

INTRODUCCIÓN

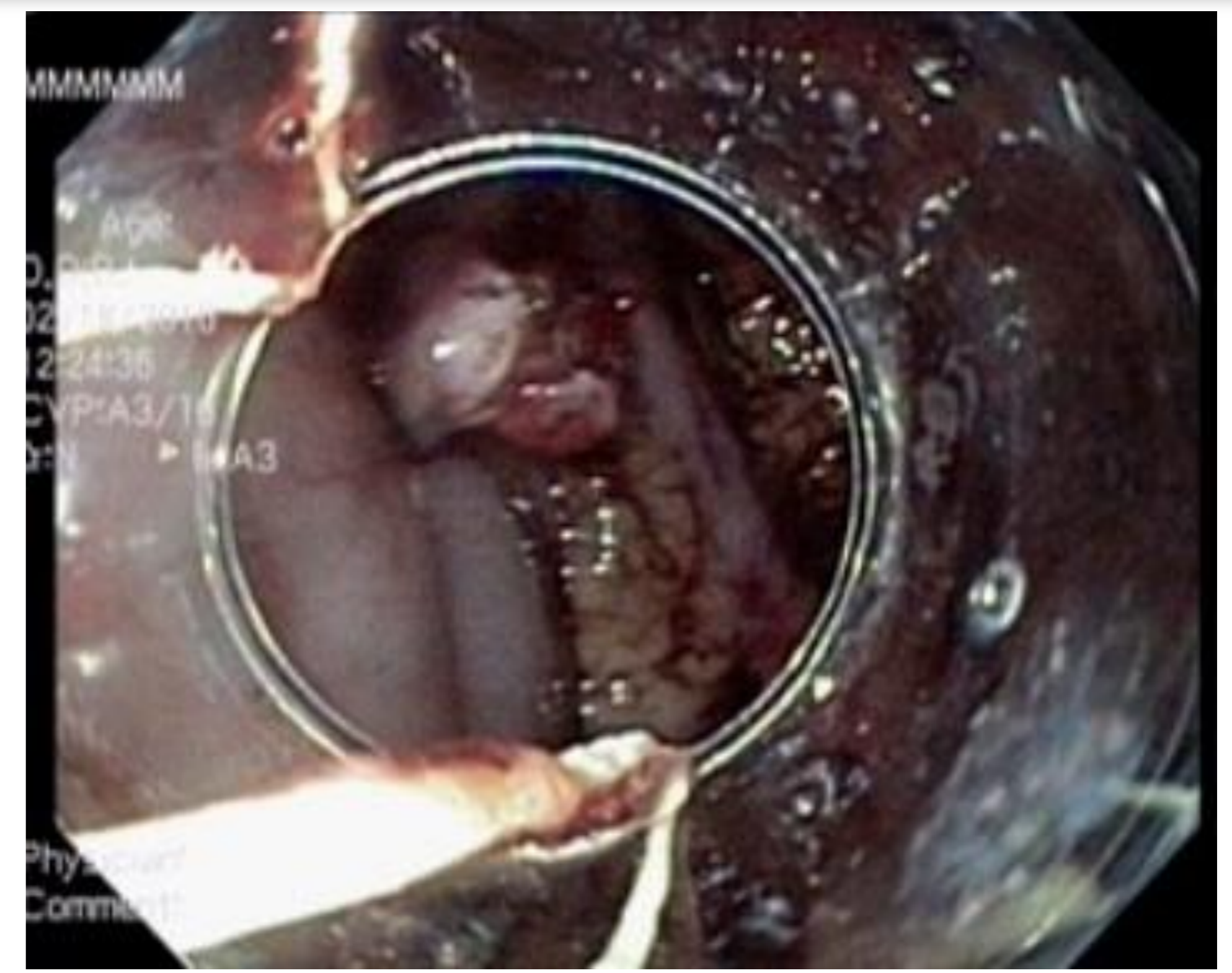
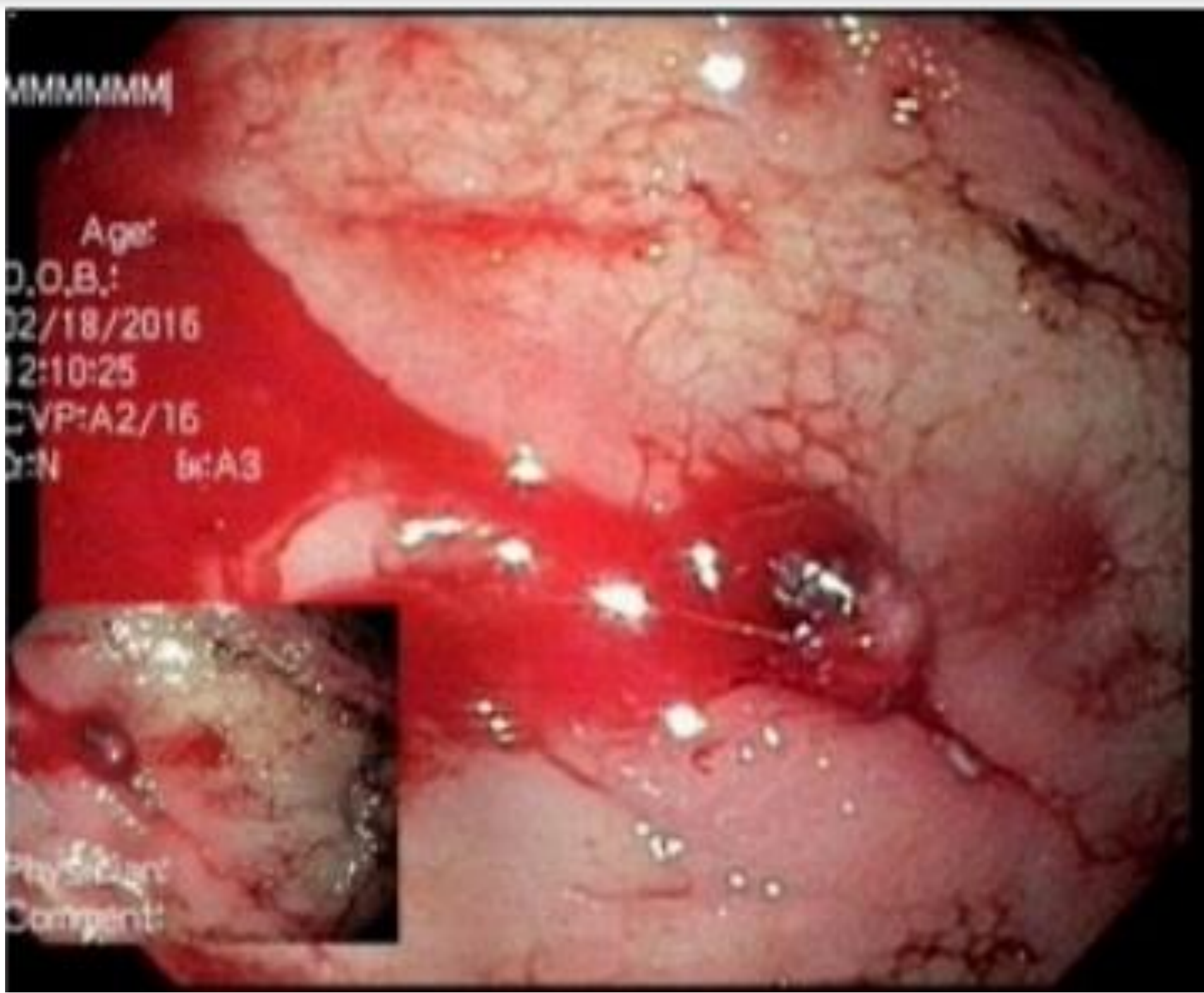
La lesión de Dieulafoy es una entidad rara, pero bien conocida¹, consistente en la formación de un vaso submucoso aberrante que se encuentra en estrecho contacto con la mucosa gastrointestinal², lo cual la expone dando pie a sangrados intestinales masivos. La mayoría de las lesiones están ubicadas en el estómago proximal, pero también se puede observar en otras ubicaciones como esófago, intestino grueso y delgado, y recto.³

