

Hematêmese massiva recorrente devido à malformação gástrica de Dieulafoy

Recurrent massive haematemesis due to Dieulafoy's gastric malformation

OLIVAL CIRILO LUCENA DA FONSECA NETO,¹ HELOISE CAROLINE DE SOUZA LIMA,² MARCELA ALLOUCHIE PERRUCCI,³ MARIA ALICE T. HENRIQUES⁴

RESUMO

A lesão de Dieulafoy é definida como um ramo arterial primário anormalmente largo e tortuoso, que se estende na submucosa sem diminuição de seu calibre ou ramificações. Acomete predominantemente a pequena curvatura do estômago e possui uma apresentação clínica de hemorragias gastrointestinais maciças e recorrentes. É descrito caso de hematêmese massiva recorrente por malformação gástrica de Dieulafoy em paciente masculino, 43 anos, sem comorbidades, cujo tratamento ocorreu por cirurgia convencional de emergência após insucesso da abordagem endoscópica.

Unitermos: Lesão de Dieulafoy Gástrica, Hemorragia Gastrointestinais e Hematêmese.

SUMMARY

Dieulafoy's lesion is defined as a primary arterial branch unusually wide and tortuous, extending in the submucosa without reducing its size or branches. It affects mainly the lesser curvature of the stomach and has a clinical presentation of massive and recurrent gastro-

intestinal bleeding. It is described a case of recurrent massive haematemesis by gastric Dieulafoy malformation in male patient, 43 years old, without comorbidities, which was treated with conventional emergency surgery after failure of endoscopic approach.

Keywords: Dieulafoy's Lesion, Gastrointestinal Bleeding, Haematemesis.

INTRODUÇÃO

Lesão de Dieulafoy foi inicialmente descrita em 1884 por Gallard. No entanto, foi apenas em 1898 que George Dieulafoy descreveu-a de modo mais preciso ao estudar três casos de hemorragias gástricas fatais em jovens masculinos assintomáticos, sendo então nomeada em homenagem a este médico francês.¹⁻⁴

Também conhecida como “artéria de calibre persistente”, é definida como um ramo arterial primário anormalmente largo e tortuoso, que se estende na submucosa sem diminuição de seu calibre ou ramificações. É exposta na mucosa através de uma pequena abertura, geralmente variando de 2 a 5 mm, chegando a um diâmetro 10 vezes

1. Cirurgião Geral do Serviço de Cirurgia Geral e Trauma do Hospital da Restauração – SUS – Recife – PE. **2.** Estudante do Quinto Ano da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM-UPE) – Recife – PE. **3.** Estudante do Sexto Ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (FM-UFPE) – Recife – PE. **4.** Médica Patologista do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital da Restauração – SUS – Recife – PE. **Endereço para correspondência:** Olival Cirilo Lucena da Fonseca Neto – Rua Jacobina, 45 – apto 1002 – CEP: 52011-180 – Recife – PE. **e-mail:** olivalneto@globo.com . **Recebido em:** 29/08/2015. **Aprovado em:** 12/09/2015.

maior que qualquer artéria normal no mesmo nível.¹⁻⁴ Acomete predominantemente a pequena curvatura do estômago, sendo 80% a 95% destas lesões localizadas a 6 cm da junção gastroesofágica. Possui, como apresentação clínica, hemorragias gastrointestinais maciças e recorrentes, sendo responsável por 1-5% das hemorragias digestivas altas agudas de causa não-varicosa.²

Seu diagnóstico é essencialmente endoscópico e difícil devido ao pequeno tamanho da lesão e seu sangramento intermitente, sendo muitas vezes não identificada nos primeiros episódios de sangramentos.²

RELATO DE CASO

AGO, 43 anos, masculino, encaminhado ao Hospital da Restauração com queixas de hematêmese e melena há aproximadamente 15 dias. Paciente sem comorbidades. Na admissão foi constatada uma hemoglobina de 5,7, sendo realizado transfusão de 2 concentrados de hemácias.

Portava o laudo de uma endoscopia digestiva alta (EDA) realizada uma semana antes da admissão, que constatou esofagite de contato, gastrite enantematosa de antro leve e úlcera gástrica com sangramento recente.

