

2. Subbiah V, Varadhachary G, Herzog CE, et al. Gastric adenocarcinoma in children and adolescents. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57:524–7, <http://dx.doi.org/10.1002/pbc.23051>.
3. Elliott MJ, Ashcroft T. Primary adenocarcinoma of the gastro-oesophageal junction in childhood. A case report. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg*. 1983;17:65–6, <http://dx.doi.org/10.3109/14017438309102382>.
4. Theilen TM, Chou AJ, Klimstra DS, et al. Esophageal Adenocarcinoma and Squamous Cell Carcinoma in Children and Adolescents: Report of 3 Cases and Comprehensive Literature Review. *J Pediatr Surg Case Rep*. 2016;5:23–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.epsc.2015.12.008>.
5. Pastina M, Menna C, Andreotti C, et al. The esophagogastric junctional adenocarcinoma an increasing disease. *J Thorac Dis*. 2017;9:1455–8, <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2017.05.70>.
6. Pericay C, Macías-Declara I, Arrazubi V, et al. Treatment in esophagogastric junction cancer: Past, present and future. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2019;97:459–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2019.03.020>.
7. Okereke IC. Management of gastroesophageal junction tumors. *Surg Clin North Am*. 2017;97:265–75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2016.11.004>.
8. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable

gastroesophageal cancer. *N Engl J Med*. 2006;355:11–20, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa055531>.

G. Amaya Villagrán<sup>a</sup>, K.M. Loya Lazcano<sup>a</sup> y A.A. Baeza Zapata<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Medicina Interna, Hospital Central del Estado de Chihuahua «Jesús Enrique Grajeda Herrera», Chihuahua, Chihuahua, México*

<sup>b</sup> *Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Servicio de Medicina Interna, Hospital Central del Estado de Chihuahua «Jesús Enrique Grajeda Herrera», Chihuahua, Chihuahua, México*

\* Autor para correspondencia. Dirección: Calle Rosales 3302 Colonia Obrera C.P. 31350 Chihuahua, Chihuahua. México. Teléfono: 6145630009  
 Correo electrónico: [armando-baeza@outlook.com](mailto:armando-baeza@outlook.com) (A.A. Baeza Zapata).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2023.03.009>

0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Lesión de Dieulafoy en el recto: reporte de un caso



### Dieulafoy's lesion of the rectum: A case report

Mujer de 31 años con único antecedente relevante de escoliosis en tratamiento sintomático con meloxicam, carisoprodol y dexametasona desde hace 15 años, fue admitida a sala de urgencias por referir 16 episodios de hematoquecia en 24 h, astenia, adinamia y debilidad generalizada. A su ingreso con signos vitales normales, a excepción de taquicardia de 100 lpm, al examen físico con palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin datos de irritación peritoneal, a la exploración rectal, sin sangrado activo, sin hemorroides, sin tumor palpable, con restos de sangrado a la salida del guante explorador, llenado capilar inmediato. Los estudios de laboratorio revelaron hemoglobina 8.9 g/dl, hematocrito 28.8%, volumen globular medio 77.6 fl, plaquetas  $259 \times 10^3/\mu\text{l}$ , leucocitos  $4.69 \times 10^3/\mu\text{l}$ , INR 1.02, creatinina 0.7 mg/dl, sodio 143, potasio 4.2 y cloro 109.

