

## Informe breve

### **Lesión de Dieulafoy: Revisión de la literatura y reporte de un caso clínico en unidad de cuidados intensivos.**

### **Dieulafoy's lesion: Literature review and case report in an intensive care unit.**

**Autores:** Codutti, Graciana C<sup>1</sup>; Cuartero, Martina\*<sup>1</sup>; Roman, Victoria<sup>2</sup>; Sheridan, Alejandra<sup>2</sup>; Ruiz, Vicente G<sup>2</sup>; Karatanasopuloz, Ricardo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Estudiante de Medicina. Asignatura: Cirugía. Práctica Final Obligatoria. Facultad de Medicina, UNNE.

<sup>2</sup>Residencia Servicio Terapia Intensiva. Hospital José Ramon Vidal. Corrientes Capital. Argentina.

<sup>3</sup>Docente tutor metodológico y de contenido. Médico especialista en Terapia Intensiva. Médico de planta. Servicio Terapia Intensiva. Hospital José Ramon Vidal. Corrientes Capital. Argentina.

**Contacto:** [martina.cuartero26@gmail.com](mailto:martina.cuartero26@gmail.com)

Fecha de envío: 14/10/2025

Fecha de aceptación: 21/11/2025

Título abreviado: **Lesión de Dieulafoy**

## RESUMEN

La lesión de Dieulafoy es una causa infrecuente pero potencialmente grave de hemorragia digestiva alta, caracterizada por una arteria submucosa de calibre persistente que erosiona la mucosa gastrointestinal sin presencia de úlcera asociada. Representa entre el 2–8% de las causas de Hemorragia Digestiva Alta y suele manifestarse con hematemesis, melena o hematoquecia, siendo el sangrado típicamente arterial y severo. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia digestiva alta durante el episodio activo, aunque puede requerir estudios repetidos o complementarios como angiografía. El tratamiento de primera línea es endoscópico, destacando la colocación de clips hemostáticos y la inyección de adrenalina. En casos refractarios o inestables, se recurre a la cirugía como medida definitiva. Presentamos el caso de un paciente masculino de 49 años con antecedentes de alcoholismo y úlcera gástrica, quien ingresó en estado de shock hipovolémico por Hemorragia Digestiva Alta severa. Durante su internación en unidad de cuidados intensivos, se identificó una lesión de Dieulafoy en curvatura menor gástrica mediante endoscopia, la cual no respondió completamente a manejo endoscópico. Se realizó intervención quirúrgica con gastrostomía y puntos hemostáticos directos, con evolución posterior inestable pero favorable. Este caso destaca la importancia del diagnóstico precoz, la sospecha clínica en contextos de sangrado activo severo sin úlcera evidente, y el abordaje multidisciplinario en escenarios críticos.

**Palabras clave:** Hemorragia digestiva alta, endoscopia, cirugía de urgencia, sangrado.

## ABSTRACT

Dieulafoy's lesion is an uncommon but potentially life-threatening cause of upper gastrointestinal bleeding, characterized by a persistently large-caliber submucosal artery that erodes the gastrointestinal mucosa in the absence of an associated ulcer. It accounts for approximately 2–8% of upper gastrointestinal bleeding cases and usually presents with hematemesis, melena, or hematochezia, with bleeding typically being arterial and severe. Diagnosis is made through upper gastrointestinal endoscopy during active bleeding episodes, although repeated or complementary studies such as angiography may be required. First-line treatment is endoscopic, with hemostatic clip placement and adrenaline injection being the main techniques. In refractory or unstable cases, surgery is performed as a definitive measure. We present the case of a 49-year-old male patient with a history of alcoholism and gastric ulcer who was admitted in hypovolemic shock due to severe upper gastrointestinal bleeding. During his stay in the intensive care unit, a Dieulafoy lesion was identified on the lesser curvature of the stomach via endoscopy, which did not fully respond to endoscopic management. Surgical intervention was performed, including gastrostomy and direct hemostatic sutures, with an initially unstable but ultimately favorable clinical outcome. This case highlights the importance of early diagnosis, high clinical suspicion in severe active bleeding without visible ulcer, and a multidisciplinary approach in critical care settings.

**Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, Endoscopy, Emergency surgery, Bleeding.

## RESUMO

A lesão de Dieulafoy é uma causa rara, porém potencialmente grave, de hemorragia digestiva alta, caracterizada por uma artéria submucosa de grande calibre persistente que erosiona a mucosa gastrointestinal na ausência de úlcera associada. Representa cerca de 2–8% das causas de Hemorragia Digestiva Alta e costuma se manifestar com hematêmese, melena ou hematoquezia, sendo o sangramento tipicamente arterial e intenso. O diagnóstico é realizado por endoscopia digestiva alta durante o episódio ativo, embora possam ser necessários exames repetidos ou complementares, como a angiografia. O tratamento de primeira linha é endoscópico, com destaque para a colocação de clipes hemostáticos e a injeção de adrenalina. Em casos refratários ou com instabilidade hemodinâmica, recorre-se à cirurgia como medida definitiva. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, 49 anos, com antecedentes de alcoolismo e úlcera gástrica, que foi internado em choque hipovolêmico devido a Hemorragia Digestiva Alta grave. Durante a internação na unidade de terapia intensiva, foi identificada uma lesão de Dieulafoy na curvatura menor do estômago por endoscopia, sem resposta completa ao tratamento endoscópico. Foi realizada intervenção cirúrgica com gastrostomia e pontos hemostáticos diretos, com evolução inicialmente instável, porém favorável. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce, da suspeita clínica diante de sangramento ativo severo sem úlcera evidente e da abordagem multidisciplinar em cenários críticos.

**Palavras chave:** Hemorragia digestiva alta, Endoscopia, Cirurgia de urgência, Sangrado.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 49 años, ex tabaquista y etinolista oriundo de Corrientes, Argentina, ingresó presentando úlcera gástrica, desgarro de Mallory Weis hace 2 años, que requirió internación en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital José Ramón Vidal, Corrientes por 6 días, siendo dado de alta y pasó a sala de Clínica Médica cursando interacción de 2 semanas, dado de alta por gastroenterología por resolución completa del cuadro clínico. Durante un año siguió tratamiento higiénico dietético, buen estado general. Familiar refiere que en los últimos meses no siguió el régimen

dietario y comienza a consumir bebidas alcohólicas los fines de semanas. El 10/06/25 es traído a Emergencias de el mismo Hospital, por presentar hemorragia digestiva alta con hematemesis, de gran cantidad, previos vómitos alimentarios, e hipotensión. Se interna para estudio y tratamiento oportuno.

Al transcurrir las horas, presenta lipotimia y debilidad para incorporarse, por lo que es internado en UTI. Ingresa en decúbito dorsal, vigil, lúcido, ventilando espontáneamente con máscara de oxígeno a bajo flujo, requiriendo 2 litros, saturando a 96%. Al examen físico se presenta pálido, hipotenso (80/40 mmHg), se decide expansión con 1000ml de solución fisiológica. Se realiza VEDA en terapia intensiva, evidenciando lesión sanguínea en chorro en curvatura menor del estómago, se coloca clips e inyecta adrenalina. Evoluciona hemodinámicamente inestable con requerimientos de noradrenalina, persiste con débito hemático rojo rutilante por sonda nasogástrica. Se decide cirugía de urgencia, evidenciándose estómago notoriamente distendido, se procede a realizar gastrostomía, constatándose abundante cantidad de sangre roja rutilante con coágulos que ocupan la totalidad de su luz. Se evidencia en la mucosa de la curvatura menor un vaso arterial con sangrado activo de tipo pulsátil, sin lesión ulcerada circundante (**Fig. 1**). Se asume diagnóstico como lesión de Dieulafoy. Se procede a realizar doble punto hemostático en "X" cesando la hemorragia. Paciente tolera bien el procedimiento, pasa a sala de terapia intensiva, inestable, requiriendo drogas inotrópicas. En posoperatorio inmediato, bajo efecto de analgosedación, RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) de -5, ventilando a través de TOT se conecta a ARM. Hemodinámicamente hipotenso, con requerimiento de noradrenalina a goteo regulable para mantener TAM de 65 mmHg, FC 100 pulsos por minuto, se realiza VCC, acceso subclavio izquierdo. Horas después se logra retirar soporte inotrópico y ventilatorio, iniciando alimentación enteral al día quinto, pasando a sala general sin complicaciones.

