

# Síndrome de Dieulafoy: reporte de caso

## Dieulafoy Syndrome: Case Report

Ana María Thorne-Vélez,<sup>1</sup>  Pedro Luis Imbeth-Acosta,<sup>2</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Thorne-Vélez AM, Imbeth-Acosta PL. Síndrome de Dieulafoy: reporte de caso. *Revista colomb. Gastroenterol.* 2026;41(1):131-135. <https://doi.org/10.22516/25007440.1429>

<sup>1</sup> Médico General, Universidad del Sinú, Clínica Crecer. Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Médico Gastroenterólogo, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Gastroenterólogo, Clínica Crecer. Cartagena, Colombia.

\*Correspondencia: Ana María Thorne-Vélez. [anamariathorne22@gmail.com](mailto:anamariathorne22@gmail.com)

Fecha recibido: 15/07/2025

Fecha aceptado: 29/08/2025



### Resumen

La lesión de Dieulafoy (LD), también conocida como arteria de calibre persistente, es una anomalía vascular rara que representa entre el 1% y el 2% de las hemorragias digestivas superiores no varicosas. Generalmente se presenta en el estómago (74%), pero también puede encontrarse en el duodeno, colon, esófago y yeyuno. Clínicamente, se caracteriza por sangrados gastrointestinales masivos, dolor abdominal intermitente, hematemesis y melenas, que pueden llevar a inestabilidad hemodinámica. Los factores de riesgo incluyen envejecimiento, sexo masculino y comorbilidades cardiovasculares. La patogénesis sigue siendo incierta, aunque se ha asociado a trastornos de la motilidad antral y alteraciones en el flujo sanguíneo gástrico. El diagnóstico se realiza mediante esofagogastroduodenoscopia, eficaz en hasta el 70% de los casos. El tratamiento se basa en técnicas endoscópicas hemostáticas como electrocoagulación, fotocoagulación láser y ligadura con banda.

### Palabras clave

Hemorragia gastrointestinal, estómago, duodeno, hematemesis, melena, factores de riesgo, envejecimiento, enfermedades cardiovasculares, endoscopia.

### Abstract

Dieulafoy lesion (DL), also known as persistent caliber artery, is a rare vascular anomaly accounting for approximately 1%–2% of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. It most commonly occurs in the stomach (74%), but may also involve the duodenum, colon, esophagus, and jejunum. Clinically, it is characterized by massive gastrointestinal hemorrhage, intermittent abdominal pain, hematemesis, and melena, potentially leading to hemodynamic instability. Risk factors include advanced age, male sex, and cardiovascular comorbidities. Pathogenesis remains uncertain, although associations with antral motility disorders and altered gastric blood flow have been described. Diagnosis is established through esophago-gastroduodenoscopy, which is effective in up to 70% of cases. Treatment is based on endoscopic hemostatic techniques, including electrocoagulation, laser photocoagulation, and band ligation.

### Keywords

Gastrointestinal hemorrhage, stomach, duodenum, hematemesis, melena, risk factors, aging, cardiovascular diseases, endoscopy.

## INTRODUCCIÓN

La lesión de Dieulafoy (LD) es una patología poco frecuente, pero potencialmente mortal que se presenta como

una arteria de calibre persistente y anómala, con un riesgo significativo de causar hemorragias digestivas superiores no varicosas. A pesar de su baja incidencia, entre el 1% y el 2% de las hemorragias digestivas, su sangrado profuso e

indoloro puede comprometer la estabilidad hemodinámica del paciente, exigiendo una intervención rápida y eficaz<sup>(1,2)</sup>. La LD afecta principalmente el estómago, aunque también puede encontrarse en otras áreas del tracto gastrointestinal, como el duodeno, el colon y las anastomosis gástricas. El diagnóstico temprano mediante endoscopia es fundamental para identificar esta lesión y aplicar las técnicas de manejo adecuadas, principalmente endoscópicas, como la electrocoagulación, los hemoclips y la fotocoagulación láser<sup>(3,4)</sup>.

Se presenta el caso de una paciente femenina de 70 años con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II e hipertensión arterial, quien ingresó por hematemesis masiva y dolor epigástrico grave. Se documentó anemia grave (hemoglobina [Hb]: 4,5 g/dL) y se realizó endoscopia digestiva alta, que evidenció una LD en la curvatura menor gástrica, con sangrado activo controlado exitosamente mediante escleroterapia con adrenalina y hemoclips. La paciente tuvo evolución clínica favorable y fue dada de alta sin complicaciones. El objetivo del artículo es aprender a identificar aquellos factores de riesgo, patogénesis y opciones de tratamiento claves para mejorar los resultados y prevenir complicaciones graves asociadas a esta condición.