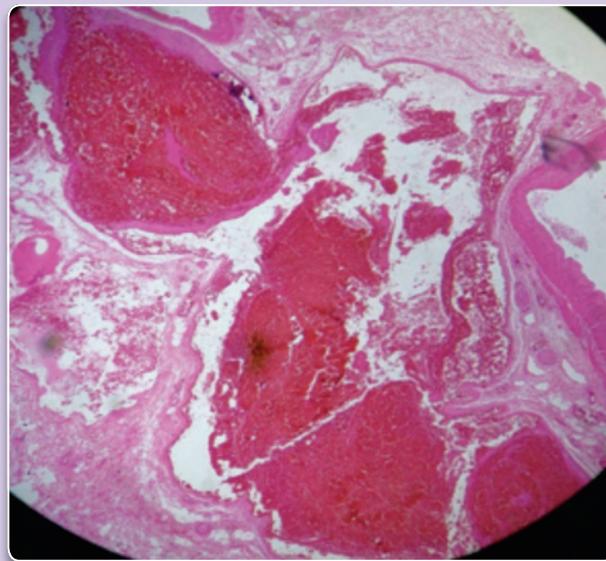
Realizou uma nova EDA, que identificou Lesão de Dieulafoy com sangramento ativo em região proximal da pequena curvatura gástrica. Foi aplicada injeção com adrenalina e em seguida hemostasia com bipolar. Diante do sangramento em jato e intenso, foi realizada injeção de Ethamolín 2,5%, sem contenção da hemorragia.

Tentou-se a colocação de clipe hemostático, o qual falhou no seu disparo, e, por falta de material para nova tentativa, realizada novamente injeção de adrenalina com contenção do sangramento.

O paciente foi encaminhado à sala vermelha da unidade de trauma, sendo indicado o tratamento cirúrgico. Realizada antrectomia e jejunoanastomose em Y de Roux, além de ligadura de vaso sangrante em pequena curvatura.

O histopatológico evidenciou parede gástrica exibindo vasos ectásicos (arteríolas de grande calibre) na submucosa, preenchidos por sangue, com evidência de sangramento recente em camada muscular própria, submucosa e mucosa, compatível com Lesão de Dieulafoy (figura 1).

Figura 1 - Histopatológico indicativo de Lesão de Dieulafoy.



Paciente evoluiu bem no pós-operatório, sem complicações, recebendo alta hospitalar em poucos dias.

DISCUSSÃO

A Lesão de Dieulafoy consiste em um vaso histologicamente comum que possui um diâmetro anormalmente alargado e constante de 1 a 3mm, podendo sangrar por pequenos defeitos na mucosa.^{3,5}

Acomete principalmente o trato gastrointestinal e, nesta região de maior frequência, é a pequena curvatura do estômago proximal, com uma prevalência de 75%-95% dos casos, seguido do duodeno, colon, jejuno e íleo, em ordem decrescente. Já foi descrito também acometimento em regiões fora do trato gastrointestinal, sendo bem documentado casos com Lesão de Dieulafoy em árvore brônquica.^{3,5}

É descrita mais comumente em homens que mulheres, em uma proporção de aproximadamente 2:1, podendo afetar todos as faixas etárias, mas tendo um maior predomínio na população entre 50-70 anos.⁶ Além disso, 90% dos pacientes apresentam alguma comorbidade, sendo as mais frequentemente relatadas a disfunção cardiopulmonar e a insuficiência renal crônica.^{3,6,7}

Sua apresentação típica consiste em uma importante hemorragia gastrointestinal aguda e frequentemente recorrente, podendo apresentar-se na forma de hematêmese, melena,

enterorragia e hematoquezia.^{3,6} O caso relatado apresenta um quadro clássico de acordo com a literatura por tratar-se de um paciente do sexo masculino com episódios recorrentes de hematêmese e melena, contudo divergindo da mesma por não possuir comorbidades, característica bastante frequente neste grupo.

O diagnóstico da hemorragia digestiva por Lesão de Dieulafoy é fundamentalmente endoscópico, sendo um método efetivo na identificação da lesão em até 70% dos pacientes. As razões que comprometem uma melhor taxa diagnóstica são os sangramentos ativos, dificultando a visualização da lesão, e o caráter sutil e pequeno da lesão que faz com que ela seja negligenciada.^{2,3,6,8} O achado endoscópico característico da lesão é um vaso protruso e isolado envolto por mucosa normal, não sendo associado a nenhuma úlcera.³ Apesar da indicação endoscópica da lesão, é o histopatológico que a diagnostica.⁵

Em caso de investigação endoscópica inconclusiva, a literatura recomenda outros métodos de investigação, como a cápsula endoscópica e angiografia.^{3,6} Ainda não há consenso na melhor abordagem terapêutica, sendo a terapia escolhida dependente da apresentação, local da lesão e da experiência do médico.

