

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2163>

Lesión de Dieulafoy con resolución quirúrgica: Presentación de un caso (La lesión de Dieulafoy es una etiología poco frecuente del total de hemorragias digestivas altas, sin embargo, posee una alta tasa de mortalidad)

Dieulafoy lesion with surgical resolution: Case presentation (Dieulafoy lesion is a rare etiology of all upper gastrointestinal bleeding, however, it has a high mortality rate)

Richard Armendariz

rikiarmen@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-8077-3083>

Hospital General de Latacunga, Servicio de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología
Latacunga – Ecuador

Andrea Rodríguez

andyvrm_19@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-0680-2>

Hospital General de Latacunga, Servicio de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología
Latacunga – Ecuador

Diego Vaca

laxos90@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6139-1465>

Hospital General de Latacunga, Servicio de Medicina Interna, Unidad de Gastroenterología
Latacunga – Ecuador

Melissa Domínguez

melissadbhgl@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-2871-0442>

Hospital General de Latacunga
Latacunga – Ecuador

Camila Moreno

camimoreno29@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0004-2845-0529>

Hospital General de Latacunga
Latacunga – Ecuador

Artículo recibido: 17 de mayo de 2024. Aceptado para publicación: 31 de mayo de 2024.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La lesión de Dieulafoy es una causa muy poco frecuente de sangrado digestivo alto; el manejo de primera elección de la misma es el manejo endoscópico, reservándose los métodos radiológicos y quirúrgicos como alternativas. Al ser esta lesión una etiología rara de sangrado digestivo alto, aunque con una alta tasa de mortalidad, el autor plantea dar a conocer este caso. A continuación, presentamos el caso de un paciente masculino de 66 años, admitido en el servicio de Gastroenterología por un cuadro de sangrado digestivo alto, a quién, se le realizó una esofagogastroduodenoscopia, evidenciando un vaso sangrante, compatible con una lesión de Dieulafoy. Ante esto se decide empezar tratamiento mediante la colocación de clips hemostáticos, con aparente remisión de sangrado; sin embargo, durante su estancia hospitalaria presentó recidiva del cuadro por dos ocasiones, siendo

intervenido endoscópicamente con métodos mecánicos, térmicos y escleroterapia sin respuesta favorable. Al no disponer de angiógrafo en la unidad se decide un manejo quirúrgico; este procedimiento arroja una resolución exitosa del cuadro.

Palabras clave: lesión de dieulafoy tratamiento endoscópico, tratamiento quirúrgico, reporte de caso

Abstract

Dieulafoy lesion is a very rare cause of upper gastrointestinal bleeding; the first choice of management is endoscopic management, reserving radiological and surgical methods as alternatives. Since this injury is a rare etiology of upper digestive bleeding, although with a high mortality rate, the author proposes to make this case known. Below, we present the case of a 66-year-old male patient, admitted to the Gastroenterology service due to upper digestive bleeding, who underwent an esophagogastroduodenoscopy, revealing a bleeding vessel, compatible with a Dieulafoy lesion. Given this, he decided to begin treatment by placing hemostatic clips, with apparent remission of bleeding; however, during his hospital stay he had a recurrence of the condition on two occasions, undergoing endoscopic surgery with mechanical, thermal and sclerotherapy methods without a favorable response. Since there is no angiograph in the unit, surgical management was decided; This procedure yields a successful resolution of the case.

Keywords: dieulafoy lesión, endoscopic treatment, surgical treatment, case report

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Cómo citar: Armendariz, R., Rodríguez A., Vaca, D., Domínguez, M., & Moreno, C. (2024). Lesión de Dieulafoy con resolución quirúrgica: Presentación de un caso (La lesión de Dieulafoy es una etiología poco frecuente del total de hemorragias digestivas altas, sin embargo, posee una alta tasa de mortalidad). *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 5 (3), 1799 – 1809. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i3.2163>

INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy es una causa poco frecuente de sangrado digestivo alto que presenta una alta tasa de mortalidad. La detección de la misma mediante endoscopia convencional es complicada en caso de no presentarse una hemorragia activa, por esta razón que, ante un cuadro de sangrado digestivo alto profuso, sin evidencia de una etiología clara, hay que considerar la posibilidad de que esta lesión esté presente, esto para su abordaje temprano, ya que por su fisiopatología es frecuente que se acompañe de shock hipovolémico.