Su diagnóstico usualmente es un reto para el clínico, dado que corresponde a menos del 2% de las causas de sangrado gastrointestinal⁴, y frecuentemente se confunde con malformaciones arteriovenosas, aneurismas o síndrome de Mallory Weiss, además las lesiones pueden ser pequeñas o presentar sangrados intermitentes,⁵ que pueden ser desencadenados por el uso de anticoagulantes, AINES, y menos frecuente por sepsis, compromiso cardiovascular, falla renal o malignidad.⁶

Por otra parte, el dengue es una enfermedad febril transmitida por vectores, común en Colombia, con un amplio espectro de manifestaciones que van desde síntomas constitucionales leves hasta el compromiso multisistémico. Las complicaciones más severas están dadas por la fuga capilar que puede generar derrame pleural, pericárdico y ascitis, lo cual genera shock hipovolémico en el paciente si no tiene atención oportuna.⁷

El interés del reporte de este caso es exponer la coexistencia de dos entidades potencialmente mortales, y sensibilizar acerca de la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz.

IMÁGENES



DESCRIPCIÓN DEL CASO

Preadolescente de 10 años, sin antecedentes relevantes, que ingresa por cuadro de 3 días de fiebre, dolor abdominal y síntomas constitucionales acompañados posteriormente de hematemesis en múltiples ocasiones y epistaxis por lo cual es remitida desde primer nivel. Al ingreso, con signos vitales: Frecuencia cardiaca 136 latidos por minuto, tensión arterial 98/35mmHg, y al examen físico presencia de soplo sistólico grado III/VI en foco pulmonar, dolor abdominal a la palpación generalizada y pulsos disminuidos en intensidad con llenado capilar de 3 segundos. Dado lo anterior, se inicia reanimación hídrica con bolos de Solución salina a 20 cc/Kg, se toman paraclínicos iniciales encontrando hemoglobina de 6.0gr/dl y prueba para virus del dengue positiva. Ante la persistencia de hematemesis y melenas se inicia infusión de octreotide, y se lleva a realización de endoscopia de vías digestivas altas en la cual encuentran abundantes coágulos de sangre adheridos afondo, y en la mucosa de fondo una lesión con sangrado activo compatible con una lesión de Dieulafoy, inicialmente se hace escleroterapia con adrenalina y AAN, con persistencia del sangrado por lo cual se liga la lesión con dos bandas controlando el sangrado.

