

Doença de Dieulafoy Associado a Rins e Fígado Policísticos

Dieulafoy disease associated with Polycystic kidneys and liver

SÂNZIO D. SOARES¹, JOSÉ CARMO JUNIOR², GUSTAVO A. VIEIRA⁴, BYRON J. F. BRANDÃO³, LUCAS CARTAFINA³, MARIANA FURTADO³, KARINE A. G. MEDEIROS³, EWERSON KEMEL³

RESUMO

A doença de Dieulafoy é uma patologia rara que se associa a hemorragias digestivas cuja etiologia ainda não é conhecida. A doença policística pode se manifestar em diversos órgãos, sendo o mais comum nos rins e fígado, e tem origem genética. O caso relatado é de um homem de 76 anos com história de anemia tratada com múltiplas transfusões. Ele apresentou episódio de enterorragia antes da admissão, sendo então realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou as ectasias vasculares compatíveis com Dieulafoy. Tratado com eletrocoagulação das mesmas. Apresentava história prévia de doença policística hepática. Continuou ambulatorialmente o tratamento com inibidor de bomba de prótons com resultado satisfatório.

Unitermos: Hemorragia Digestiva Obscura, Lesão Dieulafoy, Rins Policísticos, Endoscopia Digestiva.

SUMMARY

Dieulafoy's disease is a rare disorder that is associated with gastrointestinal bleeding whose etiology is still unknown. The polycystic disease can manifest in various organs, the most common are kidney and liver and it has genetic origin. The case reported is from a man of 76 years old with a history of anemia treated with multiple transfusions and presented episode of rectal bleeding before admission and underwent endoscopy which showed the vascular ectasia consistent with Dieulafoy and treated with electrocoagulation and had the same

story provided polycystic liver disease. Continued outpatient treatment with proton pump inhibitor with satisfactory results.

Keywords: Obscure Digestive Bleeding, Dieulafoy's Lesion, Polycystic Kidney, Digestive Endoscopy.

INTRODUÇÃO

A doença de Dieulafoy é uma causa incomum de hemorragia digestiva, mas pode se associar a hemorragias maciças e de repetição. Acomete principalmente o estômago, na pequena curvatura e transição esofagogástrica, porém há descrições em esôfago, jejuno, cólon, reto e brônquios. Consiste numa protrusão de uma arteriola da submucosa através de um pequeno defeito na camada mucosa.^{1,2} A etiologia dessa lesão ainda é desconhecida, podendo ser causada por uma má formação vascular congênita ou adquirida.

A doença policística renal e hepática é um distúrbio sistêmico caracterizado pela formação de cistos em múltiplos órgãos. Além de fígado e rim, foi descrita a presença de cistos em pâncreas, baço, cérebro, ovários e testículos. Habitualmente assintomática, pode ocasionar dor, sangramentos, infecções, hepatoesplenomegalia e insuficiência renal.³

Possui origem genética, podendo ser de herança autossômica recessiva, grave, precoce, de manifestação na infância, ou dominante, indolente e de manifestação tardia.

1. Residente em Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba. MG, Brasil. 2. Coordenador do Departamento de Gastroenterologia do Curso de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba. MG, Brasil. 3. Acadêmicos de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba. MG, Brasil. 4. Professor de Clínica Médica do Curso de Medicina da Universidade de Uberaba (UNIUBE), Uberaba. MG, Brasil. **Endereço de correspondência:** José do Carmo Júnior – Av. Flamboyant, 120 – Uberaba - MG - CEP: 38066-030/e-mail: jcarmo.junior@hotmail.com. **Recebido em:** 20/02/2012. **Aprovado em:** 26/06/2012.

OBJETIVO

Relatar um caso de paciente admitido com hemorragia digestiva por doença de Dieulafoy associado à doença policística de fígado e rins.

