Presentaciones de casos

Sangrado digestivo alto por lesión de Dieulafoy: reporte de un caso y revisión de la literatura

Upper Gastrointestinal Bleeding due to Dieulafoy Lesion: a Case Report and Literature Review

Lizzabeta Martínez Arias[1] Jesús Paz Jiménez[1] José Ramón Martínez Pérez[2]

[1] Hospital Básico Comunitario Asunción Nochixtlan, Oaxaca, Mexico
[2] Universidad para el Bienestar Benito Juárez García. Sede Las Choapas, Veracruz, Mexico

Cómo citar este artículo:
Martínez-Arias L, Paz-Jiménez J, Martínez-Pérez J. Sangrado digestivo alto por lesión de Dieulafoy: reporte de un caso y revisión de la literatura. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Nov 24]; 16(0):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1651

Resumen

La lesión de Dieulafoy es de las causas menos frecuentes de hemorragia gastrointestinal, pero muchas veces se acompaña de una elevada mortalidad, por lo que, en todo paciente con episodios de sangrado digestivo, es importante su sospecha y reconocimiento. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 79 años, que acudió a urgencias y fue ingresado por presentar sangrado digestivo alto abundante y signos de choque hipovolémico, después de estabilizarlo hemodinámicamente, se realizó endoscopia donde se observó en la mucosa del cuerpo del estómago lesión vascular con coágulo en su superficie y hematina, compatible con lesión de Dieulafoy. La baja frecuencia y las características clínicas de esta afección motivaron la presentación de este caso clínico, que tuvo como objetivo: resaltar aspectos esenciales de la enfermedad, entre ellos, la comorbilidad con la hipertensión arterial y el consumo de antiinflamatorios no esteroideos. Se demostró la eficacia de la endoscopia como técnica diagnóstico-terapéutica en la resolución de esta afección.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, endoscopia, mortalidad, reporte de caso

Abstract

Dieulafoy's lesion is one of the less frequent causes of gastrointestinal bleeding, but it is often associated with high mortality. Therefore, it is important to suspect and recognize this condition in any patient with episodes of gastrointestinal bleeding. We present the case of a 79-year-old male patient who presented to the emergency department and was admitted with profuse upper gastrointestinal bleeding and signs of hypovolemic shock. After hemodynamic stabilization, an endoscopy was performed, revealing a vascular lesion in the gastric mucosa with a clot on its surface and hematin, consistent with a Dieulafoy's lesion. The rarity and clinical characteristics of this condition motivated the presentation of this case report, which aimed to highlight essential aspects of the disease, including its comorbidity with hypertension and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. The effectiveness of endoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in resolving this condition was demonstrated.

Key words: gastrointestinal hemorrhage, endoscopy, mortality, case report

Recibido: 2026-02-21 00:33:55
Aprobado: 2026-02-23 11:57:16

Correspondencia: Lizzabeta Martínez Arias. Hospital Básico Comunitario Asunción Nochixtlan. Oaxaca. México. martinezlizzabeta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy, también llamada “arteria de calibre persistente”; según el investigador Juler, citado por Acosta y cols.[1] fue descrita por primera vez en 1884 por *Gallard*, quien la nombró como “aneurismas miliares de estómago”. En el año 1897 el cirujano francés *Paul Georges Dieulafoy* describió que las lesiones tenían la oportunidad de convertirse en una úlcera gástrica, por lo que la denominó “exeratio simplex”.[1]

En la fisiopatología de la enfermedad, aún no bien dilucidada, se pone de manifiesto una lesión isquémica provocada por atrofia y desgarro de la mucosa que conduce a disrupción del epitelio suprayacente, con la subsecuente exposición de un vaso submucoso al contenido del intestino, que trae como resultado una erosión mecánica y química, con el consiguiente sangrado.[2]

La hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy, es una alteración poco frecuente, representa del 1 al 2 % del total del sangrado en el tracto gastrointestinal (TGI),[3] sin embargo, debido a su naturaleza arterial, puede poner en riesgo la vida del paciente. En México, una serie de casos reportó que, el 50 % de las personas con esta entidad presentaron inestabilidad hemodinámica.[2]

