

Lesão de Dieulafoy do fundo gástrico

Dieulafoy's lesion of the gastric fundus

CHRISTIANA HADDAD ZEVE¹, RICARDDO HADDAD ZEVE¹, GABRIEL MATTHEUS BERNARDI¹, JORGE LUIZ DE MATTOS ZEVE²

RESUMO

Hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência clínica exteriorizada através de melena, hematêmese, além de alterações hemodinâmicas decorrentes de perda volêmica. Existem vários diagnósticos etiológicos causadores de hemorragias digestivas altas; dentre eles, uma causa rara é lesão de Dieulafoy, sendo relacionada acerca de 2% dos casos de HDA. Neste relato, descreveremos um caso de lesão de Dieulafoy, evidenciando a relevância desta lesão como um importante diagnóstico diferencial nas causas de hemorragia digestiva alta. O procedimento diagnóstico e o manejo atual são fundamentados pela endoscopia digestiva alta. A hemostasia endoscópica é realizada, utilizando técnicas como eletrocoagulação, injeções com adrenalina e hemoclips.

Unitermos: Dieulafoy, Hemorragia Digestiva Alta, Endoscopia, Hemostasia, Melena, Hematêmese.

SUMMARY

Upper gastrointestinal bleeding (UGBI) is a clinical emergency externalized through melena, hematemesis and hemodynamic changes due to volume loss. There are a lot of etiological diagnosis of gastroduodenal hemorrhages, including Dieulafoy which is a rare cause related about 2% of the UGBI cases. In this report we describe a case of Dieulafoy lesion highlighting the importance of this lesion as a rare and important differential diagnosis in cases of upper gastrointestinal bleeding. The current diagnostic and management is justified by endoscopy. Endoscopic hemostasis is performed using techniques such as electrocoagulation, injections of adrenaline and hemo-clips.

Keyword: Dieulafoy, Upper Gastrointestinal Bleeding, Endoscopy, Hemostasis, Melena, Hematemesis.

INTRODUÇÃO

A lesão de Dieulafoy foi descrita, pela primeira vez, por George Dieulafoy em 1898. Ela ocorre prevalentemente em região de fundo gástrico e é decorrente de uma anomalia arterial congênita. Consiste de uma arteríola com calibre persistente que faz protusão em um pequeno defeito da mucosa. Essa injúria é uma causa rara de hemorragia digestiva alta de difícil diagnóstico.

RELATO DE CASO

JPM, masculino, 35 anos, natural de São Paulo, SP, pecuarista, apresentou episódio de hematêmese, foi atendido em cidade próxima, internado durante dois dias.

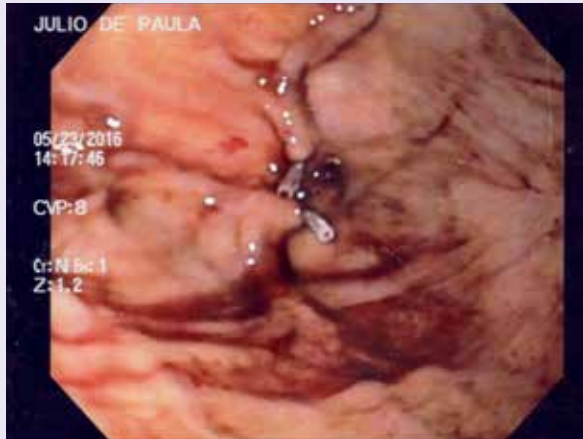
A recidiva do sangramento fez com que fosse encaminhado ao nosso Serviço, tinha antecedente de uso de anti-inflamatórios não hormonais para problema dentário uma semana antes.

Apresentou-se lúcido, hipocorado, trazendo a série vermelha do dia anterior: hemoglobina 9,20 g/Dl e hemoglobina 27,9%; na entrada apresentou novo episódio de hematêmese e queda da série vermelha (Hb 23,5% e Ht 23,5%). Realizada endoscopia, identificou-se lesão com ponto de sangramento no fundo gástrico com sangramento em "ba-ba-ção"; houve colocação de clips e esclerose com solução de adrenalina com parada do sangramento (figura 1). Este

1. Acadêmicos de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná - PR - Brasil. **2.** Membro Titular da SOBED, FBG e da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica. Professor Assistente de Cirurgia da Universidade Federal de Tocantins, Doutor em Ciências pela Universidade de Brasília - TO - Brasil. **Endereço para correspondência:** Jorge Luiz de Mattos Zeve - Av. Teotônio Segurado, 401 Sul - Conjunto 1 - 1º andar - Centro Empresarial Médico - CEP 77062-155/e-mail: zeve@uol.com.br. **Recebido em:** 27/07/2016 / **Aprovado em:** 23/08/2016.

procedimento foi realizado em decúbito lateral direito para deslocar os coágulos e o sangue da região da lesão; houve controle endoscópico no dia seguinte e revisão com 20 dias, com evidência dos clips e ausência de lesão (figura 2).