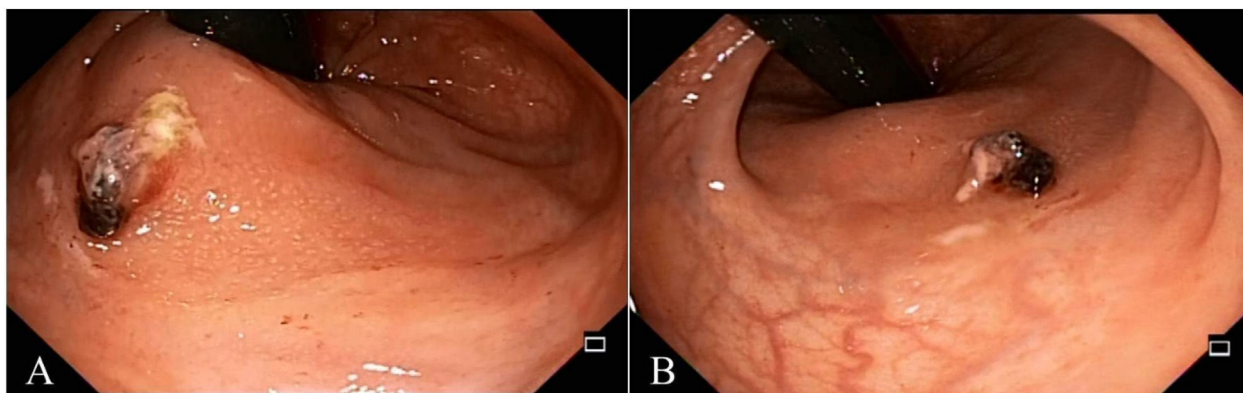
Se decidió realizar colonoscopia encontrando a 5 cm del margen anal, en región de recto, una lesión vascular de 4-5 mm, que sobresalía, mucosa normal, sin lecho ulceroso (figs. 1A y B). En retroflexión, sin observarse enfermedad hemorroidal. Se avanzó hasta colon transversal, sin evidenciar otra alteración. Se aplicó ligadura sobre lesión de Dieulafoy, sin complicaciones (figs. 2A y B). Al siguiente día del procedimiento la paciente presentó adecuada evolución clínica y hemodinámicamente estable, con signos vitales dentro de los parámetros normales y al examen físico, sin restos de sangrado a la salida del guante explorador en el tacto rectal, por lo que se decidió su egreso a domicilio con

cita abierta a urgencias ante datos de alarma. No presentó datos de resangrado en el seguimiento.

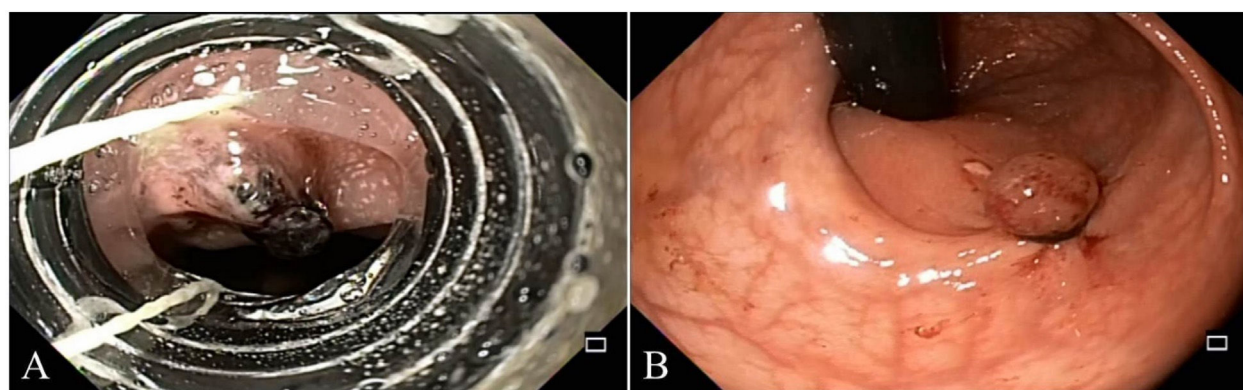
La lesión de Dieulafoy fue descrita por primera vez por Gallard en 1884 y definida en 1898 por el cirujano Paul Georges Dieulafoy en Francia, nombrándola como «exulceratio simplex»<sup>1</sup>. Se trata de una anomalía vascular del tracto gastrointestinal, que consiste en la presencia de un vaso submucoso, con un diámetro anormalmente dilatado de hasta 3 mm, que erosiona hacia la mucosa en ausencia de una úlcera previa, ocasionando un pequeño defecto en la pared con necrosis fibrinoide en la base y el resto de la mucosa intacta<sup>2</sup>.

La lesión de Dieulafoy es una rara causa de sangrado gastrointestinal, con una incidencia de hasta el 5% que, dado a su naturaleza arterial, puede poner en riesgo la vida. En una serie de casos reportada en México, el 50% de los pacientes se presentaron con inestabilidad hemodinámica<sup>3,4</sup>.