La afección puede aparecer en diferentes porciones del TGI, sin embargo, el estómago es el sitio más afectado porque retiene entre el 70 y el 80 % de los casos reportados.[1,3,4] Además, se relaciona con un conjunto de factores de riesgo y desencadenantes, entre ellos, la edad, el sexo, algunas comorbilidades, consumo de algunos medicamentos y hábitos tóxicos.[2,3]

Esta lesión constituye una de las causas menos frecuentes de hemorragia gastrointestinal, sin embargo, es necesario enfatizar que, se ha relacionado con sangrado gastrointestinal severo, y tasas de mortalidad de más del 80 %, por lo que es importante su sospecha y reconocimiento en todo paciente con episodios de sangrado digestivo.[4,5]

La cirugía se empleó durante mucho tiempo como terapia de elección, no obstante, en la actualidad la endoscopia constituye el método más acertado para su diagnóstico y terapéutica.[1,2]

Por la baja frecuencia y características clínicas de la lesión de Dieulafoy, se realiza la presentación de este caso clínico, con el objetivo de describir algunos aspectos esenciales de la enfermedad y resaltar la endoscopia como el principal método diagnóstico-terapéutico en el sangrado digestivo por este tipo de afección.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 79 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), tratado con telmisartán 80 mg diarios. El viernes 11 de abril del 2025 comenzó a presentar mareos y el sábado 12 de abril del 2025, continuó con este síntoma, aparecieron además náuseas y vómitos de contenido hemático de aproximadamente 500 ml, obnubilación y desmayo, así como, ligero dolor en epigastrio, por lo que fue llevado por sus familiares a la sala de urgencias del Hospital Básico Comunitario Asunción Nochixtlan, Oaxaca, México.

El paciente no refirió antecedentes de enfermedad ácido péptica, negó alcoholismo, tabaquismo, consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), negó además hospitalizaciones previas y alergia a medicamentos.

A la exploración física en el Servicio de Urgencia se apreciaron:

- Huellas de sangre en fosas nasales y en la boca.
- Palidez cutáneo-mucosa.
- Presión arterial: 80/60 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 102 latidos por minuto.
- Pulso: rápido y filiforme.
- Llene capilar: 2 segundos.
- Frecuencia respiratoria: 28 respiraciones por minuto.
- SaO_2: 90 %.
- Temperatura: 36,5°C.
- A la palpación de abdomen: se registró dolor en epigastrio, sin signos de alteraciones hepáticas y al tacto rectal, se observó guante manchado de sangre, positivo a melena.

Los exámenes de laboratorio mostraron los siguientes resultados:

- Hemoglobina: 10,8 mg/dl.
- Hematocrito: 33 %.
- Leucocitos: 14,8 mm^3.
- Neutrófilos: 83 %.
- Linfocitos: 17 %.
- Plaquetas: 174 mm^3.

- Tiempo de coagulación: prolongado.
- Tiempo de protrombina (TP): 15,1 segundos.
- Tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa): 48,0 segundos.

En ese momento se catalogó como un shock hipovolémico Grado III por hemorragia de tubo digestivo alto de posible causa no varicial y una posible gastropatía erosiva, en la clasificación de *Glasgow-Blatchford*. (Tabla 1).

Tabla 1. Escala de *Glasgow-Blatchford*, variables clínicas y analíticas consideradas y puntuaciones para cada uno de sus valores

Marcadores de riesgo a la admisión	Valor en la escala
Urea plasmática (mg/dl)	
≥ 38 < 47	2
≥ 47 < 58	3
≥ 58 < 147	4
≥ 147	6
Hemoglobina (g/dl). Varones	
≥ 12,0 < 13,0	1
≥ 10,0 < 12,0	3
< 10,0	6
Hemoglobina (g/dl). Mujer	
≥ 10,0 < 12,0	1
< 10,0	6
Tensión arterial sistólica (mmHg)	
100 – 109	1
90 – 99	2
< 90	3
Otros marcadores	
Pulso ≥ 100 lpm	1
Presentación con melena	1
Presentación con síncope	2
Enfermedad hepática previa*	2
Fallo cardíaco**	2

* Historia conocida o evidencia clínica, analítica de enfermedad crónica o aguda
** Historia conocida o evidencia clínica o ecocardiográfica de fallo cardiaco

Se presentó una valoración de 11 puntos, con riesgo alto de sangrado (más del 50 %), por lo que el paciente fue tributario de transfusión.