Figuras 1 e 2



DISCUSSÃO

Hemorragia digestiva alta (HDA) é uma emergência clínica¹, que frequentemente se exterioriza através de melena, hematêmese e enterorragia além de manifestações hemodinâmicas de perda volêmica. Esta entidade possui taxa de mortalidade ao redor de 10%, com uma variação entre 2% e 17%.² A taxa de mortalidade pode aumentar para até 70% naqueles pacientes que apresentam hemorragia digestiva como complicação de outras doenças.³

De uma forma geral, as causas de sangramento digestivo alto são: a doença ulcerosa péptica (40 a 50% dos casos de sangramento), as erosões gastroduodenais (20 a 30%) e

as varizes esofágicas (10 a 20%), e as outras causas, como síndrome de Mallory-Weiss, esofagite, duodenite, neoplasia gástrica, gastropatia congestiva, hemobilia, fístula aorto-entérica, lesão de Dieulafoy, ectasia vascular antral e demais são responsáveis pelo percentual restante.^{4,5}

A lesão de Dieulafoy é uma causa rara de hemorragia digestiva alta (HDA) (1-2%) não varicosa de difícil diagnóstico⁶, que pode estar associada a hemorragias digestivas repetitivas e maciças⁷.

Essa injúria pode ocorrer em vários locais anatômicos, como porção proximal do estômago, cólon, intestino delgado, lesões anorretal e extraintestinais; 75-90% ocorrem no estômago proximal.⁸

A lesão é causada por uma malformação congênita⁷, que consiste na presença de uma arteríola tortuosa de calibre persistente, fazendo protrusão em uma falha da mucosa gástrica, geralmente a 6 cm da junção esôfago-gástrica na pequena curvatura do estômago.

Esta arteríola anômala pode erodir na cavidade gástrica devido a uma combinação de fatores como tensão na parede do vaso sanguíneo, a digestão péptica e pressão erosão, e danos na mucosa local, possivelmente relacionados com o AINE e álcool.⁹

A lesão de Dieulafoy acomete principalmente pacientes com idade avançada e com comorbidades associadas, como cirrose hepática, insuficiência renal crônica, hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes *mellitus* tipo 2 e angiodisplasias. Estas comorbidades são fatores que possivelmente alteram a angiogênese, favorecendo aparecimento de neovasos arteriais aberrantes.^{10,11}

As manifestações clínicas são a instalação súbita de hematêmese massiva e melenas, com recorrência em poucos dias, e, dependendo da magnitude do sangramento, o paciente pode apresentar sinais de instabilidade hemodinâmica como hipotensão e taquicardia.^{12,13}

O procedimento diagnóstico de escolha é a endoscopia digestiva alta, com efetividade em mais de 90% dos pacientes. Este exame revela uma pequena área protusa de cor marrom avermelhada sem ulcerações circundantes.¹⁴ Cerca de 6% dos pacientes necessitam de 3 ou mais endoscopias para o diagnóstico, que pode ser difícil, especialmente no primeiro episódio devido ao tamanho da lesão e o caráter intermitente da hemorragia.

Por isso, a utilização do ultrassom endoscópico pode ajudar no diagnóstico dessa condição, pois localiza o vaso submucoso com grande precisão.¹⁵

Devido à dificuldade de diagnosticar a lesão de Dieulafoy através da EDA podem ser utilizados outros métodos radiológicos como trânsito intestinal, arteriografia, tomografia computadorizada helicoidal e ressonância magnética.⁷

O tratamento inicial da lesão de Dieulafoy consiste na reposição volêmica, se necessário com preferência a hemoderivados e monitorização dos dados vitais.

Quando a lesão é documentada por endoscopia, deve ser feita a hemostasia endoscópica, utilizando técnicas como eletrocoagulação, *heater probe*, injeções com adrenalina, hemoclips, ligadura com banda, coagulação com plasma argônico e angiografia com embolização seletiva.