Esta lesión constituye una lesión vascular, en la cual una arteriola submucosa con persistencia de calibre y recorrido tortuoso se presenta cerca de la superficie de la mucosa, mide 10 veces su calibre normal entre 1 a 3mm. Si bien su patogénesis exacta no se comprende a cabalidad, el consenso es que existe alguna forma de erosión de la mucosa o lesión isquémica que posiblemente esté relacionada con el envejecimiento natural o una enfermedad cardiovascular concomitante.

Su incidencia varía del 1% al 2 % hasta el 5% de los casos de sangrado digestivo alto. Se presenta con más frecuencia en pacientes de sexo masculino en la quinta década de la vida. Es de inicio clínico abrupto con melenas, hematemesis, y en algunos casos hematoquecia, puede estar acompañado de síntomas inespecíficos como dolor abdominal en cuadrante superior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Paciente masculino de 66 años que acude por cuadro de náuseas, seguido de hematemesis masiva, acompañado de dolor abdominal en epigastrio de moderada a gran intensidad. Como antecedente abuso de la ingesta de AINES, como terapia analgésica desde hace 30 días por antecedente de trauma a nivel de mano izquierda.

Enfermedad actual

El paciente ingresó con un cuadro de sangrado digestivo. Inicialmente, sus signos vitales estaban dentro de los parámetros normales, sin embargo, después de un episodio de hematemesis en el hospital, experimentó compromiso hemodinámico que requirió transfusión de hemoderivados.

Además, en los análisis de laboratorio se encontró anemia severa. Después de la compensación del cuadro, se realizó una endoscopia digestiva alta que involucró múltiples técnicas, como la aplicación de clips hemostáticos, escleroterapia y terapia térmica. A pesar de estos procedimientos, el cuadro de sangrado se repitió en dos ocasiones posteriores, lo que resultó en un shock hipovolémico de grado IV. Por lo mismo, se solicitó una intervención quirúrgica, con la cual se logró resolver la lesión. Sin embargo, debido al shock hipovolémico, el paciente permaneció en terapia intensiva con el respaldo de vasoactivos.

Antecedentes personales y familiares

Antecedentes personales: Hiperplasia prostática benigna grado IV.

Antecedentes quirúrgicos: Colocación de material de osteosíntesis en cuarto dedo de mano izquierda hace 30 días.

Medicación: Ibuprofeno y diclofenaco sin prescripción médica.

Examen físico

A su ingreso con frecuencia cardiaca de 74 latidos por minuto, tensión arterial de 96/62 mmHg, PAM 72 mmhg, temperatura 36.8°C. Paciente consciente, orientado en las 3 esferas, abdomen suave depresible doloroso de manera difusa con predominio en hipogastrio. Paciente ingresa sin signos de bajo gasto cardíaco, ni alteración hemodinámica o compromiso de perfusión en microvasculatura.

Exámenes de laboratorio

A su ingreso se observó una anemia leve, la función hepática se encontraba dentro de los parámetros normales. En cuanto a la función renal, se evidenció una elevación de la urea y la creatinina. Esta elevación podría estar relacionada con la presencia de sangre en el tracto gastrointestinal, además de una posible falla renal de origen prerrenal debido a las pérdidas sanguíneas. (Tabla 1)

METODOLOGÍA

Paciente con sangrado digestivo alto, al que se le aplica escala de Blatchford obteniendo una puntuación de 17 puntos y un puntaje de 2 puntos en la escala de AIMS 65. Inicialmente se encontraba compensado, sin alteración hemodinámica, ni compromiso de la microcirculación, por lo que fue ingresado al servicio de Medicina Interna. Sin embargo, horas después, el paciente experimentó un nuevo episodio de hematemesis masiva (Imagen 1) acompañado de hipotensión arterial (70/50 mmHg, TAM: 57 mmHg), frecuencia cardíaca de 110 lpm, diaforesis y ansiedad. Con estos datos se estableció un cuadro de shock hipovolémico de grado II.

Los exámenes complementarios mostraron un descenso significativo de la hemoglobina y el hematocrito en comparación con los valores de ingreso (hemoglobina de 5.7 mg/dl y hematocrito de 17%). En respuesta a esta situación, se decidió transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos y se inició el tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) a dosis de carga. Además, debido al cuadro de shock hipovolémico, se solicitó una valoración por la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes decidieron el ingreso del paciente. En la Unidad de Cuidados Intensivos, se transfirieron 2 concentrados adicionales de glóbulos rojos y 2 plasmas frescos congelados, lo que permitió lograr la compensación hemodinámica del paciente.