La etiología y fisiopatología de la lesión de Dieulafoy no está bien entendida, la teoría más aceptada es que una lesión isquémica provocada por atrofia y desgarramiento de la mucosa lleva a disrupción del epitelio suprayacente, con la subsecuente exposición de un vaso submucoso al contenido del intestino, resultando en erosión mecánica y química provocando sangrado<sup>5</sup>. Una teoría del sangrado espontáneo destaca la posibilidad de tensión de cizallamiento causada por pulsaciones arteriales compresivas, que culmina en isquemia de la mucosa y erosión subsiguiente<sup>5,6</sup>. Otra teoría sugiere que la trombosis arterial es la causa de la isquemia y el sangrado<sup>7</sup>. Los pacientes con lesión de Dieulafoy suelen estar asintomáticos antes de presentar una hemorragia gastrointestinal<sup>8</sup>. La lesión de Dieulafoy rectal comparte peculiaridades patológicas e histológicas macroscópicas con lesiones localizadas en otros segmentos del tracto gastrointestinal. Sin embargo, las diferencias regionales, anatómicas



**Figura 1** A) Lesión de Dieulafoy en recto. B) Vista de lesión de Dieulafoy en retroflexión.



**Figura 2** A) Aplicación de ligadura. B) Visión post ligadura de lesión de Dieulafoy.

y funcionales entre los segmentos gastrointestinales inferior y superior pueden desempeñar un papel en la génesis o exacerbación de una lesión existente. El daño estercoral debido al estreñimiento, la materia fecal espesa, la inmovilización crónica, el cáncer y los cambios degenerativos seniles en los lechos vasculares y submucosos pueden ser factores incitadores mecánicos para los mecanismos de erosión detrás de las lesiones rectales sangrantes<sup>6</sup>. Además, la atrofia de la mucosa atribuida a los cambios seniles también puede contribuir a este proceso<sup>9</sup>. En la lesión del recto de Dieulafoy, el coito anal receptivo también puede considerarse como un factor patogénico potencial, especialmente en pacientes relativamente jóvenes sin condiciones médicas significativas<sup>10</sup>.

La presentación clínica es variada, pudiendo encontrar deficiencia de hierro, rectorragia y/o hematoquecia, siendo generalmente los episodios de sangrado intermitentes y autolimitados, pudiendo progresar a sangrado profuso y evolucionar a choque hipovolémico, en estos casos la mortalidad alcanza el 80%<sup>11-13</sup>. En una revisión, los pacientes presentaron con frecuencia sangre roja brillante masiva y repentina por el recto (47%), hematoquecia (36%), rectorragia indolora (11%) y melena (4%), el compromiso hemodinámico repentino, el dolor abdominal inferior, la pérdida del conocimiento, el accidente cerebrovascular agudo y la anemia por deficiencia de hierro se encontraban entre otras características clínicas de presentación notables<sup>6</sup>.

Los pacientes con sangrado por esta causa habitualmente son varones, entre la quinta y sexta décadas de la vida, con una relación varón:mujer de 2:1, con comorbilidades como hipertensión, cardiopatías, enfermedad renal o diabetes. Algunos factores como el abuso de alcohol, consumo de tabaco, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y anticoagulantes, y la enfermedad ácido péptica, se han considerado como posibles desencadenantes, sin ninguna asociación probada todavía<sup>4,5,8</sup>.

En el 70% de los casos se localizan en el estómago, en la curvatura menor, sin embargo, se pueden presentar a todo lo largo del tracto gastrointestinal<sup>5,8</sup>. Las lesiones de Dieulafoy en el recto corresponden al 2% de los casos reportados<sup>12,14</sup>.

