

Lesión de Dieulafoy yeyunal causante de hemorragia digestiva severa. Reporte de caso

Jejunal Dieulafoy lesion as a cause of severe gastrointestinal hemorrhage. Case report

Lesão de Dieulafoy jejunal como causa de hemorragia digestiva severa. Relato de caso

Lucía Fein¹, Gabriela Carro², José Salsamendi³, Virginia Curbelo⁴, Claudio Iglesias⁵, Natalia Maciel⁶, Gabriel Giannini⁷

Resumen

Introducción: la lesión de Dieulafoy constituye una causa excepcional de hemorragia digestiva severa en la edad pediátrica, con escasos reportes internacionales y sin publicaciones previas en Latinoamérica. Creemos que este caso, diagnosticado y tratado en nuestro medio, aporta un valor relevante para la comunidad pediátrica nacional y regional, subrayando la importancia del diagnóstico oportuno y del abordaje multidisciplinario en este tipo de urgencias potencialmente fatales. La hemorragia digestiva severa con repercusión hemodinámica en edad pediátrica constituye una urgencia poco frecuente, siendo excepcional la causada por una lesión de Dieulafoy yeyunal.

Presentación del caso: adolescente de 13 años que consultó por enterorragia profusa con repercusión hemodinámica. Inicialmente se realizó laparoscopia de emergencia que descartó el planteo de divertículo de Meckel. La esófago-gastro-duodenoscopia fue normal y la colonoscopia no logró buena visualización dada la ocupación por coágulos. La angiografía mesentérica localizó el sangrado a nivel del yeyuno y permitió realizar embolización. Presentó resangrado posterior, diagnosticándose la lesión mediante cápsula endoscópica. Se efectuó resección yeyunal con anastomosis término-terminal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de úlcera de Dieulafoy. Evolucionó favorablemente, sin recurrencias de sangrado a los dos años de seguimiento.

Conclusiones: el diagnóstico etiológico de una hemorragia digestiva baja severa con repercusión hemodinámica puede resultar un verdadero desafío.

1. Residente. Clínica Quirúrgica Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Prof. Adj. Clínica Quirúrgica Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Asist. Clínica Quirúrgica Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Médico. Servicio Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Prof. Adj. Jefe Servicio Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

6. Médico. Servicio Anatomía Patológica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

7. Prof. Clínica Quirúrgica Pediátrica. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

Clínica Quirúrgica Pediátrica. Servicio Gastroenterología y Endoscopia Digestiva Pediátrica. Servicio Anatomía Patológica. CHPR.

Trabajo inédito. El envío no ha sido publicado previamente ni se ha sometido a consideración por ninguna otra revista.

Declaramos no tener conflictos de intereses. Los autores declaran no tener intereses en competencia. La edición de este manuscrito se realizó con fondos propios de cada autor.

Los autores declaramos haber participado en la elaboración del trabajo, estar de acuerdo con su contenido, que el artículo no ha sido publicado previamente ni está sometido a otra revista, y no tener conflictos de intereses.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 10 setiembre 2025.

Fecha aprobado: 10 diciembre 2025.

Palabras clave: Hemorragia Gastrointestinal
Yeyuno
Adolescente

Summary

Introduction: Dieulafoy lesion is an exceptional cause of severe gastrointestinal bleeding in pediatric patients, with few international reports and no prior publications in Latin America. We believe this case, diagnosed and managed at our institution, provides valuable insights for the national and regional pediatric community, emphasizing the importance of timely diagnosis and a multidisciplinary approach in these potentially life-threatening emergencies. Severe gastrointestinal bleeding with hemodynamic compromise in the pediatric age group represents an uncommon emergency, with cases caused by a jejunal Dieulafoy lesion being extremely rare.

Case presentation: a 13-year-old adolescent presented with profuse lower gastrointestinal bleeding (hematochezia) accompanied by hemodynamic compromise. An emergency laparoscopy was initially performed, ruling out suspected Meckel diverticulum. Esophagogastroduodenoscopy (EGD) was normal, and colonoscopy was inconclusive due to poor visualization secondary to blood clots. Mesenteric angiography localized the bleeding site in the jejunum and enabled successful embolization. Subsequent rebleeding occurred, and the lesion was definitively diagnosed via video capsule endoscopy. Jejunal resection with end-to-end anastomosis was performed. Histopathological examination confirmed the diagnosis of a Dieulafoy ulcer. The patient had a favorable recovery, with no bleeding recurrence at the two-year follow-up.

