

SANGRADO DIGESTIVO EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE BERNARD-SOULIER SECUNDARIO A LESIÓN DE DIEULAFOY

V. Cabañas-Perianes, F. García-Candel, P. Rosique, A. Sánchez-Salinas, F. Alberca, E. Belchí,
J.M. Moraleda, A. Morales

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Hombre de 54 años diagnosticado de Síndrome de Bernard-Soulier hace 30 años, que ingresa en el hospital por dolor abdominal y melenas. En los antecedentes personales destacaba hepatitis C transfusional y úlcus gástrico hacía 9 años por gastropatía secundaria a infección por *Helicobacter pylori* que se trató con escleroterapia y antibioterapia. El sangrado empezó gradualmente, empeorando y presentando *shock* hipovolémico. La ecografía abdominal y la colonoscopia no mostraron hallazgos de sangrado. La gastroscopia objetivó un sangrado a través de la vía biliar no documentada previamente en la colangiopancreatografía endoscópica. La cápsula endoscópica y la gammagrafía con hematíes marcados con tecnecio-99m fueron positivas para sangrado en área duodeno-yeyunal. La angiografía abdominal fue también negativa. En una nueva gastroscopia se observó un punto sangrante lateral a la papila duodenal, tras lavar el área con salino. El examen con ecografía endoscópica mostró un vaso submucoso dilatado y tortuoso (lesión de Dieulafoy). Durante el ingreso preciso múltiples transfusiones de concentrados de hematíes, plaquetas, plasma y crioprecipitado. También recibió tratamiento con antifibrinolíticos (ácido tranexámico) y ante la no respuesta factor VII activado recombinante a dosis de 90 µg/kg cada 4 horas, persistiendo pese a todo el sangrado digestivo. Una endoscopia terapéutica con endoclips y escleroterapia fue exitosa. La lesión de la Dieulafoy es una causa infrecuente de sangrado digestivo y está causado por una arteria submucosa anormalmente dilatada en pared duodenal preferentemente y de trayecto sinuoso. Esta lesión debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de los sangrados gastrointestinales.