MÉTODO

GPS, masculino, 76 anos, branco, foi admitido no Serviço de Gastroenterologia do Hospital Universitário da Universidade de Uberaba (UNIUBE) com o quadro de anemia crônica e relato de transfusões sanguíneas prévias, associada à astenia, adinamia, edema de membros inferiores e dispneia compatíveis com insuficiência cardíaca. Relatava episódio de enterorragia há 4 dias antes da admissão. Apresentava história de doença policística do fígado e rins com função renal inalterada. Foi submetido à endoscopia digestiva alta (EDA), que evidenciou ectasias vasculares compatíveis com doença de Dieulafoy no corpo gástrico com sangramento ativo e outra, em antro com as mesmas características (fotos 1 e 2). Ambas as lesões foram submetidas ao tratamento por eletrocoagulação. A tomografia computadorizada de abdômen mostrou doença policística do fígado e rins (foto 3) e a colonoscopia não demonstrou ectasias vasculares. O paciente recebeu alta para segmento ambulatorial em uso de omeprazol, 40mg por dia. Mantém-se em controle ambulatorial, clinicamente estável, sem novos episódios de sangramento ou recidiva da anemia, ou necessidade de novas transfusões.

Foto 1: Sangramento ativo doença de Dieulafoy.

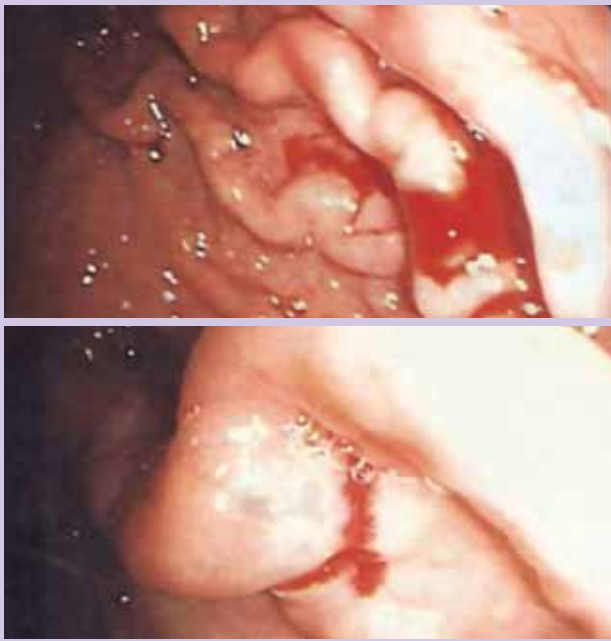
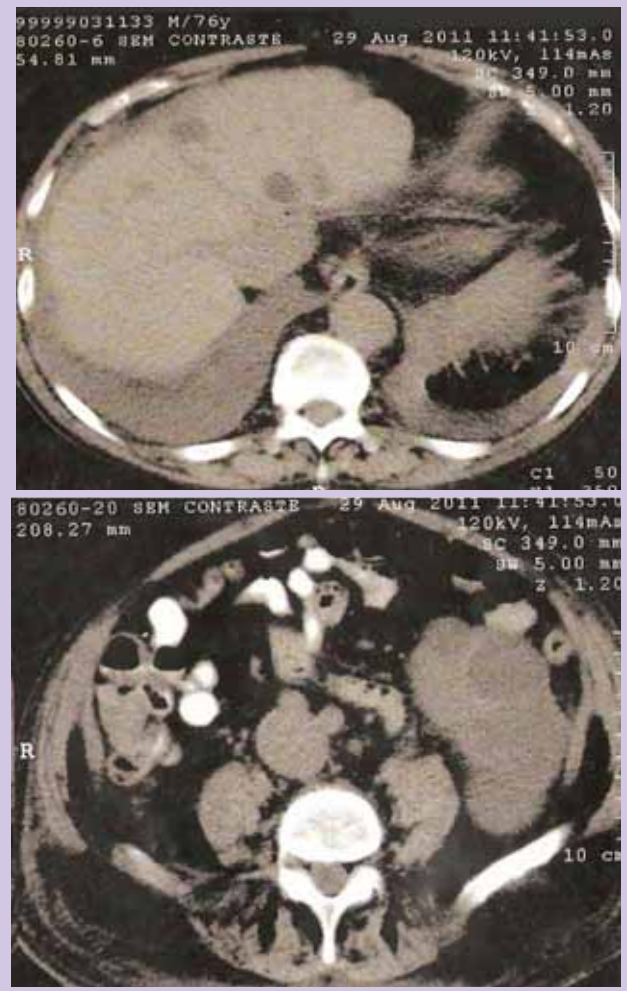


Foto 2: Sangramento ativo doença de Dieulafoy.