Conclusions: establishing the etiology of severe lower gastrointestinal bleeding with hemodynamic compromise can present a significant diagnostic challenge.

Key words: Gastrointestinal Hemorrhage
Jejunum
Adolescent

Resumo

Introdução: a lesão de Dieulafoy constitui uma causa excepcional de hemorragia digestiva grave na faixa etária pediátrica, com escassos relatos na literatura internacional e sem publicações prévias na América Latina. Acreditamos que este caso, diagnosticado e tratado em nosso meio, agrega um valor relevante para a comunidade pediátrica nacional e regional, destacando a importância do diagnóstico oportuno e da abordagem multidisciplinar nessas emergências potencialmente fatais. A hemorragia digestiva grave com repercussão hemodinâmica na idade pediátrica é uma emergência pouco frequente, sendo excepcional a provocada por uma lesão de Dieulafoy jejunal.

Apresentação do caso: adolescente de 13 anos consultou por enterorragia profusa com repercussão hemodinâmica. Inicialmente, realizou-se laparoscopia de emergência, que descartou a hipótese de divertículo de Meckel. A esofagogastroduodenoscopia foi normal e a colonoscopia não permitiu boa visualização devido à presença de coágulos. A angiografia mesentérica localizou o sangramento no jejuno e permitiu a realização de embolização. O paciente apresentou ressangramento posterior, sendo a lesão diagnosticada por meio de cápsula endoscópica. Efetuou-se ressecção jejunal com anastomose término-terminal. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de úlcera de Dieulafoy. A evolução foi favorável, sem recorrência de sangramento após dois anos de seguimento.

Conclusões: o diagnóstico etiológico de uma hemorragia digestiva baixa grave com repercussão hemodinâmica pode ser um verdadeiro desafio.

Palavras chave: Hemorragia Gastrointestinal
Jejuno
Adolescente

Introducción

El sangrado gastrointestinal severo en la edad pediátrica es infrecuente y aún más excepcional cuando es causado por una lesión de Dieulafoy. A pesar de su extrema rareza, su sospecha y diagnóstico oportuno son de vital importancia debido al alto riesgo de mortalidad que conlleva. Conceptualmente, la lesión corresponde a una arteriola de la capa submucosa del tracto gastrointestinal que presenta un calibre anormalmente grande y un trayecto tortuoso, protruyendo a través de un defecto mucoso hacia la luz del órgano. Esto la predispone a la erosión protrauma local y al consecuente sangrado⁽¹⁾. El mecanismo exacto de la alteración de la morfología de este vaso permanece todavía incierto. Aunque puede localizarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, su ubicación más frecuente es la gástrica⁽¹⁾. La evidencia disponible en la literatura proviene principalmente de reportes y series de casos. Tras una revisión exhaustiva, no se han encontrado publicaciones pediátricas previas en Latinoamérica⁽¹⁾. En consecuencia, este constituye, hasta nuestro conocimiento, el primer caso documentado tanto en Uruguay como en la región.

Caso clínico

Adolescente de 13 años, de sexo masculino, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, que consultó por hematoquezia profusa acompañada de síncope vasovagal. No presentaba antecedente de sangrado digestivo previo. Al examen físico se encontraba vigil, pálido y sudoroso, con pulso radial débil, frecuencia cardíaca de 60 - 70 cpm, relleno capilar de 2 segundos y presión arterial de 70/35 mmHg. El abdomen no estaba distendido, era blando, depresible, indoloro, sin tumoraciones. La inspección perianal no mostró lesiones y al tacto rectal se evidenció sangre roja, sin palpación de masas. Se colocó sonda nasogástrica, sin obtención de contenido. Se inició monitorización, dos accesos venosos periféricos, y reposición con suero fisiológico. La paraclínica inicial mostró hemoglobina de 10,8 g/dL, hematocrito de 31,2%, con recuento plaquetario y crasis normales.

A las dos horas siguientes presentó empeoramiento clínico, con tendencia a la bradicardia, persistencia de hipotensión (70/40 mmHg) y caída de la hemoglobina a 7,4 g/dL. Se transfundieron glóbulos rojos, plasma y plaquetas, decidiéndose intervención quirúrgica de urgencia.