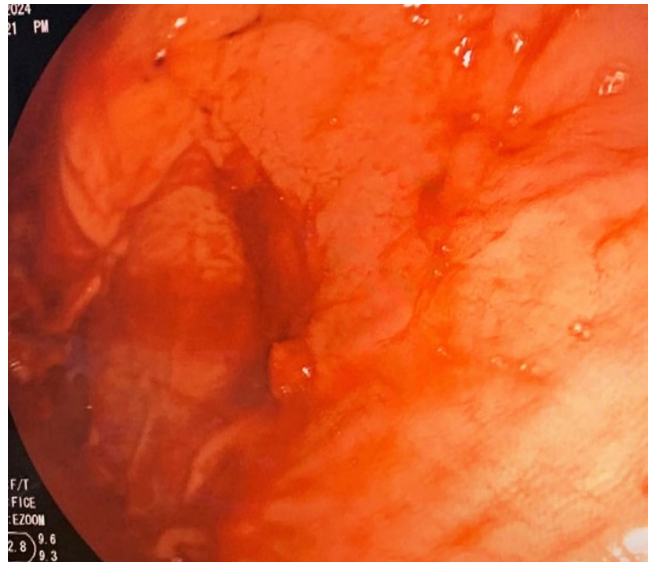
## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 70 años con antecedente de diabetes *mellitus* tipo II e hipertensión arterial en tratamiento, quien ingresó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de una hora de evolución consistente en hematemesis abundante en #2 y dolor abdominal grave tipo urente en el epigastrio, asociado a pérdida de tono postural. Paciente diaforética, inestable con marcada hipotensión (presión arterial [PA]: 90/55 mm/Hg) frecuencia cardíaca (FC): 110 latidos por minuto (lpm), en el contexto de hemorragia de vías digestivas altas. Recibió manejo médico con 2000 mL de solución salina normal (SSN) + omeprazol 80 mg intravenoso (IV) en bolo e infusión a 8 mg/hora + 1 ampolla de ácido tranexámico IV + 1 ampolla de metoclopramida IV.

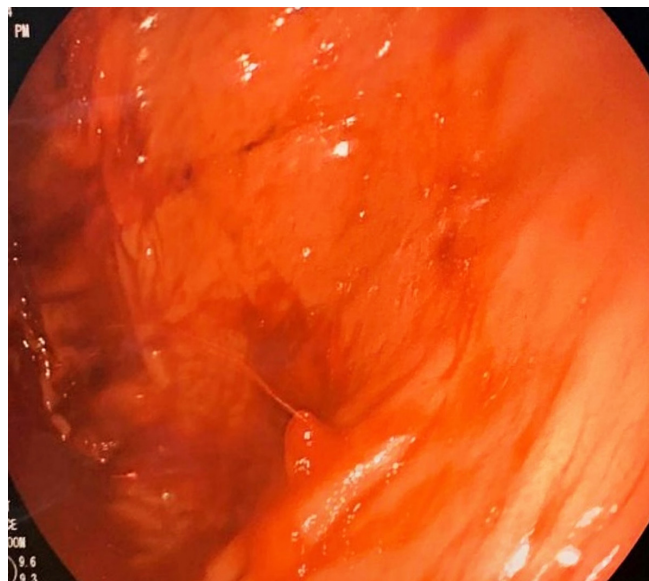
Se realizaron paraclínicos al ingreso con evidencia de anemia grave (Hb: 4,5 mg/dL) y trombocitosis (plaquetas: 638.000), por lo que se transfundieron 4 U de glóbulos rojos empaquetados compatibles. A las tres horas del ingreso fue valorada por el servicio de Gastroenterología, donde se aplicó el puntaje de Glasgow-Blatchford, que dio un resultado de 11 puntos (existe un riesgo superior al 50% de necesitar una intervención endoscópica, quirúrgica o transfusional), por lo que se realizó un estudio endoscópico de vía digestiva alta (esofagogastroduodenoscopia), en la que se evidenció:

- Sangrado de vías digestivas altas secundario a LD en el tercio distal de curvatura menor (**Figuras 1 y 2**).

- Control exitoso de sangrado activo posterior a la aplicación de escleroterapia con epinefrina y aplicación de dos hemoclips endoscópicos (**Figuras 3 y 4**).
- Gastropatía hiperémica antral con componente erosivo.