Debido al puntaje de Blatchford de 17 puntos, se solicitó una endoscopia digestiva alta para determinar la causa del sangrado. Durante la endoscopia, se encontró la presencia de un vaso en la submucosa, lo que llevó al diagnóstico de Lesión de Dieulafoy.

RESULTADOS

Una vez compensado el shock hipovolémico; se realiza una endoscopia digestiva alta bajo sedación, donde se encuentran abundantes restos sanguíneos, además, se observa una lesión vascular en la curvatura menor, compatible con la lesión de Dieulafoy. Alrededor de esta lesión se evidencia erosión y una úlcera de 6mm, con un fondo de fibrina que es compatible con una úlcera Forrest III. Se procede a colocar 3 clips hemostáticos sobre la lesión vascular, lo que resulta en la remisión del cuadro (Imagen 2).

El paciente, 48 horas después de una esofagogastroduodenoscopia terapéutica inicial, presenta un episodio de hematemesis de aproximadamente 500 mililitros, acompañado de melena y signos de bajo gasto. Se procede a transfundir 2 concentrados de glóbulos rojos y se realiza una segunda endoscopia 8 horas después de la descompensación. Se encuentran abundantes restos hemáticos y un vaso en la curvatura menor con sangrado activo. Se intenta realizar la ligadura del vaso sanguíneo como medida terapéutica sin éxito, por lo que se opta por la terapia mecánica con clips hemostáticos y escleroterapia

con adrenalina (Imagen 3), sin embargo, debido a la presencia de abundantes coágulos y restos hemáticos, la visión endoscópica se encuentra limitada.

Aparentemente, se logra la resolución del sangrado, por lo que se decide realizar un nuevo control endoscópico en 48 horas para evaluar la lesión y los resultados de la terapia, observando un vaso de gran tamaño que protruye a través de la mucosa en proceso de cicatrización. Se decide mantener el tratamiento clínico con un inhibidor de la bomba de protones, una observación estricta y un manejo conjunto con el servicio de Geriátrica debido a un cuadro de falla renal aguda en ese momento, con una tasa de filtrado glomerular según el CKD-EPI de 37 ml/min/1.73m². Además, el paciente presenta dolor y edema en los miembros inferiores, con una elevación del dímero D, por lo que se solicita un eco-Doppler de los miembros inferiores, que reporta una trombosis aguda de la vena femoral y una trombosis subaguda de la vena poplítea y las venas distales del miembro inferior derecho, con un puntaje IMPROVE 2 que indica un riesgo de sangrado mayor del 7% y un riesgo de sangrado importante del 14%. Por lo tanto, el servicio de Cirugía Vasculat recomienda iniciar tromboprolifaxis con enoxaparina a una dosis de 40 miligramos subcutáneos diarios. Sin embargo, debido al riesgo de resangrado, se pospone esta terapia.

El paciente permanece sin recurrencia de sangrado durante 8 días, pero después de este período presenta un nuevo episodio de sangrado digestivo con síncope e inestabilidad hemodinámica. En los exámenes complementarios, la hemoglobina es de 5.63mg/dl y el hematocrito de 17.8%. Se inicia la compensación y se decide realizar una nueva endoscopia en la cual se procede a colocar 2 clips hemostáticos, además de realizar escleroterapia con adrenalina. Debido a la recurrencia del cuadro a pesar de la terapia endoscópica y a la alta probabilidad de resangrado, se decide referir al paciente a una unidad de mayor complejidad para realizar una angiografía con escleroterapia (Imagen 4).

A las 48 horas del último procedimiento endoscópico, el paciente presenta un nuevo episodio de sangrado digestivo alto. Dado que no hubo respuesta para la referencia a tercer nivel para la escleroterapia, se realiza una endoscopia digestiva alta en la cual se encuentra la lesión vascular previamente descrita con sangrado activo y abundantes restos hemáticos. Se realiza terapia térmica, escleroterapia con adrenalina y se colocan 2 hemoclips, logrando controlar el episodio de sangrado. A este punto se realiza la escala de Rockall obteniendo una puntuación de 9 puntos (con un 41.8% de riesgo de resangrado y una mortalidad del 41.4%).