Se realizó cirugía de emergencia por abordaje laparoscópico por planteo diagnóstico de divertículo de Meckel, descartándose el mismo. El intestino delgado y colon se encontraban distendidos, con contenido os-

curo compatible con sangre desde yeyuno medio a distal. Se descartaron, además, otras posibles causas de sangrado, como duplicaciones intestinales o tumores.

Se continuó buscando el origen del sangrado con esófago-gastro-duodenoscopia, la cual fue normal, y luego con colonoscopia que permitió visualizar únicamente 15 cm distales de colon debido a la abundante ocupación con materia y coágulos.

Ante la inestabilidad hemodinámica y requerimientos transfusionales reiterados, se coordinó una arteriografía mesentérica (Figura 1) para embolización de emergencia. Se trasladó el paciente a un centro de intervencionismo cardiovascular ubicado en la cercanía del hospital. Finalmente, se logró localizar la zona de sangrado a nivel de yeyuno medio (Figura 1. A), y se efectuó embolización ultraselectiva con micropartículas de alcohol polivinílico de 300-500 micrones (Figura 1. B).

El paciente evolucionó favorablemente hasta las siguientes dos semanas, cuando presentó un nuevo episodio de sangrado, con descenso más marcado de hemoglobina a 3,9 g/dL. Tras una reanimación intensiva con fluidos, se efectuó una segunda arteriografía de urgencia; sin embargo, a pesar de los múltiples intentos, no fue posible identificar el sitio de sangrado. Se mantuvo con valores de hemoglobina entre 6 y 9 g/dL, requiriendo transfusiones reiteradas, pero estable hemodinámicamente.

Tres semanas después se realizó cápsula endoscópica, que evidenció una lesión subepitelial con úlcera central rodeada de mucosa sana. La lesión se identificó a las 3 horas y 41 minutos de iniciado el estudio, localizándose presumiblemente en yeyuno (Figura 2).

Se decidió intervención quirúrgica, iniciando con abordaje laparoscópico para localizar el segmento yeyunal señalado por la cápsula endoscópica. Una vez identificado el sector aproximado, se convirtió a laparotomía mínima mediante una incisión mediana supraumbilical, ampliando desde la incisión umbilical realizada inicialmente para la óptica de 10 mm. Se colocó el separador Alexis®, y se exteriorizó el sector de yeyuno localizado previamente por laparoscopia. La exploración con palpación digital (Figura 3) de pared intestinal permitió identificar en yeyuno medio una lesión de aproximadamente 3 mm de diámetro, coincidente con una zona hipocoloreada en la serosa (Figura 3. A). Se efectuó enterotomía en borde anti-mesentérico (Figura 3. B), constatándose en la cara luminal la misma lesión observada en la cápsula endoscópica (Figura 3. C). Se procedió a la resección intestinal incluyendo la lesión con márgenes de 2 cm a cada lado y seguida de anastomosis término-terminal (Figura 3. D).