En los casos sin sangrado activo, la evaluación endoscópica puede revelar la lesión como una protuberancia similar a un pezón, un pólipo o un vaso expuesto, sin ulceración ni erosión suprayacentes<sup>15,16</sup>. Sin embargo, las arterias aberrantes se visualizan predominantemente solo durante el sangrado activo. Se observa que la lesión también puede estar cubierta por un coágulo de sangre tras un episodio hemorrágico previo<sup>6</sup>. El diagnóstico endoscópico se basa en la presencia de varios factores: un vaso arterial que sangra activamente a través de mucosa circundante normal; un coágulo fresco adherido a un defecto mucoso diminuto o mucosa de apariencia normal; o un vaso que sobresale de un defecto mucoso diminuto o de mucosa de apariencia normal, con o sin sangrado activo. Sin embargo, el diagnóstico endoscó-

pico en una lesión colorrectal suele ser difícil, debido a la visión limitada causada por una hemorragia masiva o la falta de preparación del colon, la angiografía puede ser útil en tales condiciones<sup>3</sup>. El número medio de colonoscopias necesarias para la detección de la lesión de Dieulafoy rectal es de  $1.5 \pm 0.7$ <sup>6</sup>.

Hasta 1990, la intervención quirúrgica era el pilar del tratamiento de la lesión de Dieulafoy, y se asociaba con una tasa de mortalidad de hasta el 80%. La endoscopia terapéutica ha evolucionado hasta convertirse en una modalidad factible, segura y eficaz con una tasa de éxito hemostático reportada entre el 75 y el 100%<sup>17</sup>. La cirugía actualmente ha sido remplazada por técnicas endoscópicas y angiográficas, utilizando terapias como inyección de epinefrina/norepinefrina, escleroterapia, coagulación térmica, electrocauterio, coagulación de argón o la aplicación de bandas o hemoclips. La hemostasia se puede lograr mediante tratamiento endoscópico en el 90% de los casos<sup>3,5</sup>.

La coagulación térmica está asociada con un mayor riesgo de perforación debido a la delgadez de la pared colorrectal comparada con el estómago, por lo tanto, un método mecánico suele ser un método más seguro y eficaz<sup>5,14</sup>, por dicha razón la ligadura con banda fue el método elegido en el manejo de nuestra paciente.

En cuanto a los diferentes métodos mecánicos, un metaanálisis de 5 estudios no encontró diferencia estadísticamente significativa con relación a la tasa de éxito de la hemostasia primaria y recurrencia de la hemorragia entre la ligadura con banda frente a la colocación de hemoclip<sup>18</sup>. La embolización selectiva está indicada cuando falla el tratamiento endoscópico<sup>12</sup>.

Debido a su rareza, no existe consenso sobre la técnica de hemostasia endoscópica óptima para la lesión de Dieulafoy rectal. Sin embargo, los métodos de termocoagulación se informaron principalmente en el siglo pasado y se han informado pocos estudios en los últimos años. Por lo que las técnicas endoscópicas mecánicas parecen ser más factibles, y se han utilizado en la mayoría de los pacientes con enfermedad rectal<sup>19</sup>.

A pesar de los innegables beneficios de la terapia endoscópica, los datos sobre el seguimiento a largo plazo de la lesión rectal de Dieulafoy son escasos. En una revisión de 101 pacientes estudiados, 13 experimentaron sangrado recurrente. En particular, todos estos pacientes lograron la hemostasia con el tratamiento repetido. Por lo tanto, se puede especular que la lesión de Dieulafoy rectal tiene un pronóstico relativamente bueno y una tasa de recurrencia baja, suponiendo que se lleve a cabo un tratamiento adecuado en las primeras etapas del curso de la hemorragia<sup>6</sup>.

## Consideraciones éticas

No fue necesaria la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento se incumplen o violan las normas de anonimato de la paciente. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a la paciente.

## Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimos de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Dieulafoy G. *Exulceratio simplex: leçons 1-3*. Clin Médicale l'Hotel Dieu Paris. 1898;58:1–38.
- Lee YT, Walmsley RS, Leong RWL, et al. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc*. 2003;58:236–43, <http://dx.doi.org/10.1067/mge.2003.328>.
- Nishimuta Y, Tsurumaru D, Komori M, et al. A case of rectal Dieulafoy's lesion successfully treated by transcatheter arterial embolization. *Jpn J Radiol*. 2012;30:176–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s11604-011-0029-4>.
- López-Arce G, Zepeda-Gómez S, Chávez-Tapia NC, et al. Upper gastrointestinal Dieulafoy's lesions and endoscopic treatment: First report from a Mexican centre. *Therap Adv Gastroenterol*. 2008;1:97–101, <http://dx.doi.org/10.1177/1756283X08096285>.
- Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: Current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010;92:548–54, <http://dx.doi.org/10.1308/003588410X12699663905311>.
- Inayat F, Hussain A, Yahya S, et al. Rectal Dieulafoy's lesion: A comprehensive review of patient characteristics, presentation patterns, diagnosis, management, and clinical outcomes. *Transl Gastroenterol Hepatol*. 2022;7:10, <http://dx.doi.org/10.21037/tgh.2020.02.17>.
- Chaer RA, Helton WS. Dieulafoy's disease. *J Am Coll Surg*. 2003;196:290–6, [http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01801-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01801-X).
- Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Tang SJ, et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: Localization and therapeutic outcomes. *Dig Dis Sci*. 2010;55:3436–41, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-010-1385-0>.
- Abe T, Okada N, Akamatsu H, et al. Successful endoscopic hemostasis of rectal Dieulafoy's ulcer by clipping—Aging may be another factor of Dieulafoy's ulcer. *Digestive Endoscopy*. 2003;15:61–5, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1443-1661.2003.00207.x>.
- Wang M, Bu X, Zhang J, et al. Dieulafoy's lesion of the rectum: A case report and review of the literature. *Endosc Int Open*. 2017;05:E939–42, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-114661>.
- Pineda-De Paz MR, Rosario-Morel MM, López-Fuentes JG, Waller-González LA, Soto-Solis R. Endoscopic management of massive rectal bleeding from a Dieulafoy's lesion: Case report. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11:438–42, <http://dx.doi.org/10.4253/wjge.v11.i7.438>.
- Paccos JL, Mukai NS, Correa PAFP, et al. Dieulafoy lesion in the colon: A Rare cause of lower gastrointestinal bleeding. *Endoscopy*. 2021;53:E313–4, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1270-6655>.
- Saleh R, Lucerna A, Espinosa J, et al. Dieulafoy lesion: The little known sleeping giant of gastrointestinal bleeds. *Am J Emerg Med*. 2016;34:2464.e3–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2016.06.024>.

14. Then EO, Bijjam R, Ofosu A, et al. Rectal Dieulafoy's lesion: a rare etiology of lower gastrointestinal hemorrhage. *Case Rep Gastroenterol*. 2019;14:7-73, <http://dx.doi.org/10.1159/000497139>.
  15. Hokama A, Takeshima Y, Toyoda A, et al. Images of interest Gastrointestinal: rectal Dieulafoy lesion. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20:1303, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1746.2005.04056.x>.
  16. Esmadi M, Ahmad D, Fisher K, et al. Atypical appearance of a rectal Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc*. 2018;87:3157, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2017.07.012>.
  17. Jeon HK, Kim GH. Endoscopic management of Dieulafoy's lesion. *Clin Endosc*. 2015;48:112-20, <http://dx.doi.org/10.5946/ce.2015.48.2.112>.
  18. Barakat M, Hamed A, Shady A, et al. Endoscopic band ligation versus endoscopic hemoclip placement for Dieulafoy's lesion: a meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018;30:995-6, <http://dx.doi.org/10.1097/MEG.0000000000001179>.
  19. Han P, Lei Y, Hou W, et al. Severe lower gastrointestinal bleeding caused by rectal Dieulafoy's lesion: Case reports and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101:e32031, <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000032031>.
- <sup>a</sup> *Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad de México, México*  
<sup>b</sup> *Departamento de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Ciudad de México, México*
- \* Autor para correspondencia. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Avenida Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Cuauhtémoc. Ciudad de México. Teléfono: (55) 5627 6900 Ext. 21530  
Correo electrónico: [ealvarez.sores@gmail.com](mailto:ealvarez.sores@gmail.com) (E.D. Alvarez-Sores).
- <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2023.03.008>  
0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

C.A. Martínez-Ortiz<sup>a</sup>, E.D. Alvarez-Sores<sup>a,\*</sup>,  
U. Lara-Orozco<sup>a</sup>  
y E. Murcio-Pérez<sup>b</sup>