Se solicita una valoración por parte del servicio de cirugía general debido al riesgo de resangrado, quienes al conocer el caso mantienen una expectativa quirúrgica ante un nuevo episodio de resangrado, además, solicitan la valoración por parte de la Unidad de cuidados Intensivos en caso de necesitar cuidados postquirúrgicos. A las 24 horas de la endoscopia digestiva alta, el paciente presenta un nuevo episodio de hematemesis masiva, acompañada de melena, lo que causa una descompensación hemodinámica y un shock hipovolémico de grado IV. Se inicia una resucitación a base de cristaloides y se realiza una transfusión de hemoderivados. Finalmente, se debe intervenir quirúrgicamente de urgencia. Se realiza una laparotomía exploratoria y una gastrostomía, encontrando un estómago notablemente distendido con líquido hemático y coágulos de aproximadamente 1000cc. En la cara posterior del cuerpo gástrico se observa una úlcera con sangrado arterial activo y la presencia de un vaso submucoso de gran calibre de forma longitudinal, compatible con una lesión de Dieulafoy. Se procede a colocar puntos de sutura transfixiantes en el borde proximal y distal de la lesión vascular descrita, para posteriormente realizar la sutura del estómago por planos.

El procedimiento quirúrgico se concluye sin complicaciones y con un sangrado de 20cc. Durante el postoperatorio, debido a las hipotensiones mantenidas, se decide iniciar una doble terapia vasoactiva para lograr una presión arterial media superior a 65 mmHg. El paciente es trasladado a la terapia intensiva, donde se inicia el destete y se logra retirar a las 36 horas del procedimiento. Se mantiene en

reposo gástrico durante 72 horas, después de lo cual se inició la tolerancia a la dieta, con resultados favorables y sin evidencia de nuevos episodios de resangrado, por lo que se decide el alta médica.

DISCUSIÓN

La lesión de Dieulafoy fue descrita por primera vez hace aproximadamente 135 años por Gallard, el mismo la denominó un aneurisma miliar del estómago; posteriormente el patólogo Paul Dieulafoy la describió cuando realizó la autopsia de un paciente y observó una úlcera superficial con una arteriola abierta en la submucosa.

La lesión de Dieulafoy, también conocida como ectasia vascular de la arteria del estómago o exulceratio simplex, es una lesión vascular poco común en la que existe una arteriola de calibre persistente que sigue un camino aberrante y tortuoso, terminando cerca de la superficie de la mucosa. Esta arteriola puede llegar a tener hasta 10 veces su diámetro normal y medir entre 1 a 3mm.

Aunque rara, esta lesión puede ser potencialmente mortal si no se diagnostica y controla a tiempo en casos de sangrado digestivo. Además, debido a su fisiopatología, puede llevar a un sangrado tan profuso que conlleve a un shock hipovolémico.

En el pasado, el tratamiento de elección solía ser quirúrgico, pero presentaba una alta tasa de mortalidad; entre las principales técnicas quirúrgicas se incluyen la ligadura del vaso aberrante y la gastrectomía parcial o total, dependiendo del tamaño y la ubicación de la lesión. Con los avances en la endoscopia, se ha observado una disminución en la mortalidad de hasta un 10%.

No existe evidencia clara sobre la incidencia de la lesión de Dieulafoy por grupos, sin embargo, se ha encontrado un mayor número de reportes en población anciana, pacientes con comorbilidades, hospitalizados y en aquellos que consumen AINES, antiagregantes y anticoagulantes.

El sitio más frecuente de aparición de la lesión de Dieulafoy es el estómago, especialmente en la región de los cardias, debido al abundante suministro sanguíneo arterial en esta zona. En orden decreciente, los siguientes lugares de afectación son el duodeno, yeyuno, colon y recto. Además, en casos mucho menos frecuentes, se han reportado casos de presencia en los bronquios.

La principal manifestación clínica de la lesión de Dieulafoy es la hematemesis, que se asocia a melenas en hasta el 51% de los casos. La hematemesis sola ocurre en el 28% de los casos, mientras que las melenas solas se presentan en el 18%. La hematoquecia se observa en el 2% de los casos, además, esta afección puede estar asociada a signos de bajo gasto cardíaco, debido a las pérdidas sanguíneas.

Para el diagnóstico de la lesión de Dieulafoy, se utilizan especialmente los mecanismos endoscópicos, los cuales deben ser solicitados en función del sitio donde se sospeche el sangrado digestivo.