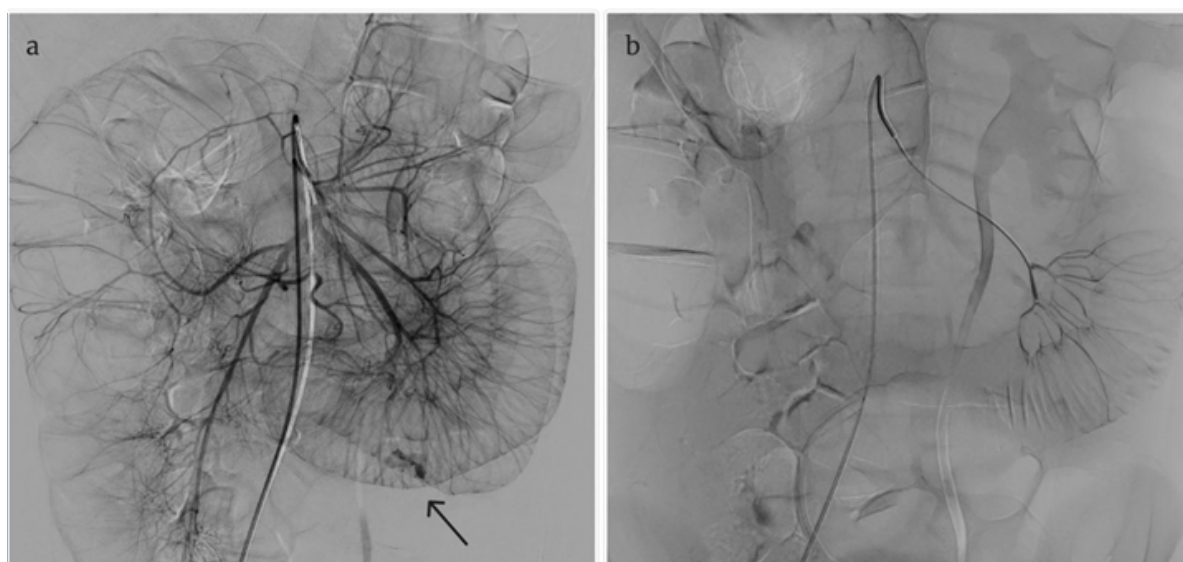


Figura 1. Arteriografía mesentérica.

A) Preembolización selectiva, sitio de sangrado a nivel de yeyuno, evidenciado por extravasación de contraste desde rama yeyunal de arteria mesentérica superior (flecha).

B) Posembolización, sangrado detenido dado que no existe más fuga.

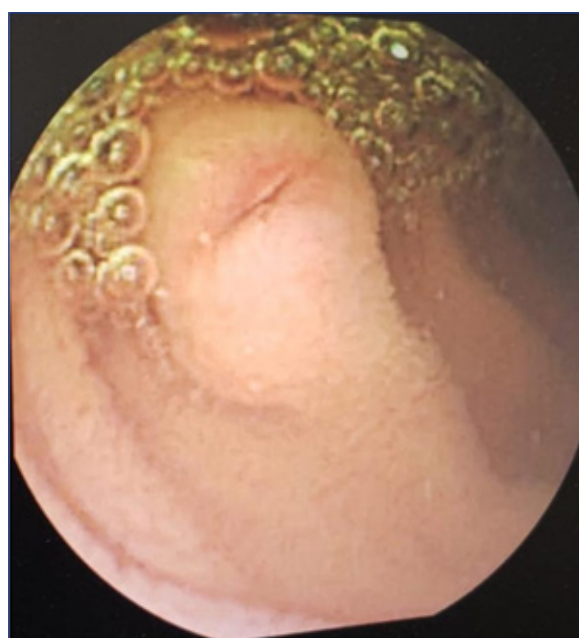


Figura 2. Imagen captada por cápsula endoscópica. Lesión subepitelial con úlcera central.

El informe de anatomía patológica fue compatible con lesión de Dieulafoy (Figura 4).

El posoperatorio cursó sin complicaciones. Se inició aporte enteral al cuarto día, sin presentar nuevos episodios de sangrado. Se decidió alta a domicilio a

los 10 días con hemoglobina de 12 g/dL. A dos años de seguimiento, se mantiene asintomático.

El consentimiento informado se obtuvo del tutor del paciente.

Discusión

La lesión de Dieulafoy, descrita por el cirujano francés Paul Georges Dieulafoy en 1897 como exulceratio simplex, corresponde a un vaso arterial anómalo de la submucosa del tracto gastrointestinal⁽²⁾. Se caracteriza por mantener un calibre desproporcionadamente grande para su localización (1 - 3 mm, hasta diez veces mayor al de una arteria submucosa normal)⁽³⁾, con un trayecto tortuoso que protruye a través de un defecto mucoso hacia la luz, volviéndose vulnerable al trauma mecánico. Es importante destacar que a diferencia de otras lesiones ulcerativas, la mucosa circundante es normal y no se asocia a cambios aneurismáticos, vasculitis, arteriosclerosis ni malformaciones arterio-venosas⁽⁴⁾.

En adultos representa entre el 0,3% a 6,7% de los sangrados gastrointestinales^(5,6), mientras que en pediatría es aún más infrecuente, con escasos reportes y series de casos aislados⁽²⁾.