La paciente es trasladada a unidad de cuidado intensivo pediátrico, donde requiere múltiples transfusiones de hemoderivados, quedando con hemoglobina de 12,7 gr/dl. Por evidencia hipotensión e hipoperfusión se inicia soporte vasopresor. Posteriormente se observa caída dramática de la hemoglobina a 5.8mg/dl, por lo cual es llevada nuevamente a endoscopia de vías digestivas altas donde no encuentran sangrado activo. La evolución de la paciente en los siguientes dos días es desfavorable, persiste con sangrado activo secundario a coagulopatía documentada e tromboelastograma, pese a recibir terapia transfusional dirigida a sangrado masivo, con shock mixto (distributivo, cardiogénico e hipovolémico), falla hepática fulminante secundario a dengue, falla renal y SDRA. Presenta además signos de fuga capilar a nivel pericárdico, pleural y abdominal, complicado con síndrome compartimental, para lo cual requirió paracentesis y múltiples drenajes. Posteriormente presenta signos de disfunción miocárdica, y arresto cardiaco con actividad eléctrica sin pulso, se inicia reanimación avanzada que se extiende por 15 minutos sin obtener respuesta, encontrando pupilas midriáticas fijas por lo que se declara muerte de la paciente y se suspenden maniobras.

DISCUSIÓN

La lesión de Dieulafoy fue descrita en 1884 por un cirujano francés que la describió como ulceración simple, su ubicación es de predominio en la curvatura menor del estómago dentro de los 6 a 10cm proximales a al unión gastroesofágica. Las características de la lesión la hace potencialmente fatal, debido al sangrado profuso y recurrente.

La mayoría de los paciente debutan con melenas seguidos de hematemesis y hematoquezia, similar al caso descrito. Un tercio de los pacientes afectados se presentaran con anemia, entre los desencadenantes pueden estar el consumo de medicamentos gastrolesivos. Sin embargo puede presentarse en pacientes sin ningún antecedente como el caso presentado.

Las dificultades en su diagnostico, ensombrecen el pronostico dado que es un reto para el clínico y el tratante, dado lo anterior ha sido difícil la determinación de la incidencia en la población.

La lesión de Dieulafoy tiene varias formas de tratamiento ya sea con manejo local con coagulación, aplicación de vasoconstrictor local o colocación de bandas por via endoscópica, manejo múltiple que recibió la paciente del caso descrito.

La comorbilidad con una patología como el dengue exacerba las posibilidades de sangrado dado que su fisiopatología conlleva la fuga capilar y la posibilidad de choque asociado lo cual es uno de los desencadenantes establecidos para el compromiso en esta patología. Dado que es una patología rara de presentación indeterminada con una clínica bizarra y más en la edad pediátrica, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en los pacientes con sangrados gastrointestinales. Solo con un alto índice de sospecha y el manejo adecuado se puede prevenir la morbimortalidad asociada a esta malformación anatómica.

BIBLIOGRAFÍA
1. Yang-Yuan Chen, MD, Maw-Soan Soon, MD, Hsu-Heng Yen M. Delayed Fatal Hemorrhage after Endoscopic Band Ligation for Gastric Dieulafoy's Lesion. 4-6 (2005).
2. Chandane PG, Javia M. Enteric Fever Presenting as Hemorrhagic Shock due to Bleeding from Dieulafoy's Lesion. Indian J Pediatr. 2016;83(10):1200-1202. doi:10.1007/s12098-016-2093-3.
3. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. Gastrointest Endosc. 1999;50(6):762-767. doi:10.1016/S0016-5107(99)70155-0.
4. Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Tang SJ, Afonso BB, Rockey DC. Dieulafoy lesions of the GI tract: Localization and therapeutic outcomes. Dig Dis Sci. 2010;55(12):3436-3441. doi:10.1007/s10620-010-1385-0.
5. 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(6):661-666. doi:10.1016/j.crad.2015.02.005.
6. R. S. W, Y.-T. L, J. J. Y. S. Dieulafoy's lesion: A case series study. World J Gastroenterol. 2005;11(23):3574-3577. <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L40903516%5Cnhttp://stx.aub.aau.dk/sfxaub?sid=EMBASE&issn=1079327&id=doi&atitle=Dieulafoy's+lesion:+A+case+series+study&title=World+J+Gastroenterol.&title=World+Journal+of+Gastr>
7. Jagdish Prasad M, Mohammad Jamsheed Ahmed M, Siripen Kalayanaraj M. National guidelines for clinical management of dengue fever. 2015.