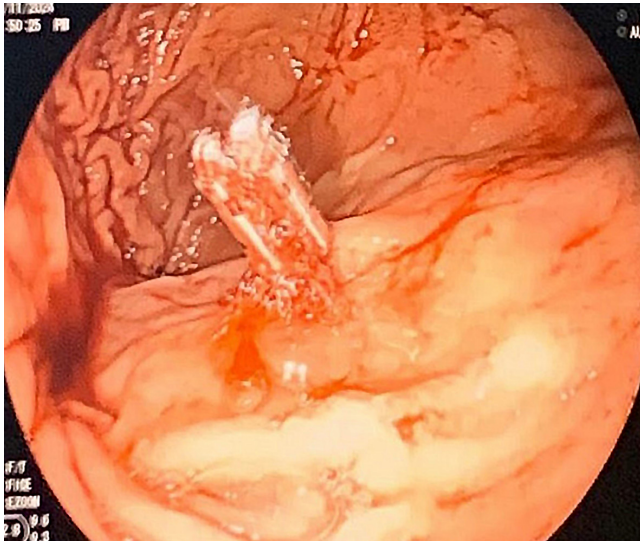


**Figura 1.** Lesión de Dieulafoy en el tercio distal de la curvatura menor (sangrado activo). Imagen propiedad de los autores.

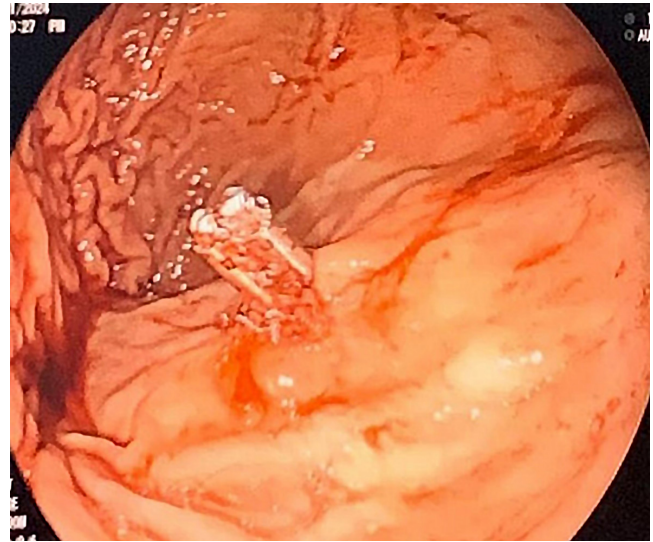


**Figura 2.** Lesión de Dieulafoy en el tercio distal de la curvatura menor (sangrado activo). Imagen propiedad de los autores.

Después del control endoscópico exitoso de sangrado activo, la paciente fue trasladada a una unidad de cuidados intermedios para continuar el manejo médico y monitorización hemodinámica. Por su evolución clínica favorable, ausencia de signo de sangrado digestivo activo y estabilización de cifras de hemoglobina, a las 24 horas fue trasladada



**Figura 3.** Lesión de Dieulafoy en el tercio distal de la curvatura menor posterior a la colocación de hemoclips endoscópicos. Imagen propiedad de los autores.



**Figura 4.** Lesión de Dieulafoy en el tercio distal de la curvatura menor posterior a la colocación de hemoclips endoscópicos, control exitoso de sangrado. Imagen propiedad de los autores.

al servicio de hospitalización general y 24 horas después fue dada de alta.

## DISCUSIÓN

La hemorragia de vía digestiva alta se refiere a los signos y síntomas causados por sangrado del tracto gastrointestinal proximal al ligamento de Treitz. Se clasifica en dos tipos: varicoso y no varicoso, según su origen<sup>(5)</sup>. La LD, también denominada *arteria de calibre persistente* o *aneurisma cirsoide*, es una arteria de calibre constante, visible, con un trayecto anómalo que no sigue las ramificaciones normales<sup>(1)</sup>. La LD representa entre el 1% y el 2% de las hemorragias digestivas altas no varicosas que ponen en riesgo la vida del paciente. Se presenta en un 74% en el estómago, un 14% en el duodeno, un 5% en el colon y en anastomosis gástricas, y un 1% en el esófago y en el yeyuno/íleon<sup>(1,2)</sup>. Clínicamente se caracteriza por cuadros repetitivos o intermitentes de dolor abdominal, hematemesis, melenas, hematoquecia, sangrado profuso e indoloro que requiere transfusión con hemoderivados debido a los signos de inestabilidad hemodinámica<sup>(6)</sup>. Los factores de riesgo descritos y asociados con esta patología son: envejecimiento, sexo masculino (con una relación 2:1) y comorbilidades cardiovasculares.