Aunque puede ubicarse en cualquier segmento del tubo digestivo (desde el esófago al canal anal e incluso a nivel bronquial)⁽²⁾, la localización más habitual es gástrica, próxima a la curvatura menor y a la unión esófago-gástrica, relacionada con ramas de la arteria gástrica izquierda^(3,7-13). En la población pediátrica, las

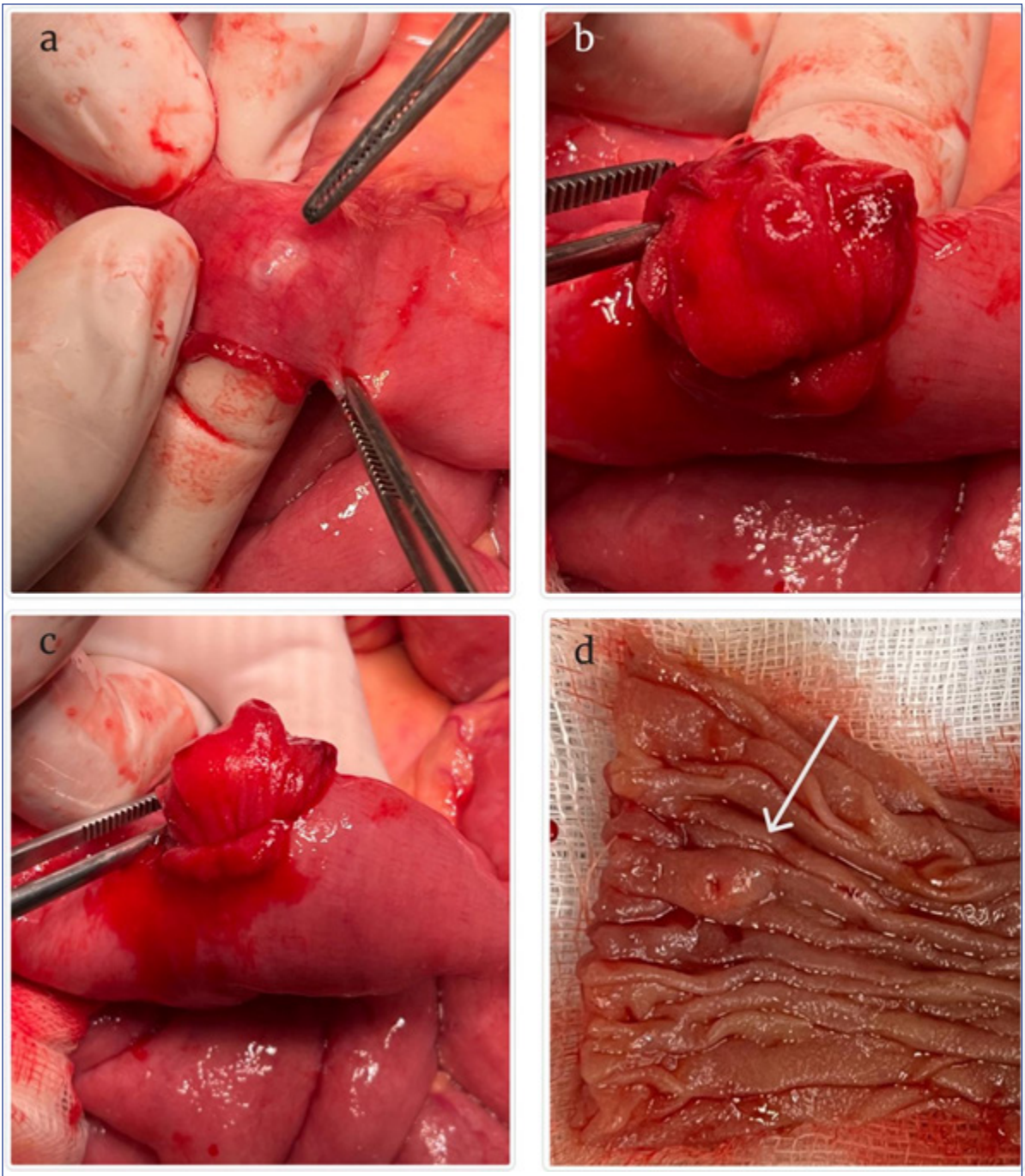


Figura 3. Imágenes intraoperatorias de resección de lesión.

A) Visión externa de lesión con zona hipocoloreada.

B) Visión endoluminal, lesión subepitelial de 3 mm de diámetro.

C) Lesión que protruye más allá de la pared intestinal, con ulceración de mucosa en su centro.

D) Apertura de pieza longitudinalmente, observándose lesión por su cara luminal (flecha).

localizaciones extragástricas son particularmente raras⁽¹¹⁾, siendo en orden de frecuencia: duodeno^(4,14,15), esófago, colon⁽¹⁰⁾, recto, sitio de anastomosis quirúrgicas⁽¹⁶⁾, yeyuno^(4,17) e íleon⁽¹⁸⁾.