Se indicaron soluciones cristaloides

- Línea A: solución Hartmann 1000 ml, por una hora, continuar con 1000 ml por 8 horas.
- Línea B: solución Hartmann 500 ml durante 8 horas, transfusión de un concentrado eritrocitario (CE) y de plasma fresco (PF), omeprazol 80 mg endovenoso dosis única, posterior 40 mg en 50 ml de solución salina fisiológica al 0,9 % durante 24 horas, sucralfato 1g triturado vía oral cada 8 horas y ondansetrón 8 mg endovenoso cada 12 horas.

Se lograron controlar los vómitos, además, se estabilizó hemodinámicamente el paciente y se hizo la referencia a segundo nivel para realizar estudio endoscópico. En la sala de hospitalización dos días después (14 de abril del 2025) se repitieron los exámenes de laboratorio:

- Hemoglobina: 9,6 mg/dl.
- Hematocrito: 30 %.
- Leucocitos: 8,4 $mm^{3.}$
- Neutrófilos: 79 %.
- Linfocitos: 20 %.
- Basófilos: 0,1 %.
- Plaquetas: 158 $mm^{3.}$
- Tiempo de coagulación: normal.
- Se realiza ultrasonograma abdominal que mostró crecimiento prostático Grado I, resto del abdomen sin evidencia de alteraciones.

Al cuarto día del ingreso (16 de abril del 2025), con el paciente sin vómitos y una hemoglobina con valores superiores a 8,0 mg/dl, previa anestesia, se realizó estudio endoscópico superior, en el que se detectó gastropatía erosiva fúndica probablemente reactiva y en la mucosa del cuerpo del estómago una lesión vascular con coágulo en su superficie y hematina compatible con una lesión de Dieulafoy. (Fig. 1).



Fig. 1. Imagen endoscópica de la lesión de Dieulafoy en la mucosa del cuerpo del estómago

La lesión vascular fue tratada con escleroterapia de sus bordes con adrenalina al 1:10000 y electrocoagulación con asa caliente de polipectomía. (Fig. 2).



Fig. 2. Imagen endoscópica de lesión Dieulafoy que fue tratada con escleroterapia de sus bordes con adrenalina al 1:10000 y electrocoagulación con asa caliente de polipectomía

El paciente después del tratamiento con escleroterapia y electrocoagulación mediante la endoscopia presentó una evolución clínica satisfactoria sin recidivas del cuadro hemorrágico por lo que a los seis días de hospitalización (18 de abril del 2025) fue dado de alta, se indicó tratamiento protector de la mucosa gástrica con, sucralfato 1g por vía oral cada 12 horas por 4 meses y cinitaprida (tabletas) 1mg cada 12 horas por 4 meses, así como, la indicación de continuar con tratamiento para hipertensión con telmisartán 80 mg diarios y su seguimiento en la unidad médica de su comunidad, además, se dio cita para seguimiento del cuadro de sangrado digestivo.

Se realizaron dos consultas de seguimiento, la primera el 18 de agosto del 2025 y la siguiente, el 10 de diciembre del 2025, en ambas el paciente conservaba la mejoría clínica y se mantenía sin signos de recidiva del sangrado digestivo, el tratamiento endoscópico fue efectivo.

Los autores hacen declaración explícita del consentimiento informado del paciente para la realización de la publicación.

DISCUSIÓN

La lesión de Dieulafoy es una malformación vascular del desarrollo del TGI. Se trata de un vaso sanguíneo submucoso dilatado que sangra sin ninguna anomalía, como úlceras o erosiones.[6] Predomina en la curvatura menor del estómago, donde se producen entre el 80 al 95 % de estas lesiones, lo cual se explica por la rica irrigación y gran calibre de las arterias de esta zona, es poco común su hallazgo en zonas del tubo digestivo bajo.[3,6,7]

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en sujetos varones, entre la quinta y sexta décadas de la vida, con una relación varón-mujer de 2:1. Tiene entre sus principales comorbilidades: hipertensión, cardiopatías, enfermedad renal o diabetes. Asimismo, 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.[2,3,4,6]

Por otro lado, autores como Alfonso y cols.[8] plantean que no se ha podido establecer una relación causal directa entre el consumo de alcohol, de tabaco y la enfermedad.

El diagnóstico es un reto y no es frecuente que se precise de más de una técnica de exploración para lograrlo. La endoscopia es la exploración diagnóstica de elección, además de facilitar el diagnóstico también permite el tratamiento. En caso de fracaso de la endoscopia, para la identificación de la lesión, se opta por la angiografía o angiografía por tomografía computarizada (Angio-TAC), especialmente útil para lesiones localizadas en colon y recto.[7,8,9]

Martínez y cols.[2] citan un conjunto de investigadores, quienes plantean que, hasta 1990 la intervención quirúrgica fue el pilar del tratamiento de la lesión de Dieulafoy, y se asociaba con una elevada tasa de mortalidad, por otro lado, la endoscopia terapéutica evolucionó hasta convertirse en una modalidad factible, segura y eficaz con una tasa de éxito hemostático entre el 75 y el 100 %, por lo que la cirugía actualmente ha sido remplazada por técnicas endoscópicas y angiográficas, utiliza terapias como la inyección de adrenalina-noradrenalina, escleroterapia, coagulación térmica, electrocauterización, coagulación de argón o la aplicación de bandas o hemoclips.

Antes de la implementación de la endoscopia, la mortalidad por sangrado debido a la lesión de Dieulafoy era alta, ya que el único tratamiento existente era la ligadura quirúrgica del vaso aberrante o la gastrectomía subtotal o total, sin embargo, con el empleo de las técnicas endoscópicas hemostáticas se ofreció un enfoque terapéutico diferente y efectivo, con una reducción en la tasa de mortalidad de alrededor del 10 %.[10]

También es importante señalar que en algunas ocasiones se dificulta el diagnóstico por endoscopia y después de aplicar tratamiento a través de esta técnica, se ha producido resangrado, por lo que ha sido necesario la intervención quirúrgica del paciente, para resecar o ligar el vaso lesionado.[1,3,5,8] Esta falta

de éxito terapéutico de la endoscopía, Verdeccia y cols.[11] la relacionan con la presencia de una excesiva cantidad de sangre, coágulos y/o de lesiones sutiles.

En pacientes con sangrado del tubo digestivo, sobre todo, con hemorragia masiva que no se acompaña de dolor, el médico debe tener presente, como diagnóstico diferencial, la lesión de Dieulafoy. En el manejo del paciente se debe priorizar la estabilización hemodinámica y después mediante el abordaje endoscópico la visualización directa de la lesión, asimismo, se debe aprovechar este momento para realizar el procedimiento hemostático definitivo.[12]

La ubicación más frecuente de la lesión de Dieulafoy es el estómago, la enfermedad se asocia a diversos factores, entre ellos la edad que supera la quinta y sexta décadas de vida, el sexo masculino, presencia de comorbilidades como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la insuficiencia renal, quemaduras, consumo de antiinflamatorios no esteroideos, anticoagulantes, agentes antiplaquetarios y alcoholismo, entre otros, algunos de ellos presentes en este paciente.

Se demostró además la eficacia de la endoscopia como técnica diagnóstico-terapéutica en la resolución de esta afección.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Roles de autoría:

1- Conceptualización: Lizzabeta Martínez Arias, Jesús Paz Jiménez.

2- Curación de datos: José Ramón Martínez Pérez.

3- Análisis formal: Lizzabeta Martínez Arias, Jesús Paz Jiménez, José Ramón Martínez Pérez.

4- Adquisición de los fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5- Investigación: Lizzabeta Martínez Arias, Jesús Paz Jiménez.

6- Metodología: José Ramón Martínez Pérez.

7- Administración del proyecto: Lizzabeta Martínez Arias.

8- Recursos materiales: Lizzabeta Martínez Arias, Jesús Paz Jiménez.

9- Software: Jesús Paz Jiménez.

10- Supervisión: Lizzabeta Martínez Arias.

11- Validación: Lizzabeta Martínez Arias.

12- Visualización: Jesús Paz Jiménez.

13- Redacción - borrador original: José Ramón Martínez Pérez.

14- Redacción - revisión y edición: Lizzabeta Martínez Arias, Jesús Paz Jiménez, José Ramón Martínez Pérez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta T, Moreno LS, Ordóñez S, Ocampo M, Jaramillo G. Lesión de Dieulafoy: presentación de un caso con una variable anatómica atípica. Rev Colomb Gastroenterol[Internet]. 2024[citado 8/7/2025];39(4):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572024000400505&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

2. Martínez CA, Álvarez ED, Lara U, Murcio E. Lesión de Dieulafoy en el recto: reporte de un caso. Rev Gastroenterol Méx[Internet]. 2023[citado 6/5/2025];88(3):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S037509062300040X.

3. Cervín C, Haro S, González J, Aragón FR. Sangrado de tubo digestivo bajo por lesión de Dieulafoy rectal: a propósito de un caso. Rev Colom Gastroenterol[Internet]. 2024[citado 8/5/2025];39(1):[aprox. 2p.]. Disponible en: https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/994/1779.

4. Sierra JA, Mejía FA, Pérez MP, Pérez GE. Lesión de Dieulafoy en estómago como causa de sangrado gastrointestinal alto: presentación de un caso. MÉD UIS[Internet]. 2019[citado 8/7/2025];32(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/pdf/muis/v32n1/0121-0319-muis-32-01-27.pdf.

5. Armendariz R, Rodríguez A, Vaca D,

Domínguez M, Moreno C. Lesión de Dieulafoy con resolución quirúrgica: Presentación de un caso. LATAM[Internet]. 2024[citado 7/5/2025];5(3):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://revistalatam.redilat.org/index.php/lt/article/view/2163.

6. Malik TF, Anjum F. Dieulafoys Lesión que causa sangrado gastrointestinal Bleeding[Internet]. Treasure Island:StatPearls Publishing;2023[citado 6/5/2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562267/.

7. Jiménez A, Carabaño I, Mur C, López L, Sánchez A, Rasero M. Lesión de Dieulafoy, ¿y eso qué es? Rev Pediatr Aten Prim[Internet]. 2023[citado 7/5/2025];25(99):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://pap.es/articulo.php?lang=es&id=13994&term1.

8. Alfonso M, Soldevila C, Ferrer E, Segura JJ, González FX. Abordaje laparoscópico de hemorragia digestiva secundaria a lesión de Dieulafoy yeyunal. Cir cir[Internet]. 2021[citado 8/5/2025];89(Suppl. 2):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89s2/0009-7411-cir-89-S2-22.pdf.

9. García I, Hernanz N, Vázquez E, Tavío E. Hemorragia digestiva recurrente por lesión de Dieulafoy tratada con éxito mediante esclerosis guiada por ecoendoscopia. Gastroenterol Hepatol[Internet]. 2018[citado 8/5/2025];41(5):[aprox. 2p.]. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-S0210570517301486.

10. Lama VA, Castro MZ, Morante JL, García AA. Lesión de Dieulafoy. RECIAMUC[Internet]. 2020[citado 7/5/2025];4(3):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/494/805.

11. Verdeccia CP, Cardozo HR. Reporte de Caso: Hemorragia digestiva alta. Lesión de Dieulafoy de duodeno. Rev Cir Parag[Internet]. 2021[citado 8/7/2025];45(2):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://cirugia.org.py/index.php/revista/article/view/103/83.

12. Gallo B, Nieto JR, Gallo B, Ibarra JJ, Santibáñez KE, Hidalgo C. Lesión de Dieulafoy rectal: una causa rara, pero potencialmente mortal de hemorragia del tubo digestivo bajo. Acta Méd Grupo Ángeles[Internet]. 2020[citado 7/5/2025];18(3):[aprox. 3p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v18n3/1870-7203-amga-18-03-302.pdf.