

# Abordaje laparoscópico de hemorragia digestiva secundaria a lesión de Dieulafoy yeyunal

## Laparoscopic treatment in gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion

María Alfonso-García\*, Carla Soldevila-Verdaguer, Ester Ferrer-Inaebnit, Juan J. Segura-Sampedro y Francesc X. González-Argente

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

### Resumen

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente de hemorragia digestiva, producida por la erosión de vasos aberrantes en la submucosa, habitualmente gástrica. La localización yeyunal es inusual. Su diagnóstico es complicado por la característica intermitente del sangrado, recomendándose inicialmente el abordaje endoscópico. Se trata de una situación excepcional que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva. Puede producirse una hemorragia masiva que comprometa la vida del paciente. Es recomendable un manejo endoscópico/radiológico inicial; el abordaje quirúrgico se reserva para hemorragias refractarias a los tratamientos menos invasivos.

**Palabras clave:** Lesión de Dieulafoy. Hemorragia digestiva alta. Laparoscopia exploradora.

### Abstract

Dieulafoy's lesion is a rare cause of gastrointestinal bleeding. Produced by the erosion of aberrant vessels in the submucosa, usually at the gastric level. The jejunal location is unusual. Its diagnosis is complicated by the intermittent characteristic of bleeding, initially recommending the endoscopic approach. It is an unusual entity that must be taken into account in the differential diagnosis of gastrointestinal bleeding. Massive bleeding can occur, compromising the life of the patient. Initial endoscopic/radiological management is recommended, reserving the surgical approach for refractory bleeding for less invasive treatments.

**Key words:** Dieulafoy's lesion. Upper gastrointestinal bleeding. Exploratory laparoscopy.

## Introducción

La lesión de Dieulafoy es una patología poco común que se produce por la erosión de vasos aberrantes en la submucosa del tubo digestivo, provocando

hemorragias digestivas de carácter intermitente y que, en ocasiones, pueden llegar a comprometer la estabilidad hemodinámica del paciente. Se da con más frecuencia en la curvatura menor del estómago, cerca de la unión gastroesofágica. A pesar de que el 71% de los casos de lesión de Dieulafoy se han descrito

### Correspondencia:

\*María Alfonso-García

Ctra. de Valldemossa 79

C.P. 07010, Palma de Mallorca, Illes Balears, España

E-mail: maria.alfonsogarcia@ssib.es

Fecha de recepción: 05-01-2021

Fecha de aceptación: 29-01-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000009

Cir Cir. 2021;89(S2):22-25

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

a nivel gástrico, también se han reportado lesiones en otras localizaciones: el 15% en el duodeno, el 8% en el esófago y el 6% en el intestino delgado restante y el colon<sup>1</sup>.

Su etiología es desconocida y su diagnóstico resulta complejo. Es más habitual en los varones en la quinta década de la vida, sobre todo en aquellos con comorbilidad como hipertensión arterial, enfermedad renal crónica o diabetes<sup>1,2</sup>. Se ha relacionado con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos y antiagregantes plaquetarios, pero no se ha podido establecer una relación causal directa con el consumo de alcohol y tabaco.

La manifestación clínica habitual es en forma de hematemesis y melenas que se presentan de forma intermitente y abundante, llegando a provocar inestabilidad hemodinámica del paciente, lo que requiere un diagnóstico precoz y un manejo rápido<sup>3</sup>.