El sangrado ocurre cuando la mucosa suprayacente se erosiona y se rompe la pared del vaso aberrante. Se han propuesto distintos mecanismos para explicar esta ruptura: trauma mecánico local de la mucosa por

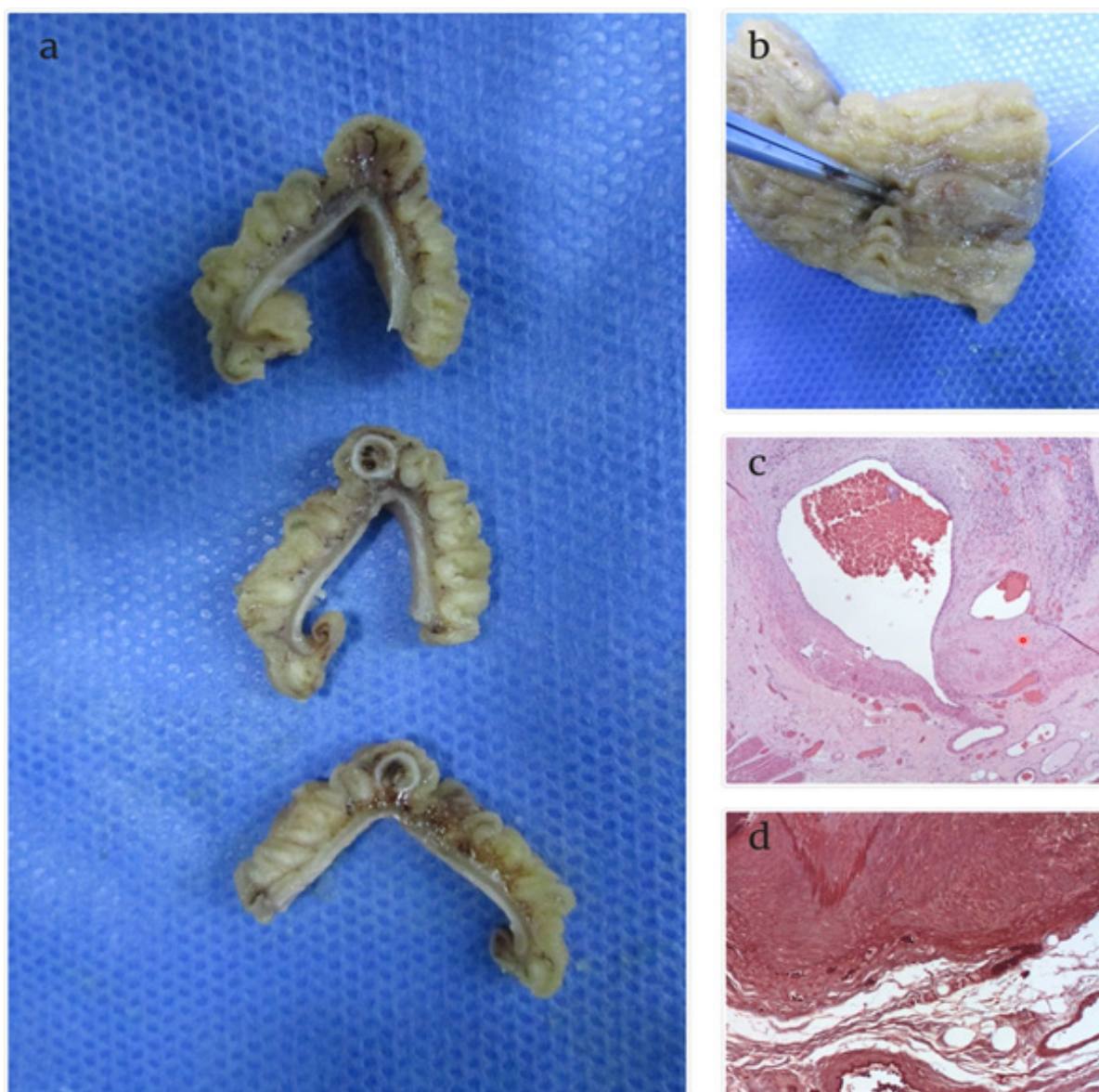


Figura 4. Informe de anatomía patológica.

