se detecta en niños menores de 15 años de edad<sup>(4)</sup>. Aproximadamente entre el 75% y el 95% de estas lesiones se encuentran dentro de los 6cm proximales por debajo de la unión gastroesofágica con predominio en la curvatura menor, el restante 5% corresponde a lesiones extraesofágicas localizadas en el esófago, duodeno, yeyuno, colon y recto. Es de patogénesis desconocida, y actualmente se cree que la lesión de Dieulafoy puede representar una malformación vascular congénita<sup>(1,5)</sup>.

La presentación clínica es de forma aguda con hemorragia masiva y en algunos casos recurrentes, los síntomas más fre-

cuentes son hematemesis, melena, hematoquezia.

La endoscopia inicial es eficaz en el diagnóstico de hasta 70% de los pacientes; sin embargo, se pueden requerir varias sesiones, incluso aproximadamente el 6% de los pacientes requieren tres o más para establecer el diagnóstico<sup>(1)</sup>. La falta de éxito terapéutico de la endoscopia inicial puede obedecer a la excesiva cantidad de sangre, coágulos y/o lesiones sutiles.

### Declaración de contribución de autores

Ambos autores participaron de la búsqueda de la información, redacción del borrador, revisión del manuscrito y aprobación final del mismo. Ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

---

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baxter M. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92(7):548-554
2. Ibrarullah M, and Waghlikar GD. Dieulafoy's lesion of duodenum: a case report. *BMC Gastroenterology.* 2003, 31(3):2.
3. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. et al. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 762 - 7.
4. Chaer R, Helton WS. Dieulafoy's disease. *Am Coll Surg.* 2003;196:290-6.
5. Avlan D, Nayci A, Altintas E. *An unusual cause for massive upper gastrointestinal bleeding in children: Dieulafoy's lesion.* *Pediatr Surg Int.* 2005; 21(5):417-418.