La patogénesis de la LD es incierta, no se han descrito mutaciones genéticas; sin embargo, se ha señalado que la ectasia vascular en el antro está vinculada a los siguientes trastornos en su desarrollo: trastornos en la motilidad antral (hiperplasia muscular), reducción del flujo sanguí-

neo en el antro en comparación con el fondo gástrico, presencia de células neuroendocrinas y trombosis espontánea y ruptura de la arteria<sup>(1)</sup>. En circunstancias normales, las arterias del tracto gastrointestinal se van estrechando a medida que se acercan a su destino. Sin embargo, en el síndrome de Dieulafoy, el sangrado proviene de una arteria que, si bien es histológicamente normal, es anormalmente grande (1-3 mm) y tiende a penetrar en la submucosa. Esta arteria presenta un trayecto tortuoso y protruye hacia la mucosa debido a un pequeño defecto mucoso (2-5 mm) acompañado de una base fibrinonecrotica. Comúnmente, esta lesión se localiza en el tercio superior del estómago, especialmente en la curvatura mayor, donde existen más defectos en la mucosa que permiten la protrusión del vaso<sup>(5)</sup>.

El diagnóstico se realiza mediante un estudio endoscópico de vías digestivas, y la esofagogastroduodenoscopia diagnóstica y terapéutica es efectiva para diagnosticar hasta el 70% de los pacientes, como fue el caso del paciente descrito<sup>(6)</sup>. El puntaje de Glasgow-Blatchford es una herramienta de estratificación de riesgo utilizada para predecir la necesidad de intervención médica (como transfusión, endoscopia o cirugía) en pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta (**Tabla 1**). Puntajes de 0-1 indican que la necesidad de intervención es mínima, el paciente puede ser manejado ambulatoriamente; puntajes entre 2 y 6 requieren intervención hospitalaria, se debe realizar el estudio endoscópico temprano dentro de 24 horas o antes; puntajes de 7 o más requieren monitorización continua,

reanimación hemodinámica y endoscopia precoz dentro de las primeras 12 horas<sup>(7)</sup>.

**Tabla 1.** Puntaje de Glasgow-Blatchford

Factor de riesgo	Umbral (Threshold)	Puntuación
Nitrógeno ureico en sangre (mmol/L)	6,5-7,9	2
	8,0-9,9	3
	10,0-24,9	4
	≥25,0	6
Hemoglobina en hombres (g/L)	120-130	1
	100-119	3
	<100	6
Hemoglobina en mujeres (g/L)	100-120	1
	<100	6
Presión arterial sistólica (mm Hg)	100-109	1
	90-99	2
	<90	3
Frecuencia cardíaca (lpm)	>100	1
Melenas	Presente	1
Síncope	Presente	2
Enfermedad hepática	Presente	2
Insuficiencia cardíaca	Presente	2

lpm: latidos por minuto. Tabla elaborada por los autores.

El manejo de estos pacientes se realiza mediante técnicas endoscópicas hemostáticas utilizadas, tales como: electrocoagulación, fotocoagulación láser, escleroterapia, hemoclips y ligadura con banda<sup>(3)</sup>. La LD responde bien a terapias mecánicas debido a su naturaleza focal y forma protuberante. Sin embargo, se ha reportado que el uso de electrocoagulación y termocoagulación aumenta el riesgo de daño transmural en órganos con paredes delgadas, como el duodeno; por ello, se prefiere el uso de hemoclips como un método de hemostasia eficaz y seguro<sup>(4)</sup>.

El caso descrito involucra a una paciente femenina de 70 años, con antecedentes de diabetes *mellitus* tipo II e hipertensión arterial, que ingresó por hematemesis masiva y dolor epigástrico, con anemia grave (Hb: 4,5 g/dL). La endoscopia identificó una LD en la curvatura menor del estómago, con sangrado activo que fue exitosamente controlado mediante escleroterapia con adrenalina y colocación de hemoclips. La paciente presentó una evolución clínica estable y sin complicaciones, y fue dada de alta en buen estado general. Así mismo, comparamos con un

paciente masculino de 17 años reportado en el Hospital de Veracruz, México, previamente sano, quien presentó un sangrado digestivo alto de inicio súbito, con inestabilidad hemodinámica y anemia grave (Hb: 7 g/dL, llegando hasta 3 g/dL luego de un segundo episodio de sangrado). La endoscopia reveló una lesión en la primera porción del duodeno con sangrado activo sin evidencia de úlcera, lo que sugiere una LD. Fue tratado inicialmente con inyección de epinefrina 1:10.000 en cuatro cuadrantes, que controló el sangrado de forma temporal. Sin embargo, presentó una recidiva hemorrágica grave que requirió reanimación intensiva, intubación y nueva endoscopia con repetición de la terapia, luego de lo cual tuvo una evolución favorable<sup>(8)</sup>.