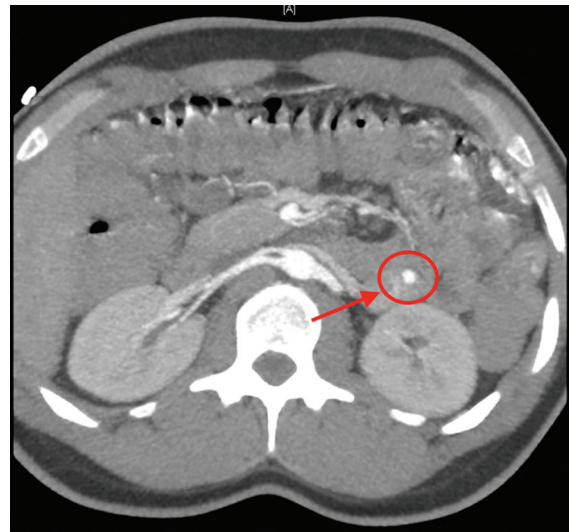
A pesar de los avances en las diferentes modalidades diagnósticas y terapéuticas, tanto endoscópicas como radiológicas, la localización del punto de sangrado es compleja.

La endoscopia es la técnica diagnóstica y terapéutica de elección, y la que se recomienda en primer lugar, principalmente en el momento agudo del sangrado, ya que, en este caso, se hallará el punto de sangrado y, a diferencia de lo que ocurre en las hemorragias digestivas secundarias a úlceras pépticas, no habrá evidencia de úlceras ni de lesiones circundantes. La tasa de recurrencia en los casos de enfermedad de Dieulafoy yeyunal con manejo endoscópico es del 12.5-20%<sup>3</sup>.

En ocasiones, la ecoendoscopia puede resultar de utilidad para confirmar el diagnóstico, ya que permite visualizar el vaso aberrante. Asimismo, se pueden emplear diferentes técnicas hemostáticas endoscópicas, como la inyección de epinefrina, la colocación de hemoclips e incluso la ligadura con bandas, aunque esta última se ha relacionado con perforación y con hemorragia digestiva secundaria a la úlcera que se produce tras la caída de la banda<sup>4</sup>.

Ante resangrados se puede plantear un nuevo abordaje endoscópico, angioembolización o, incluso, un abordaje quirúrgico con resección de la lesión.

La principal técnica empleada en las hemorragias digestivas de intestino delgado es la enteroscopia guiada con balón. Esta técnica tiene sus limitaciones, ya que únicamente explora un pequeño segmento del intestino delgado y veces no es posible aplicar ninguna técnica terapéutica<sup>5</sup>.



**Figura 1.** Opacificación focal nodular de contraste en la fase arterial de 6.5 mm a nivel mural endoluminal de un asa de yeyuno proximal.

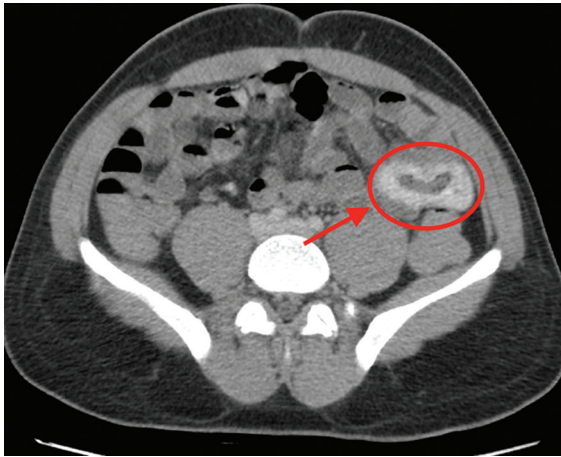
La resección intestinal es el último recurso terapéutico y se emplea en caso de hemorragias digestivas que no se pueden controlar con un manejo más conservador o en las que no se identifica un punto claro de sangrado, en ocasiones englobando la resección intestinal del segmento afecto<sup>4,6,7</sup>.

