

Hemorragia digestiva por anomalía vascular

Sr. Editor:

En ocasiones el diagnóstico etiológico de la hemorragia digestiva resulta difícil en Pediatría, así como la interpretación de las lesiones apreciadas por endoscopia, especialmente si ésta no la realiza un pediatra, ya que las causas de hemorragia digestiva alta en el niño difieren en gran medida de las que presenta el adulto y varían en función de la edad.

Se trata de un varón de 3 años de edad, que 1 semana después de ser sometido a amigdalectomía y estando previamente bien, presenta varios vómitos abundantes de sangre roja, con repercusión hemodinámica. En las semanas siguientes sufre hasta cuatro episodios similares de hemorragia digestiva, autolimitados, y de intensidad variable (dos de ellos requieren ingreso en UCIP), permaneciendo entre ellos totalmente asintomático. Mediante gastroscopia se visua-

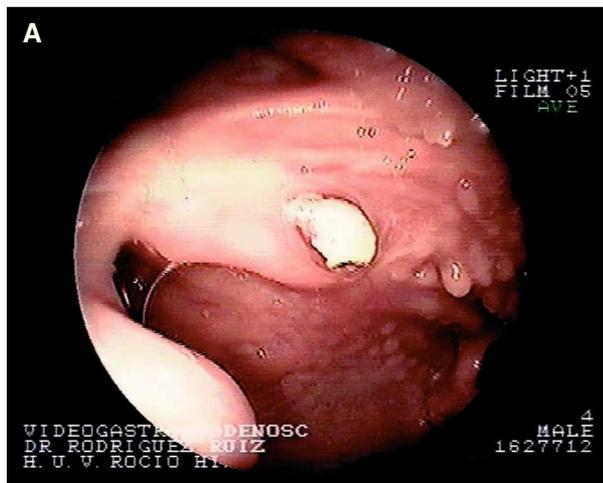


Figura 1. Úlcera a nivel de lecho amigdalario izquierdo, revestida de fibrina (A) y sin la misma (B).

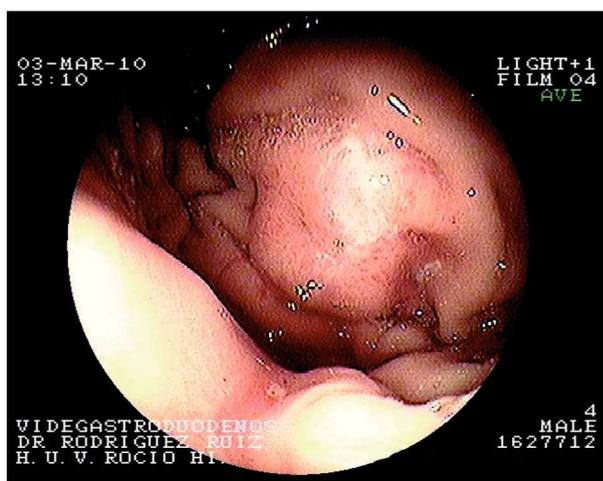


Figura 2. Lesión angiomasosa en fundus gástrico.

liza una lesión vascular subcardial hacia la curvatura menor, informada como posible malformación congénita arterial submucosa (enfermedad de Dieulafoy), por el que es derivado a nuestro hospital para tratamiento endoscópico o quirúrgico.

La repetición de la gastroscopia detecta en el pilar amigdalino izquierdo una lesión blanquecina ovalada, indicativa de la presencia de una úlcera revestida de fibrina (fig. 1A). En el *fundus* se visualiza una lesión amplia de aspecto angiomasoso de aproximadamente 3 cm de diámetro, sin coágulos ni vaso sangrante en su superficie (fig. 2). Se toman muestras para estudio anatomopatológico, el cual revela la existencia de una gastritis crónica activa, y para prueba de ureasa, positiva a los 10 min.

Se efectúa tratamiento erradicador con triple terapia, llevándose a cabo posteriormente nueva endoscopia digestiva alta, en la que se aprecia desaparición de la lesión anteriormente referida en *fundus* y persistencia de la referida a nivel del lecho amigdalario izquierdo, con imagen indicativa de ojal vascular sin cicatrizar (fig. 1B). La TC cervical revela la existencia de una variante vascular anatómica en la vascularización del cuello con un trayecto muy medial de la carótida interna izquierda, prácticamente por debajo de la mucosa del *cavum* y la orofaringe. La vascularización del lado derecho no muestra anomalías.