A) Lesión de aspecto quístico.

B) Lesión de topografía submucosa; mide 0,4 x 0,4 x 0,3 cm.

C) A nivel microscópico capa mucosa focalmente erosionada; en submucosa, estructura vascular de calibre aumentado, pared gruesa, espesor irregular con sector ensanchado a expensas de fibrosis y numerosas luces vasculares secundarias, atribuibles a trombosis evolucionada en etapa de recanalización.

D) Con técnica de Orceina, lámina elástica interna y externa, certificando que se trata de un vaso sanguíneo de tipo arterial.

contenido intestinal (en colon con antecedente de estreñimiento), presión constante por la naturaleza pulsátil de la arteria, hiperacidez duodenal y fenómenos de trombosis con necrosis de pared arterial.

El diagnóstico y tratamiento deben ser oportunos, ya que el sangrado suele ser grave, recurrente y con elevada mortalidad. La rareza de la lesión, sus carac-

terísticas macroscópicas poco específicas y la presentación intermitente del sangrado dificultan su identificación. En el intestino delgado, como en el caso de nuestro paciente, el diagnóstico se complejiza aún más por la inaccesibilidad a la endoscopia convencional, requiriéndose técnicas avanzadas como enteroscopia de balón simple o doble (no disponible en

nuestro medio), radiología intervencionista para angioembolización, cápsula endoscópica o gammagrafía de glóbulos rojos marcados⁽⁴⁾. En última instancia, la confirmación diagnóstica es histopatológica tras la resección quirúrgica.

En nuestro caso, la cápsula endoscópica permitió localizar la lesión durante el segundo episodio de sangrado, al encontrarse el paciente hemodinámicamente estable⁽⁴⁾. El tratamiento no es uniforme y depende de la localización, disponibilidad de recursos y estabilidad del paciente. Entre las opciones se incluyen terapéuticas endoscópicas (banding, hemoclips, esclerosis), radiología intervencionista y cirugía. En nuestro medio, ante la falta de endoscopia con balón, se optó por tratamiento quirúrgico⁽⁷⁾.

Conclusiones

A pesar de su rareza, la lesión de Dieulafoy debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales ante un sangrado digestivo masivo en pediatría con repercusión hemodinámica. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son determinantes para evitar un desenlace potencialmente fatal. En el presente caso, la resolución exitosa fue posible gracias al abordaje multidisciplinario que integró a intensivistas, anestesiistas, radiólogos intervencionistas, gastroenterólogos, anatomopatólogos y cirujanos.

Agradecimiento

Al Dr. Álvaro Piazzese. Jefe del Servicio de Endoscopia Digestiva, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay, por su participación en la realización de la cápsula endoscópica y aporte en las imágenes captadas por ésta.

Referencias bibliográficas

1. Inayat F, Hussain A, Yahya S, Weissman S, Sarfraz N, Faisal M, et al. Rectal Dieulafoy's lesion: a comprehensive review of patient characteristics, presentation patterns, diagnosis, management, and clinical outcomes. *Transl Gastroenterol Hepatol* 2022; 7:10. doi: 10.21037/tgh.2020.02.17.
2. Senger J, Kanthan R. The Evolution of Dieulafoy's lesion since 1897: then and now-a journey through the lens of a pediatric lesion with literature review. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012:432517. doi: 10.1155/2012/432517.
3. Lilje C, Greiner P, Riede U, Sontheimer J, Brandis M. Dieulafoy lesion in a one-year-old child. *J Pediatr Surg* 2004; 39(1):133-4. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2003.09.025.