O avanço dos métodos endoscópicos na investigação e tratamento desta entidade foi tão importante que a taxa de mortalidade diminuiu de 80% para 8,6% após sua implementação. Constitui-se atualmente como tratamento de primeira escolha pela maioria dos estudos.^{2,3}

Há uma grande variedade em técnicas de hemostasia pelo método endoscópico com baixas taxas de recorrências ou complicações. Podem ser por princípios térmicos, através da eletrocoagulação, por aplicações de injeções locais, com a epinefrina e escleroterapias, ou mecânicas, através da utilização de ligaduras e hemoclipes.

Há evidências na literatura indicando que os métodos mecânicos endoscópicos sejam mais efetivos que as outras abordagens endoscópicas, além da monoterapia apresentar um aumento de 9-40% de risco de ressangramento quando comparada com a terapia combinada.^{2,3,6} Através do método endoscópico, a hemostasia permanente da lesão é alcançada em mais de 90% dos pacientes.²

O tratamento cirúrgico foi o primeiro consagrado na terapêutica das lesões de Dieulafoy. No entanto, atualmente pelos

avanços dos métodos endoscópicos, esta abordagem se restringe aos 5% dos pacientes refratários a estes procedimentos. A intervenção cirúrgica caracteriza-se pela ressecção da parte do segmento afetado pela lesão. São realizadas gastrectomias parciais ou até gastrectomias totais quando o acometimento é gástrico.^{3,4} Há relatos do uso de cirurgias minimamente invasivas com sucesso no tratamento destas lesões.³

No caso relatado, a EDA realizada na admissão identificou uma Lesão de Dieulafoy na região mais prevalente de acometimento - porção proximal da pequena curvatura gástrica. Foi realizada a terapia combinada endoscópica, utilizando-se de injeção local de adrenalina e aplicação de hemoclipes. Corretamente indicada por ser o tratamento de primeira escolha de acordo com a literatura, tal método, neste caso, foi ineficaz por questões de recursos e de falha operacional, sendo indicada a abordagem cirúrgica. Paciente evoluiu bem após antrectomia, sem relato de ressangramentos.

CONCLUSÃO

A Lesão de Dieulafoy é uma entidade pouco frequente mas ameaçadora à vida, que deve ser lembrada em todo paciente com hemorragias gastrointestinais maciças e recorrentes de causa desconhecida. A evolução dos métodos endoscópicos foi responsável por uma melhor identificação e manejo destes pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ruff KC, Lunsford TN, Decker GA. An actively bleeding dieulafoy's lesion. *Gastroenterol Hepatol* 2009;7:e22.
2. Ding YJ, Zhao L, Liu J, Luo HS. Clinical and endoscopic analysis of gastric Dieulafoy's lesion. *World J Gastroenterol* 2010; 16(5): 631-635.
3. Baxter M, Aly E. Dieulafoy's lesion: current trends in diagnosis and management. *Ann R Coll Surg Engl* 2010;92: 548-554.
4. Gurzu S, Copotioiu C, Molnar C et al. Lethal gastric hemorrhage from a caliber-persistent artery of the antrum- a brunch of the right gastric artery. *Hipokratia* 2014; 18(2): 172-176.
5. Mansfield G, Sabharwal R, Bansi DS et al. Dieulafoy lesion: rare but often overdiagnosed? Observations based upon a case of small bowel haemorrhage and a critical review of the literature. *Clinical Radiology* 2012; 67: 78-80.
6. Senger JL e Kantham R. The evolution of Dieulafoy's lesion since 1897: then and now- a journey through the lens of a pediatric lesion with literature review. *Gastroenterology Reserach and Practice*, 2012; 1: 117-124.
7. Celaya FB, Muro EA, Fernández FJ et al. Presenta características diferenciales la hemorragia digestiva alta por lesión de Dieulafoy?. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31(6): 335-340.
8. Dulic-Lakovic E, Dulic M, Hubner D. Bleeding dieulafoy lesions of the small bowel: a systematic study on the epidemiology and efficacy of enteroscopic treatment. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2011;74(3): 573-580.