Com a evolução dos métodos de hemostasia endoscópica, houve uma acentuada redução na necessidade de cirurgia para o tratamento desta lesão e houve significativo decréscimo na taxa de mortalidade, de 80% para aproximadamente 10%.¹⁶

Ressangramento é definido por um ou mais sinais de hemorragia digestiva, tais como hematêmese, hematoquezia, sangue fresco aspirado via sonda nasogástrica, sinais vitais instáveis ou redução da hemoglobina maior que 2g/dL depois de 12h da hemostasia.¹⁶

Em um estudo realizado com 80 pacientes homens e 36 mulheres com lesão de Dieulafoy, portadores de diversas comorbidades, dentre elas hipertensão, diabetes *mellitus* tipo 2, doença renal, infecção, choque e cirrose hepática, houve taxa de ressangramento em 10 pacientes (8,5%) em média 2,8 dias após a hemostasia primária.

Doença renal e infecção tiveram taxa de ressangramento significativamente maior do que naqueles pacientes que não tiveram ressangramento.¹⁶

CONCLUSÕES

A lesão de Dieulafoy é uma malformação congênita caracterizada por uma arteríola anômala de calibre persistente, que faz protusão em uma falha da mucosa, prevalentemente em região de fundo gástrico. Essa arteríola pode erodir na cavidade gástrica decorrendo em manifestações hemodinâmicas de perda volêmica, melena e hematêmese.

A endoscopia digestiva é o procedimento de escolha para diagnóstico e tratamento. Apesar da lesão de Dieulafoy não estar relacionada ao uso de AINEs, este fato aconteceu no paciente e pode ter sido fator desencadeante do quadro de HDA.

REFERÊNCIAS

1. De Almeida, T. C. et al. Etiologia da hemorragia digestiva alta em hospital de emergência em Recife – Pernambuco. *Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva (GED)*, v. 32, p. 76-81, 2013.
2. Maio, A. J. P. Hemorragia digestiva alta. 2012. 44p. Tese (Mestrado Integrado em Medicina - Cirurgia Geral) - Faculdade de Medicina Universidade do Porto, Porto, Portugal.
3. Laine, L., Peterson, W. L. Bleeding peptic ulcer. *New England Journal of Medicine*, v. 331, p. 717-27, 1994.
4. Luna, L. L. et al. Hemorragia digestiva alta não-varicosa: diagnóstico e tratamento endoscópico. *Endoscopia Digestiva*, Rio de Janeiro, Medsi, p. 459-81, 1994.
5. Leal, P. V. et al. Avaliação das características clínicas, epidemiológicas e endoscópicas dos pacientes com hemorragia digestiva alta em um hospital do sul de Santa Catarina. *Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva (GED)*, v.33, p. 1-6, 2014.
6. Santiago, M. G; Dani, R. Projeto diretrizes: Hemorragia digestiva. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2002.
7. Sanzio, D. S. et al. Doença de dieulafoy associado a rins e fígados policísticos. *Gastroenterologia endoscópica digestiva*, São Paulo, v.31, n.2, p. 65-67, 2012.
8. Malliaras, GP; Carollo, A; Bogen, G. Esophageal Dieulafoy's lesion: an exceedingly rare cause of massive upper GI bleeding. *Journal of Surgical Case Reports*. 2016, 6, 1-2, June 2016. ISSN: 20428812.
9. Lara, LF; et al. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes. *Digestive Diseases And Sciences*. United States, 55, 12, 3436-3441, Dec. 2010. ISSN: 1573-2568.
10. Ibanez, A. et al. Aspectos clínicos y tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva por lesión de Dieulafoy. *Revista espanhola de enfermedades digestivas*, v.99, n.9, 2007.
11. Gonzales-Sanchez, C. B. et al. Lesión de Dieulafoy: Aspectos generales de diagnostico y tratamiento. *Elservier*. v. 22, n. 4, 2010.
12. Schmulewitz, N., Baillie, J. Dieulafoy lesion: a review of six years of experience at a tertiary referral center. *The Americal Journal of Gastroenterology*. V. 96, n.6, p. 1688-94, 2001.
13. Regula, J. et al. Vascular lesions of the gastrointestinal tract. *Best Practice & Researct Clinical Gastroenterology*, v. 22, n. 2, p. 313-28, 2008.
14. Riviera, D. B. et al. Hemorragia digestiva alta secundaria a lesión de Dieulafoy. *Revista Ciencias de la Salud*, v.10 (3), p. 421-428, 2012.
15. Jamanca-Poma, Y. Et al. Prognostic for recurrence of gastrointestinal bleeding due to Dieulafoy's lesion. *World journal of gastroenterology*. V. 18, n.40, p. 5734-5738, 2012.
16. Park, S. H. et al. Predictors of rebleeding in upper gastrointestinal dieulafoy lesion. *Clinical Endoscopy*. v.48 n.5 p. 385-391, 2015.