

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V.F Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Lesión de Dieulafoy

¿QUÉ ES LA LESIÓN DE DIEULAFOY?

La lesión de Dieulafoy es una malformación vascular del tubo que toma su nombre de George Dieulafoy, un cirujano francés que realizó su primera descripción completa en 1898. También puede existir, aunque de forma excepcional, en otras localizaciones como el tracto respiratorio. Se trata de una arteria que discurre muy próxima a la mucosa (pared interna que recubre el tubo digestivo) y que presenta un calibre entre 10 y 30 veces mayor de lo habitual. Se cree que está presente desde el momento del nacimiento. Puede localizarse en cualquier parte del tubo digestivo, siendo la más habitual el estómago y, más concretamente, la zona cercana a la unión de este con el esófago.

¿QUÉ SÍNTOMAS OCASIONA Y POR QUÉ APARECEN?

Se manifiesta en forma de hemorragia debido a la rotura de la arteria antes citada. El sangrado, cuando tiene su origen en el tubo digestivo, se podrá manifestar en forma de hematemesis (vómito con sangre o aspecto de «posos de café»), melenas (deposiciones negras como el alquitrán), hematoquecia (deposiciones negras con fondo rojizo) o rectorragia (deposiciones con sangre «fresca»). La hemorragia se presenta típicamente de manera aguda, suele ceder de forma espontánea aunque puede volver a aparecer e incluso hacerlo de forma masiva.

No se conoce con exactitud la causa de la rotura de la arteria. Se sabe que se produce una mínima erosión de la mucosa que la recubre, esta erosión podría aparecer por 3 motivos: atrofia (adelgazamiento) de la mucosa, isquemia (falta de riego sanguíneo) de esta o trombosis (oclusión por un coágulo) de la arteria.

¿ES MUY FRECUENTE? ¿QUÉ PERSONAS TIENEN MÁS RIESGO DE PADECERLA?

Esta lesión es una causa poco frecuente de sangrado digestivo, representando aproximadamente el 1,5% de todos los casos. Es más común en ancianos, personas que padecen varias enfermedades y pacientes hospitalizados. Es el doble de frecuente en hombres que en mujeres. También se cree que las personas que toman antiinflamatorios no esteroideos, antiagregantes (ácido acetilsalicílico, clopidogrel, etc.) o anticoagulantes (Sintrom®) podrían tener más riesgo de sufrir una hemorragia por esta lesión.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La prueba fundamental diagnóstica es la endoscopia digestiva convencional (la gastroscopia que explora el esófago, el estómago y el duodeno y la colonoscopia que explora el intestino grueso). Con la endoscopia podremos visualizar el sangrado arterial (pulsátil) de la lesión de Dieulafoy y, característicamente, no se apreciará ninguna úlcera ni lesión en forma de masa. Por otro lado, si no existe un sangrado activo en el momento de

hacer la endoscopia, puede pasar desapercibida (lo que podría suceder hasta en el 30% de los casos). Cuando la lesión está localizada en el intestino delgado, otras técnicas endoscópicas como la cápsula endoscopia o la enteroscopia pueden ayudar a diagnosticarla. También la ecoendoscopia (técnica que combina la endoscopia con la ecografía) podría ser útil para confirmar este diagnóstico.

Cuando las técnicas endoscópicas no consiguen demostrar la lesión responsable del sangrado, la angiografía convencional (inyección de una sustancia que dibuja los vasos sanguíneos en una radiografía) o asociada a la TAC (en este caso se utiliza un escáner para la visualización de estos vasos) podrían ayudar a identificar la causa de la hemorragia.

¿CÓMO SE TRATA?

La endoscopia digestiva permite además aplicar diferentes modalidades de tratamiento para lograr frenar el sangrado en la lesión de Dieulafoy. Se considera la técnica de elección para intentar parar la hemorragia, siendo efectiva en el 90% de los casos. Para conseguirlo, se pueden emplear métodos térmicos (empleando corriente eléctrica o gas argón para coagular el vaso sangrante), de inyección (utilizando sustancias como la adrenalina) o mecánicos (con la utilización de bandas elásticas o clips). Ninguno de estos es claramente superior al otro, por lo que su empleo dependerá de la disponibilidad y de la experiencia o preferencia del endoscopista. Se recomienda la combinación de dos de estos métodos. El riesgo de que vuelva a aparecer la hemorragia después del tratamiento endoscópico puede ser elevado y varía entre un 9 y un 40%. En estos casos, es posible volver a utilizar la endoscopia para intentar controlarlo o bien, utilizar otra opción de tratamiento. Dentro de estas alternativas que se utilizan cuando la endoscopia fracasa se encuentra la angiografía. Mediante esta técnica es posible embolizar aquellos que están sangrando (impedir que fluya la sangre a su través).

Cuando esta opción terapéutica no logra controlar la hemorragia, se debe recurrir a la cirugía convencional o laparoscópica. En el caso de que se opte por la laparoscopia, la endoscopia digestiva podrá ayudar a localizar la lesión (con la colocación de clips o la inyección de sustancias colorantes), lo que facilitará el tratamiento quirúrgico. Este, habitualmente, consiste en la sutura del vaso sangrante o la resección de la zona donde se sitúa esta lesión.

¿CUÁL ES SU PRONÓSTICO?

Con la aparición de la endoscopia digestiva y los avances realizados en ese campo, ha disminuido significativamente la mortalidad relacionada con esta patología, que ha pasado de un 80 a un 8% de los casos.

Alejandro Ledo Rodríguez y Luis Ledo Barro

Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra

