

UM CURIOSO CASO DE SANGRAMENTO DIGESTIVO – LESÃO DE DIEULAFOY

Bruno dos Santos Farnetano¹
Marcos Augusto de Carvalho
Renato Gomes Pereira
Ana Paula Daibert Rizzo Pimentel
Glauber Souza Mendes Mota
Tiago Antonioli

Paciente de 64 anos, sexo feminino, natural de Piraúba-MG, aposentada, casada e mãe de 3 filhos, com história de hipertensão, em uso regular de medicações. Nega tabagismo, etilismo e outras patologias prévias.

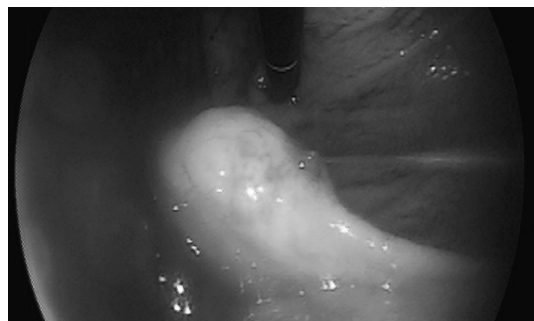
Foi admitida no Hospital Santa Isabel no dia 12 de setembro de 2015 com história de tontura e melena associadas a dor em baixo ventre há 24 horas e com piora importante nas últimas 6 horas. Negava dor em epigastro, uso de anti-inflamatórios não hormonais (AINE's) ou quaisquer outras medicações.

Na admissão apresentava-se hipotensa (90x60mmHg), hipocorada 3+/4+, desidratada 1+/4+, FC: 110bpm, eupneica, sem alterações cardiorespiratórias e com abdômen inocente.

Exames laboratoriais apontavam hemoglobina de 8.1, hematócrito de 23.8, plaquetas de 200.000, leucócitos de 16.700 com 83% de segmentados e sem desvio à esquerda, ureia de 139.2 e creatinina de 1.11.

Foi realizada hemotransfusão de um concentrado de hemácias, infusão de cristaloides, iniciado inibidor de bomba de prótons venoso e solicitada endoscopia digestiva alta, a qual mostrou estômago repleto de coágulos e lesão sangrante sugestiva de lesão de Dieulafoy em parede anterior, próximo a cardia, sem evidência de ulceração (Figura 1). Foi administrada injeção de adrenalina com controle adequado do sangramento.

Figura 1 – Sangramento ativo em jato proveniente da lesão de Dieulafoy



A paciente precisou de mais 2 concentrados de hemácias, porém a exteriorização de sangramento cessou.

Endoscopia de controle após 48 horas mostrou lesão em parede gástrica compatível com o local da injeção de adrenalina, sem sinais de sangramento ativo (Figura 2).

Figura 2 – No local da lesão inicial nota-se a presença de mucosa isquêmica – pós injeção de adrenalina – sem sinais de sangramento ativo



A paciente seguiu de alta assintomática, para acompanhamento ambulatorial.

¹ brunofeital@hotmail.com

DISCUSSÃO

Paul Georges Dieulafoy (1839-1991), um professor parisiense de patologia foi o primeiro a descrever uma série de 10 casos de hematêmese maciça por sangramento de um vaso gástrico, sem evidência de ulceração. O médico concluiu que a lesão não se devia a uma úlcera gástrica típica, ganhando o nome de “lesão de Dieulafoy”(1). A literatura atual descreve lesões de Dieulafoy em duodeno, íleo, jejuno, cólon e esôfago, assim como em sítios extra intestinais, como brônquio (2).

A Doença de Dieulafoy é uma causa incomum de sangramento digestivo. A lesão é causada por uma anormalidade de uma artéria submucosa, tortuosa e de calibre aumentado. Esse achado foi demonstrado pela análise histológica de espécimes biopsiados. A protuberância da artéria se dá por um defeito da mucosa (2-5 mm), comumente na porção superior do estômago, que pode se romper espontaneamente. É sugerido que a fina camada de mucosa adjacente a artéria pulsante pode sofrer erosão progressiva pela pressão mecânica desse vaso anormal (3).

Em aproximadamente 4-9% dos sangramentos gastrointestinais de grande volume não se encontra uma causa definida e acredita-se que uma lesão de Dieulafoy pode ser a causa em cerca de metade desses casos (4). São mais comuns em homens, e parece não haver relação com uso de anti-inflamatórios não hormonais ou abuso de álcool (5).

O sintoma mais comum é o sangramento recorrente e frequentemente de grande monta (hematêmese associada a melena); e a média de hemoglobina na admissão descrita em vários estudos é de 8,4 – 9,2g/dl (6).

A lesão de Dieulafoy pode se apresentar, endoscopicamente, das seguintes maneiras: 1) Um entalhe superficial na mucosa gástrica, vasos sanguíneos na mucosa e coágulos na sua superfície; 2) Um defeito focal na pequena curvatura gástrica a cerca de 6 cm da junção esofagogástrica, complicado com sangramento ativo; 3) Protusão de pequenas artérias na mu-

cosa e sangramento ativo 4) Sinais de equimos e na mucosa gástrica.

Histologicamente, a artéria rompida tem aspecto normal. Não há evidências de processos inflamatórios de mucosa, sinal de ulcerações profundas, vasculites, formação de aneurisma ou aterosclerose (7).

Após o desenvolvimento das técnicas de tratamento endoscópico, as cirurgias passaram a ser tratamento secundário, e a taxa de mortalidade foi reduzida significativamente (80% para 8.6%) (7).

Existem três possibilidades para o tratamento endoscópico: mecânico (clipagem, ligadura elástica), termal ou aplicação de substâncias (adrenalina ou substâncias esclerosantes). A escolha do método depende da experiência do endoscopista e não menos importante, do seu campo visual ao realizar o procedimento.

O tratamento por angiografia é também uma opção, porém reservado para sangramentos não controlados por via endoscópica ou para aqueles pacientes com contraindicação cirúrgica.

O prognóstico de pacientes sem comorbidades e que recebam prontamente o diagnóstico e tratamento específicos é excelente, ocorrendo ressangramento na minoria absoluta dos casos.

Nossa paciente apresentou um quadro de hemorragia digestiva alta com repercussão hemodinâmica e foi prontamente tratada endoscopicamente. Mais de um século após a sua descrição, a lesão de Dieulafoy ainda precisa ser lembrada como uma causa tratável de sangramento digestivo.

REFERÊNCIAS

1. J Thimmapuram, M Shah, J Srour, “Esophageal Dieulafoy lesion: an unusual cause of GI bleeding,” *Gastrointestinal Endoscopy* 2011;73: 1055-6.
2. J Assoc Physicians India. 2014 Jun; 62(6): 526-8.
3. Miko TL, Thomazy VA. The caliber persistent artery of the stomach: a unifying approach to gastric aneurysm, Dieulafoy’s lesion and submucosal arterial malformation. *Hum Path* 1988; 19: 914-21.
4. Margreiter R, Weimann S, Reidler L, Schwamberger

- K. Die Exulceratio simplex Dieulafoy. *Leber Magen Darm* 1977; 7: 353-6.
5. Baettig B, Haecki W, Lammer F, Jost R. Dieulafoy's disease: endoscopic treatment and follow up. *Gut* 1993; 34: 1418-21.
6. Baxter M, Aly EH. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 548-54.
7. Gambhire AP et al. Dieulafoy Disease of Stomach - An Uncommon Cause of Gastrointestinal System Bleeding. *Journal of the association of physicians of india* • vol 62 • published on 1st of every month 1st june, 2014.