Ante la imposibilidad de embolización selectiva del origen de la hemorragia se decide realizar exploración quirúrgica con ligadura de la arteria carótida externa y hemostasia del lecho amigdalario izquierdo.

La evolución posterior es favorable con cicatrización completa de la lesión faríngea, y sin presentación de nuevos episodios de sangrado.

La lesión de Dieulafoy es una causa rara de hemorragia digestiva, que aparece generalmente en pacientes varones de edad media o avanzada. Desde el punto de vista histológico refleja la existencia de una inusual y gruesa arteria que atraviesa la submucosa y discurre en contacto con la mucosa. Mínimas roturas de esta capa hacen posible la rotura del vaso. Por regla general asienta en el estómago proximal, localizándose el 80% de ellas en la zona de la curvatura menor¹⁻³. Su diagnóstico inicial es endoscópico y requiere la visualización de un punto sangrante arterial a través de un defecto menor de 3 mm de la mucosa, un vaso que protruye (hemorrágico o no) dentro de un defecto mucoso pequeño con una mucosa aparentemente normal alrededor o un coágulo de base estrecha adherido a un mínimo defecto de la mucosa. Si se identifica correctamente la lesión desde un principio, la aplicación de tratamiento endoscópico suele conducir a una evolución favorable⁴.

Aunque en la literatura médica existen casos descritos de lesión de Dieulafoy en niños^{5,6}, las malformaciones vasculares en general son causas infrecuentes de hemorragia digestiva en la edad pediátrica. Por el contrario, causas habituales de hematemesis en la edad preescolar y escolar son las debidas a un origen extradigestivo, siendo la más frecuente la existencia de un punto hemorrágico a nivel otorrinolaringológico. Es por ello que dicha zona siempre debe ser explorada minuciosamente en todo paciente con una hemorragia digestiva alta, especialmente si entre los antecedentes se encuentra la manipulación de esta zona. La introducción del endoscopio bajo visión directa resulta una técnica de gran valor en estos casos.

Todas estas consideraciones, unidas a que la imagen gástrica inicial no cumplía criterios diagnósticos de lesión de Dieulafoy, nos condujo a mantener una actitud expectante en nuestro paciente, tomar biopsias para estudio anatomopatológico y considerar como primera posibilidad etiológica de hemorragia la lesión en lecho amigdalario izquierdo, probablemente secundaria a la amigdalectomía.

En resumen, en ocasiones resulta difícil identificar la causa de la hemorragia digestiva y resulta de gran importancia efectuar

una detallada anamnesis, así como considerar un origen extradi-
gestivo de la misma. Junto a ello se debe considerar la idiosin-
crasia del niño, con una expresividad diferente de las enferme-
dades con respecto al adulto.

**B. Espín Jaime, J.R. Rodríguez Ruiz,
J. Muñoz Conde, A. Pizarro Martín
y A. Rodríguez Herrera**

Unidad de Gastroenterología Infantil.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Servicio de Pediatría. Sevilla. España.

Correspondencia: Dra. B. Espín Jaime.
Cardenal Ilundain, 12, 2.º D. 41013 Sevilla. España.
Correo electrónico: espinj@wanadoo.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmulewitz N, Baillie J. Dieulafoy lesions: A review of 6 years of experience at a tertiary referral center. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1688-94.
2. Tárraga I, García V, Moreno J Hematoquecia por úlcera de Dieulafoy colónica en paciente con valvulopatía mitral intervenida y gastritis crónica atrófica. *An Med Intern.* 2003;20:215-6.
3. Fox A, Ravi K, Leeder PC, Britton BJ, Warren BF. Adult small bowel Dieulafoy lesion. *Postgrad Med J.* 2001;77:783-4.
4. Norton ID, Petersen BT, Sorbi D, Balm RK, Alexander GL, Gostout CJ. Management and long-term prognosis of Dieulafoy lesion. *Gastrointest Endosc.* 1999;50:762-7.
5. Pitcher GJ, Bowley DM, Chasumba G, Zuckerman M. Life-threatening haemorrhage from a gastric Dieulafoy lesion in a child with haemophilia. *Haemophilia.* 2002;8:719-20.
6. Lilje C, Greiner P, Riede UN, Sontheimer J, Brandis M. Dieulafoy lesion in a one-year-old child. *J Pediatr Surg.* 2004;39:133-3.