**Figura 1.** Endoscopia donde se observa arteria tortuosa sobre la mucosa de curvatura menor estomacal.



## INTRODUCCIÓN

La hemorragia gastrointestinal se clasifica con relación a su localización según el ángulo de la unión de la cuarta porción del duodeno con la primer asa del yeyuno, se clasifica como superior, al estar proximal o inferior, cuando se encuentra distal a este punto anatómico<sup>1</sup>. La hemorragia digestiva alta (HDA) constituye una emergencia médica que significa entre el 1-4% de las admisiones en urgencias con una incidencia de 100 casos cada 100000 habitantes al año. La mortalidad de esta entidad ha



descendido a un 10% de los pacientes gracias a los avances en unidades de cuidados intensivos y a las técnicas endoscópicas disponibles actualmente. Cuando hablamos de etiología, la principal causa de las HDA en casi el 80% de los pacientes son úlceras pépticas y erosiones esofágicas o gastroduodenales. En un 2-8% de los pacientes el sangrado se produce por lesiones vasculares como angiodisplasia, lesión de Dieulafoy y la ectasia vascular antral gástrica<sup>3</sup>. La lesión de Dieulafoy (LD) fue descrita originalmente por Gallard en 1884 y catorce años después fue denominada como “exulceración simple” por el cirujano francés Georges Dieulafoy<sup>3</sup>. Esta lesión está constituida por una arteria de calibre persistente, expuesta, de trayecto aberrante, que no sigue las ramificaciones habituales ya que no se desvanece hasta llegar a la microvasculatura capilar. El calibre de la arteria es mucho más grande que un capilar común de la mucosa, mide entre uno y tres milímetros, y está protruye desde la submucosa hacia la mucosa del tubo digestivo creando un defecto en la pared gastrointestinal, con aspecto a un pseudopólipo, sin una úlcera concomitante, este detalle es característico de la lesión. La mayoría de estas lesiones se encuentra en el estómago, aproximadamente un 60%, específicamente sobre la curvatura menor a 6 cm de la unión gastroesofágica teniendo en cuenta que esta región está irrigada directamente por ramas de la arteria gástrica izquierda. Otras ubicaciones como duodeno, yeyuno e inclusive recto son menos frecuentes.