Hasta el 90% de los casos de la lesión de Dieulafoy se pueden diagnosticar en la primera endoscopia, sin embargo, en los demás casos, se realiza una segunda evaluación, conocida como "second look", especialmente cuando se presentan sangrados extensos o la presencia de coágulos gigantes que hacen imposible la visualización directa del vaso aberrante.

Cuando no se ha logrado identificar la lesión después de realizar endoscopia digestiva alta y baja, se puede sospechar que el origen del sangrado se encuentra en el intestino medio, lo que hace necesario el uso de la enteroscopia. Este procedimiento permite la visualización de hasta 150 centímetros después del píloro. Otro método diagnóstico que se puede llevar a cabo es la cápsula endoscópica, la desventaja de la misma es que esta suele tener únicamente fines diagnósticos.

Los criterios endoscópicos que apoyan el diagnóstico de la lesión de Dieulafoy en casos donde la visualización directa es complicada por extensión de sangrado o presencia de coágulos:

- Chorro de arteria activa o flujo micropulsátil desde un defecto menor a 3 mm en la mucosa normal circundante.
- Visualización del vaso sangrante, ya sea con o sin sangrado activo, dentro de un pequeño defecto de la mucosa o con mucosa circundante normal.
- Aspecto de coágulo fresco y densamente adherente con un punto de unión diminuto en la mucosa.

El diagnóstico endoscópico se logra en el 49% de los casos con la primera endoscopia, y en un 33% de los casos con el "second look"). Otro método alternativo diagnóstico y de seguimiento es la ecoendoscopia, que es un método relativamente nuevo en el que se puede visualizar la arteria de la submucosa. Este método también es útil para verificar la hemostasia endoscópica de una lesión hemorrágica. Sin embargo, se utiliza poco debido a su alto costo y a su baja disponibilidad.

El tratamiento de elección son las terapias endoscópicas, entre las que se destacan:

- Electrocoagulación térmica.
- Coagulación térmica con sonda de calor.
- Coagulación con plasma argón.
- Inyección regional o local con epinefrina y escleroterapia.
- Bandas mecánicas (hemoclips).

Con estas técnicas, se logra el control en hasta un 90% de los casos. Si no se logra el control completo con estas terapias, se procede a realizar angiografía más escleroterapia con espuma, un método que controla hasta el 5% de las lesiones, y es útil en lesiones que no se pueden alcanzar debido a la ubicación del vaso aberrante.

Cuando no se logra el control con ninguno de estos métodos, se procede al tratamiento quirúrgico. Sin embargo, este es el último escalón de tratamiento debido a su alta mortalidad, ya que los pacientes acuden a la cirugía con descompensación hemodinámica debido a las pérdidas sanguíneas.

CONCLUSIONES

El caso aquí expuesto involucra a un paciente adulto mayor con un cuadro de sangrado digestivo alto secundario a una lesión de Dieulafoy, el cual había estado usando AINES sin prescripción médica durante aproximadamente un mes debido a una fractura de dedo por un accidente de tránsito. Aunque la etiología no está completamente esclarecida, se sospecha que la erosión de la mucosa es necesaria para desencadenar este cuadro, y se asume que la causa desencadenante fue multifactorial, asociada a la edad y al uso no prescrito de AINES.

Este caso es relevante debido a la recurrencia del cuadro a pesar de las múltiples técnicas endoscópicas empleadas, la lesión de Dieulafoy aumentaba de tamaño en cada sesión, y cada episodio de resangrado tenía origen en un lugar distal de la lesión original. Debido a esto, sumado a la no disponibilidad de radiología intervencionista en la unidad de salud y a la falta de respuesta de la referencia propuesta a tercer nivel y después de una evaluación exhaustiva por parte del personal médico, se decidió una cirugía emergente. En la cirugía, se realizaron ligaduras transfixiantes en el borde proximal y distal de la lesión, a pesar de que esta técnica es de las menos recomendadas debido a sus altas tasas de recurrencia, sin embargo, y después de la misma el paciente mostró una evolución clínica favorable.