## Caso clínico

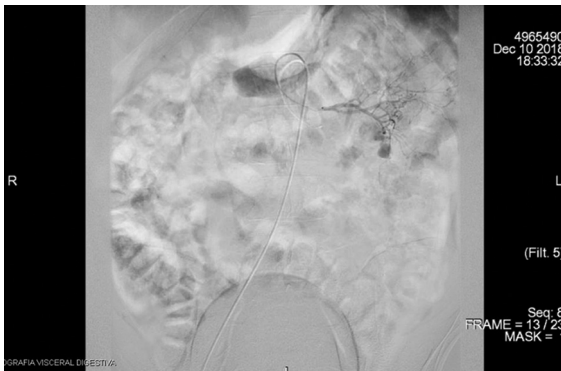
Varón de 35 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias tras un episodio de rectorragia abundante, con frecuencia cardíaca de 63 latidos por minuto, presión arterial de 97/54 mmHg y hemoglobina de 12.80 g/dl. En primer lugar se realizó una gastroscopia, en la que se identificaron restos hemáticos en la cavidad gástrica, sin evidencia de lesiones sangrantes.

Ante la persistencia de las rectorragias abundantes que comprometían la estabilidad hemodinámica del paciente (120 latidos por minuto, 80/40 mmHg) y que requirieron la transfusión de 11 concentrados de hematíes, se realizó una angiografía por tomografía computarizada (Figs. 1 y 2), que mostró signos de sangrado activo en una lesión tumoral en el yeyuno medio. Se realizó embolización de la arteria dependiente de la arteria yeyunal por parte de radiología intervencionista (Fig. 3), inicialmente con éxito, y el paciente pasó a la unidad de reanimación posquirúrgica, sin precisar fármacos vasoactivos en ningún momento.

A las 72 horas presentó un nuevo episodio de rectorragia, asociando hipotensión arterial y taquicardia,



**Figura 2.** En la fase tardía se observa una acumulación de contraste endoluminal en las asas de yeyuno segmentarias.



**Figura 3.** Arteriografía en la que se observa un sangrado arterial agudo de alto flujo en topografía yeyunal.

y en esta ocasión se optó por un abordaje quirúrgico. Se indicó una laparoscopia exploradora, en la que se localizó el segmento intestinal compatible con la lesión mostrada por la prueba de imagen. Se realizó una resección oncológica de 28 cm de yeyuno con anastomosis primaria yeyuno-yeyunal mecánica anisoperistáltica (Fig. 4). El resultado anatomopatológico no corroboró el diagnóstico radiológico y evidenció una lesión de Dieulafoy. El tratamiento quirúrgico fue exitoso, sin que el paciente haya mostrado nuevos signos de hemorragia.

## Conclusiones

La lesión de Dieulafoy es poco habitual, pero no por ello hay que dejar de considerarla en el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva. En caso de que sea posible, se recomienda el manejo mediante



**Figura 4.** Lesión violácea en el segmento yeyunal que posteriormente se resecó.

técnicas radiológicas o endoscópicas. El tratamiento quirúrgico conlleva en muchas ocasiones cirugías abiertas y resecciones intestinales segmentarias, y por este motivo quedaría relegado para aquellas hemorragias digestivas refractarias a los tratamientos menos invasivos.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

## Financiamiento

No ha habido financiamiento para el desarrollo del presente artículo por parte de ninguno de los autores.

## 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.
2. Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Rockey DC. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes. *Dig Dis Sci*. 2010;55:3436-41.
3. Yilmaz TU, Kozan R. Duodenal and jejunal Dieulafoy's lesions: optimal management. *Clin Exp Gastroenterol*. 2017;10:275-83.
4. Nojkov B, Cappell MS. Gastrointestinal bleeding from Dieulafoy's lesion: clinical presentation, endoscopic findings, and endoscopic therapy. *World J Gastrointest Endosc*. 2015;7:295-307.
5. Dulic-Lakovic E, Dulic M, Hubner D, Fuchssteiner H, Pachofszky T, Stadler B, et al. Bleeding lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of endoscopic treatment. *Gastrointest Endosc*. 2011;74:573-80.
6. Lee YT, Walmsley RS, Leong RWL, Sung JJ. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:236-43.
7. Chang MA, Savides TJ. Endoscopic management of nonvariceal, nonulcer upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018;28:291-306.