La LD duodenal es relativamente rara, constituyendo el 15% de todos los casos. Cuando hablamos de etiología y epidemiología, se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino con una relación 2:1 y, aunque pueden aparecer en cualquier grupo etario, su manifestación es más frecuente en la quinta década de la vida asociada a comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, cirrosis, enfermedad renal crónica, entre otras.<sup>5</sup> No hay evidencia de que esta lesión esté asociada a mutaciones genéticas. A su vez, no existe un consenso claro acerca de su etiología congénita o adquirida debido a que en pacientes mayores con comorbilidades podría deberse a una lesión adquirida mientras que los reportes de casos en población pediátrica orienta más hacia una etiología congénita. Debido a la fina capa de mucosa que cubre a la arteria, está se vuelve susceptible a traumas mecánicos y, por ende, puede ser causante de sangrado gastrointestinal. Esta erosión de la mucosa del tubo digestivo puede deberse al consumo de sustancias nocivas ampliamente descritas y conocidas como uso crónico de AINES, alcoholismo, uso de anticoagulantes<sup>7</sup>. Otro fenómeno que podría explicar la presencia de sangrado de menor magnitud en pacientes con LD ocurre debido a la tensión mecánica que la arteria transmite con cada pulsación que podría ocasionar un daño progresivo de la mucosa<sup>7</sup>. Esté flujo sanguíneo aumentado también podría producir hipoperfusión, isquemia y erosión de la mucosa subyacente debido a fenómenos de shunt y redistribución de flujo<sup>7</sup>. La atrofia mucosa gastrointestinal asociada a la edad también podría jugar un rol en la patogenia del sangrado. Clínicamente, la lesión se presenta asintomática hasta que la erosión de la mucosa se traduce en sangrado por lo que signos y síntomas se relacionan con la magnitud del sangrado y la localización de la lesión. Debido a esto, se puede manifestar como hematemesis, melena, o hematoquecia. Aproximadamente la mitad de los pacientes presentan melena y hematemesis, una revisión de 177 pacientes demostró que el 51% de los pacientes manifestó melena y hematemesis, 28% presentó solo hematemesis y solo el 18% presentó melena como único síntoma<sup>8</sup>. Con respecto a la magnitud, el sangrado habitualmente es severo debido a la naturaleza del sangrado arterial. La presentación de la LD en forma de sangrado leve oculto y crónico es rara<sup>7</sup>. Los pacientes frecuentemente se presentan con síntomas concomitantes de inestabilidad hemodinámica como hipotensión, taquicardia y signos de hipoperfusión sistémica. La presencia de otros síntomas gastrointestinales como dolor abdominal agudo y dispepsia es rara y debe orientar el diagnóstico a otras causas como la úlcera péptica<sup>7</sup>. La recurrencia del sangrado dentro de los primeros días luego del sangrado inicial es frecuente y, cuando se presenta frecuentemente es de magnitud severa. Por lo que la importancia del diagnóstico y manejo temprano de esta patología es

esencial para la sobrevida del paciente. Entre los diagnósticos diferenciales se incluye a la enfermedad úlcera péptica, sangrado varicoso secundario a hipertensión portal, anormalidades en la coagulación, otras malformaciones arteriovenosas, aneurismas vasculares y cáncer gástrico o intestinal<sup>6</sup>.

**Diagnóstico:** debido a la severidad del compromiso general del cuadro, la endoscopia es el método de diagnóstico gold standard. El diagnóstico se realiza más fácilmente cuando la endoscopia se realiza durante el sangrado activo de la lesión. A pesar de esto, presenta desafíos diagnósticos debido a el aspecto normal de la mucosa subyacente, el tamaño pequeño de la lesión y la naturaleza intermitente de la hemorragia<sup>9</sup>. En conclusión, la presentación clínica inicial en pacientes con LD depende de múltiples factores como la duración y magnitud del sangrado, la condición general del paciente, localización de la lesión y el diámetro del vaso sangrante. Han sido estandarizados ciertos criterios endoscópicos para el diagnóstico de LD, que incluyen: (1) La identificación de La identificación de sangrado arterial en jet o micro pulsátil proveniente de un pequeño defecto mucoso (<3 mm), con mucosa circundante de aspecto normal; (2) visualización de un vaso que protruye con o sin sangrado activo rodeado de mucosa normal y/o (3) coágulos frescos, densos, adheridos a un pequeño defecto de la mucosa o a mucosa de aspecto normal<sup>6</sup>.