La lesión de Dieulafoy es una causa rara de sangrado digestivo alto, se debe sospechar de ella en pacientes con episodios de pérdidas sanguíneas significativas asociadas a shock hipovolémico en diferentes grados. Aunque su incidencia es muy baja, la mortalidad está relacionada con el retraso en el diagnóstico y tratamiento. Es fundamental priorizar la compensación hemodinámica del cuadro en

la medida de lo posible antes de llevar a cabo el tratamiento endoscópico y tener en cuenta las alternativas para el manejo individualizando cada caso.

REFERENCIAS

- Ansari, P. (2018 de febrero de 2018). Lesiones vasculares digestivas. Recuperado el 10 de 07 de 2020, de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/trastornos-gastrointestinales/hemorragia-digestiva/lesiones-vasculares-digestivas>
- Baxter, M., & Aly, E. (2010). Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Annals. The Royal College Surgeon England*, 92(7), 548–554. doi:10.1308/003588410X12699663905311
- Botello, Z., Domínguez, L., Núñez, E., González, M., Rosas, V., & Torices, E. (octubre-diciembre de 2013). Tratamiento endoscópico de lesiones de Dieulafoy. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18(4), 322-327. Recuperado el 11 de 07 de 2020, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47329250007>
- Empendium. (2020). *Medicina Interna Basada en la Evidencia 2019/20*, On-line. (L. Caro, Editor) Recuperado el 11 de 07 de 2020, de Sitio Web de: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.4.29.2>.
- Khan, R., Mahmud, A., Gobrial, M., Onwochei, F., & Shah, K. (2015). The Diagnostic Dilemma of Dieulafoy's Lesion. *Gastroenterol Research*, 8(3-4), 201-206. doi:10.14740/gr671w
- Ledo Rodríguez, A., & Ledo Barro, L. (2012). Lesión de Dieulafoy. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(3), 151-151. doi:10.4321/S1130-01082012000300010
- Massinha, P., Cunha, I., & Tomé, L. (2020). Dieulafoy Lesion: Predictive Factors of Early Relapse and Long-Term Follow-Up. *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 27(4), 237–243. doi:10.1159/000504720
- Rojas, A., Carvajal, G., Prieto, R., & Aponte, D. (2016). Lesión de Dieulafoy de duodeno: hallazgo inusual. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 31(3), 292-296. doi:10.22516/25007440.103
- Salazar, E., Galvez, M., Podestá, F., Cinquegrani, K., De María, J., Promenzio, E., & De Bonis, A. (2017). Lesión de Dieulafoy: reporte de dos casos. *Revista del Hospital El Cruce*, 21, 45-50. Recuperado el 12 de 07 de 2020, de <https://repositorio.hospitalelcruce.org>
- Soria, M., Betancourt, M., Oleas, R., Baquerizo, J., & Robles, C. (2018). Clip Ovesco® Como Tratamiento De Rescate En Lesión De Dieulafoy Duodenal Con Sangrado Activo. *Revista de Gastroenterol del Peru*, 38(4), 374-6. Recuperado el 12 de 07 de 2020, de <https://www.netmd.org/gastroenterologia/gastroenterologia-articulos/clip-ovesco-como-tratamiento-de-rescate-en-lesion-de-dieulafoy-duodenal-con-sangrado-activo>

ANEXOS

Tabla 1

Parámetros

Parámetro	Valor	Rangos
Glóbulos blancos	25.5 × 10 ⁹ /L	4-10 × 10 ⁹ /L
Hemoglobina	9.9 g/dL	12-15.5 g/dL
Hematocrita	29%	37%-47%
Plaquetas	415 × 10 ⁹ /L	100-300 × 10 ⁹ /L
Glucosa	251 mg/dL	70-110mg/dl
Urea	158 mg/dl	20-50mg/dl
Creatinina	3.6 mg/dl	0,7- 1.4 mg/dl
Bilirrubina total	0.60 mg/dL	0-1.2 mg/dl
Bilirrubina directa	0.05 mg/dl	0-0.3mg/dl
TGO	21	0-38mg/dl
TGP	50	0-42mg/dl
TP	13.9 seg	12-14seg
TTP	29.9 seg	20-40 seg
INR	1.18	0.9-1,2

Figura 1

Hematemesis masiva presentada al ingreso del paciente



Figura 2

Lesión sobreelevada en la curvatura menor del estómago, compatible con la lesión de Dieulafoy



Figura 3

Lesión de Dieulafoy posterior a terapia endoscópica



Figura 4

Lesión de Dieulafoy con persistencia de sangrado activo pese a triple terapia endoscópica