A pesar de tener diferentes localizaciones de la lesión, ambos casos destacan la importancia del diagnóstico endoscópico oportuno y el uso adecuado de terapias hemostáticas. Es importante resaltar que la terapia doble, escleroterapia + hemoclips, es muy efectiva y en nuestro paciente en un solo tiempo fue exitoso el control del sangrado sin recidivas.

## CONCLUSIÓN

La LD es una causa poco frecuente, pero grave de hemorragias digestivas superiores no varicosas, que puede poner en riesgo la vida del paciente debido a su sangrado profuso e indoloro. Aunque su patogénesis sigue siendo incierta, se asocia a factores como el envejecimiento, el sexo masculino y comorbilidades cardiovasculares. El diagnóstico temprano y adecuado, mediante endoscopia, es crucial para su manejo, el cual se basa en técnicas endoscópicas hemostáticas eficaces. Es esencial un enfoque rápido y adecuado para evitar complicaciones mayores.

## PUNTOS CLAVE

- La lesión de Dieulafoy se diagnostica principalmente mediante endoscopia, especialmente la esofagogastroduodenoscopia, que es efectiva en hasta el 70% de los casos. Se presenta mayormente en el estómago (74%), aunque también puede localizarse en el duodeno, colon y otras áreas menos frecuentes.
- Se caracteriza por hemorragias digestivas repetitivas o intermitentes, como hematemesis, melenas y hematoquecia. El sangrado es profuso e indoloro, a menudo con signos de inestabilidad hemodinámica que requieren transfusión de hemoderivados.
- El manejo se realiza con técnicas endoscópicas hemostáticas, tales como electrocoagulación, fotocoagulación láser, escleroterapia, hemoclips y ligadura con banda, que permiten controlar eficazmente el sangrado.

## Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores.

## Fuentes de financiación

Estudio financiado por los autores.

## Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito por parte del paciente para la publicación de este caso clínico y sus imágenes.

## REFERENCIAS

---

1. Rojas DAA, Carvajal PGD, Prieto ORG, Aponte MDM. Lesión de Dieulafoy de duodeno: hallazgo inusual. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2016;31(3):292-296. <https://doi.org/10.22516/25007440.103>
2. Martínez SG, Figueroa NP, Toro PJ, García CC, Csendes JA. Conducta actual frente la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Rev Chil Cir*. 2021;73(6):728-743. <https://doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
3. Rojas D, Carvajal P, Prieto O, Aponte M. Lesión de Dieulafoy: revisión narrativa. *Rev Med Costa Rica Cent Am*. 2011;68(597):235-239.
4. Sierra-Avendaño JA, Mejía-Casadiegos FA, Pérez-Barón MP, Pérez-García GE. Lesión de Dieulafoy en estómago como causa de sangrado gastrointestinal alto: presentación de un caso. *Médicas UIS*. 2019;32(1):27-31. <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n1-2019004>
5. Martínez SG, Figueroa NP, Toro PJ, García CC, Csendes JA. Conducta actual frente a la hemorragia digestiva alta: Desde el diagnóstico al tratamiento. *Rev Cir*. 2021;73(6):728-743. <https://doi.org/10.35687/s2452-454920210061132>
6. González-Sánchez CB, Orozco-Monroy G, Leycegui-Aiza M, Eljure-Eljure M, Martínez-de la Maza E. Lesión de Dieulafoy, aspectos generales de diagnóstico y tratamiento. *Endoscopia*. 2010;22(4):161-5.
7. Blatchford O, Murray WR, Blatchford M. A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. *Lancet*. 2000;356(9238):1318-1321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02816-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02816-6)
8. Martínez Quintana JD, Avila Tinajero K. Lesión de Dieulafoy. Presentación de 2 casos. *Endoscopia*. 2015;27(1):42-44. <https://doi.org/10.1016/j.endomx.2015.01.005>