4. Yılmaz T, Kozan R. Duodenal and jejunal Dieulafoy's lesions: optimal management. *Clin Exp Gastroenterol* 2017; 10:275-83. doi: 10.2147/CEG.S122784.
5. Dulic E, Dulic M, Hubner D, Fuchssteiner H, Pachofszyk T, Stadler B, et al. Bleeding Dieulafoy lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of enteroscopic treatment. *Gastrointest Endosc* 2011; 74(3):573-80. doi: 10.1016/j.gie.2011.05.027.
6. Ouyang Q, Xia Y, Wang L, Qiu J, Zhang Y, Ding R, et al. The efficacy of sclerotherapy as the initial treatment in patients with bleeding from Dieulafoy's lesion of the upper gastrointestinal tract. *Surg Endosc* 2024; 38(7):3773-82. doi: 10.1007/s00464-024-10854-3.
7. Di Nardo G, Esposito G, Mauro A, Zenzeri L, Ciccarella G, Catzola A, et al. Dieulafoy lesion: two pediatric case reports. *Ital J Pediatr* 2020; 46(1):48. doi: 10.1186/s13052-020-0814-8.
8. Leaderer D, Laconi N, Brown J, Ruoss J, de la Cruz D, Chan A, et al. Neonatal Dieulafoy lesion requiring massive transfusion protocol and surgical Intervention. *Neonatology* 2020; 117(3):380-3. doi: 10.1159/000506704.
9. Emura T, Hosoda K, Harai S, Oyachi N, Suzuki T, Takada K, et al. Dieulafoy lesion in a two-year-old boy: a case report. *J Med Case Rep* 2016; 10(1):293. doi: 10.1186/s13256-016-1083-4.
10. Itani M, Alsaied T, Charafeddine L, Yazbeck N. Dieulafoy's lesion in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010; 51(5):672-4. doi: 10.1097/MPG.0b013e3181ee9f89.
11. Marangoni G, Cresswell A, Faraj W, Shaikh H, Bowles M. An uncommon cause of life-threatening gastrointestinal bleeding: 2 synchronous Dieulafoy lesions. *J Pediatr Surg* 2009; 44(2):441-3. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.09.033.
12. Mashavave N, Govender T, Harrison D, Theron A. Dieulafoy lesions causing upper gastrointestinal bleeding in children. *J Pediatr Surg Case Rep* 2019; 43:19-22. doi: 10.1016/j.epsc.2019.01.008.
13. Tanaka T, Sugaya T, Tominaga K, Kanazawa M, Suzuki T, Ishikawa M, et al. Gastric Dieulafoy's lesion with subepithelial lesion-like morphology. *Clin J Gastroenterol* 2021; 14(1):71-5. doi: 10.1007/s12328-020-01257-7.
14. Shang M, Peng L, Ma J. Dieulafoy lesion in duodenum of child successfully treated by transcatheter embolization: a case report. *J Pediatr Surg Case Rep* 2015; 3(10):459-61. doi: 10.1016/j.epsc.2015.09.007.
15. Alomari A, Fox V, Kamin D, Afzal A, Arnold R, Chaudry G. Embolization of a bleeding Dieulafoy lesion of the duodenum in a child. Case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2013; 48(1):e39-41. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2012.10.055.
16. Falt P, Kunovsky L. Recurrent bleeding in a patient with hepaticojunostomy caused by Dieulafoy's lesion. *United European Gastroenterol J* 2023; 11(9):904-5. doi: 10.1002/ueg2.12440.
17. Moreira J, Raposo C, Teixeira V, Curado J, Barbosa E, Honavar M, et al. Jejunal Dieulafoy's lesion: case report and literature review. *Pediatr Surg Int* 2009; 25(7):641-2. doi: 10.1007/s00383-009-2383-1.
18. Shibutani S, Obara H, Ono S, Kabeshima Y, Kawakubo H, Shito M, et al. Dieulafoy lesion in the ileum of a child: a case report. *J Pediatr Surg* 2011; 46(5):e17-9. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.01.028.

Correspondencia: Dra. Lucía Fein.

Correo electrónico: luciafein@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores - CRediT

Lucía Fein: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Metodología; Visualización; Redacción - borrador original.

Gabriela Carro: Supervisión; Validación; Visualización; Redacción - revisión y edición.

José Salsamendi: Supervisión; Redacción - revisión y edición.

Virginia Curbelo: Supervisión; Redacción - revisión y edición.

Gabriel Giannini: Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.

Claudio Iglesias: Supervisión; Validación; Redacción - revisión y edición.

Natalia Maciel: Supervisión; Redacción - revisión y edición.

Lucía Fein, ORCID 0009-0008-9668-0595.

Gabriela Carro, ORCID 0000-0002-3100-8123.

José Salsamendi, ORCID 0000-0002-6656-9705.

Virginia Curbelo, ORCID 0009-0006-7532-313X.

Claudio Iglesias, ORCID 0000-0002-0936-5060.

Natalia Maciel, ORCID 0000-0001-8291-994X.

Gabriel Giannini, ORCID 0009-0006-3845-1132.