Aproximadamente 49% de estas lesiones fueron diagnosticadas en la primera endoscopia; sin embargo, el 33% requirió más de una endoscopia para identificar correctamente el sitio del sangrado<sup>6</sup>. Cuando la endoscopia no permite localizar la lesión, la angiografía es un método útil de diagnóstico. Aunque no existen criterios angiográficos específicos para LD, la presencia de una arteria tortuosa y ectasia arterial junto con extravasación de contraste son hallazgos subjetivos de LD. Antes de la endoscopia, en el manejo de los pacientes con LD la tasa de mortalidad oscilaba entre el 23% al 79% de los pacientes<sup>9</sup>. A la hora del tratamiento debido a la variabilidad en la presentación clínica y repercusión hemodinámica, no existe un consenso claro acerca del abordaje terapéutico. Como la lesión se presenta predominantemente en forma de hemorragia digestiva, la resucitación inicial con fluidos o transfusión sanguínea suele ser necesaria<sup>6</sup>. Gracias a los avances en los métodos endoscópicos, la terapia endoscópica ha reemplazado a la cirugía convencional y se ha establecido como el primer método en el manejo de estos pacientes. Esté abordaje es seguro y posee una alta tasa de resolución de la hemostasia inicial que varía entre el 75-100%<sup>9</sup>. Los métodos que se prefieren para detener el sangrado en la actualidad son la aplicación de un clip hemostático y la ligadura con bandas. La eficacia del clip puede ser incrementada mediante el uso de inyecciones de epinefrina<sup>6</sup>. La coagulación térmica de la lesión, aunque está menos descripta, también puede ser utilizada<sup>9</sup>. Cuando no se puede detener el sangrado, la cirugía convencional debe ser instaurada. Diagnósticos diferenciales incluyen úlcera péptica, sangrado de varices secundario a hipertensión portal, anormalidades de la coagulación, aneurismas vasculares, cáncer.

## MANEJO Y TRATAMIENTO

El manejo de esta enfermedad se basa generalmente en la presentación clínica, el estado hemodinámico del paciente, la localización gastrointestinal comprometida y la experiencia del equipo médico. Dado que la lesión se presenta predominantemente como una hemorragia digestiva, es fundamental iniciar con la reanimación mediante la reposición de fluidos intravenosos, transfusiones sanguíneas y de hemoderivados. El riesgo de resangrado en la lesión de Dieulafoy se ha reportado entre un 9% y un 40%. En caso de presentarse un nuevo episodio de sangrado, el algoritmo diagnóstico y terapéutico es el mismo que el utilizado en la presentación inicial.

Debido a este riesgo de recurrencia, se recomienda un seguimiento regular por al menos 6 meses. Los métodos mecánicos, como la colocación de clips hemostáticos y la ligadura con bandas, son los procedimientos endoscópicos preferidos. La eficacia de los clips puede potenciarse mediante la inyección de epinefrina.<sup>7</sup> El tratamiento quirúrgico debe considerarse cuando las intervenciones endoscópicas fracasan, especialmente en pacientes con inestabilidad hemodinámica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva. Hemorragia digestiva alta: Guía SACD [Internet]. 2020 [cited 2024 May 28]. Disponible en: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/uveintiseis.pdf>
2. Grossman MI, Siegel C. Upper Gastrointestinal Bleeding. En: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11<sup>a</sup> ed. Elsevier; 2018.
3. Lee YT, Walmsley RS, Leong RW, Sung JJY. Dieulafoy's lesion. Gastrointest Endosc. 2003; 58(2):236–43. doi:10.1067/mge.2003.328.
4. StatPearls Publishing. Dieulafoy Lesion. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [cited 2024 May 28]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562267/>
5. Chalya PL, Kihunrwa A, Mabula JB. Dieulafoy's disease: Rare but potentially fatal cause of upper gastrointestinal bleeding. World J Gastrointest Endosc. 2015; 7(3):295–300. doi:10.4253/wjge.v7.i3.295.
6. Inayat F, Amjad W, Hussain Q, Hurairah A. Dieulafoy's lesion of the duodenum: a comparative review of 37 cases. BMJ Case Rep. 2018; 2018: bcr-2017-223246. Doi: 10.1136/bcr-2017-223246.
7. López-Arce G, Zepeda-Gómez S, Chávez-Tapia NC, García-Osogobio S, Franco-Guzmán AM, Ramírez-Luna MA, et al. Upper gastrointestinal Dieulafoy's lesions and endoscopic treatment: First report from a Mexican centre. Ther Adv Gastroenterol. 2008; 1(2):97–101. Doi: 10.1177/1756283X08096285.
8. Kim HC, Jang HJ. Diagnosis and treatment of Dieulafoy's lesion: A review article. Clin Endosc. 2015; 48(2):112–20. doi:10.5946/ce.2015.48.2.112.