Foto 3: Fígado e Rins policísticos.



DISCUSSÃO

Apesar da lesão de Dieulafoy ser rara, ela é uma importante causa de hemorragia digestiva. Essa lesão foi descrita primeiramente por Gallard em 1884.⁴ O cirurgião francês Dieulafoy descreveu 3 pacientes com essa lesão em 1898, 5 usando o termo "exulceratio simplex" devido ao pequeno tamanho da lesão, com grande artéria de histologia normal. A lesão de Dieulafoy consiste de uma arteriola de calibre persistente que faz protrusão num pequeno defeito de mucosa, usualmente 6 cm da junção esofagogástrica na pequena curvatura do estômago.

Em aproximadamente 4-9% dos casos de hemorragia digestiva alta (HDA) maciça, uma causa não pode ser detectada. A lesão de Dieulafoy é uma causa de HDA crônica ou aguda em 1-2% desses casos. Essa lesão é mais comum em homens, numa média de idade de 54 anos e não se correlaciona ao uso de álcool ou drogas anti-inflamatórias. No caso relatado, o paciente era portador de anemia crônica cujo perfil sugeria perdas crônicas. Apesar de possuir o histórico de múltiplas transfusões de sangue, o paciente ainda não havia sido submetido a uma avaliação propedêutica apropriada. Em tais casos, é necessária a investigação de todo o trato gastrointestinal. Porém, nem sempre o ponto de perda é factível de ser localizado. Quando temos evidências de perdas sem localização, estamos diante de uma hemorragia digestiva de causa obscura (HDCO).⁶

Na atualidade, contamos com diversos métodos para identificação desses sangramentos. A propedêutica inicial se dá pela endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Mas, ambos os métodos, possuem a limitação de visualização de intestino delgado, necessitando de métodos mais sofisticados.

Dos métodos radiológicos, contamos com os exames contrastados, como o trânsito intestinal, arteriografia, tomografia computadorizada helicoidal ou ressonância nuclear magnética, que têm um rendimento diagnóstico baixo, variando de 0 a 20%. A cintilografia necessita de um sangramento ativo para o diagnóstico e a angiografia tem uma positividade muito variável 27-77%. Apesar de serem mais disponíveis que as demais técnicas, são inadequados para o exame da mucosa do TGI, não diagnosticando as angioectasias e as pequenas lesões de mucosa.

A avaliação endoscópica do duodeno, jejuno e íleo é denominada de enteroscopia. No arsenal terapêutico atual contamos com: sonda (*non-push*), push-enteroscopia, cápsula vídeo-endoscópica e enteroscopia com balões (duplo balão ou balão único).

Com o advento de novos métodos endoscópicos, tais como cápsula (CE) e os enteroscópios de balão único ou duplo (EUB ou EDB), tornou-se possível a completa visibilização do intestino delgado.

CONCLUSÃO

As ectasias vasculares, como a doença de Dieulafoy, devem ser lembradas no diagnóstico de hemorragias digestivas especialmente em casos de hemorragias digestivas obscuras, e a doença policística de rins e fígado pode evoluir com disfunção renal.

REFERÊNCIAS

1. Lee YT, Walmsley R.S., Leong R.W., Sung J.J. Dieulafoy's lesion. *Gastrointest Endosc* 2003; 58 (2): 236-43.
2. Hoffman, A.; Kunert, A. *et al.* Laparoscopic Resection of Gastric Dieulafoy Lesion Following Preoperative Tattooing. *IMAJ* 2011; 13: March: 187-188.
3. Zerres K, Mucher G, Becker J *et al.* Prenatal diagnosis of autosomal recessive polycystic kidney disease (ARPKD): molecular genetics, clinical experience, and fetal morphology. *Am J Med Genet.* 1998; 76:137-44.
4. Gallard T. Aneurysmes milliaires de l'estomac, donnant lieu a des hematemeses mortelles. *Bull Soc Med Hop Paris.* 1884;1:84-91.
5. Dieulafoy G. Exulceratio simplex. L'intervention chirurgicale dans les hematemeses foudroyantes consecutive a l'exulceration simple des l'estomac. *Bull Acad Med.* 1898;49:49-84.
6. American Gastroenterological Association (AGA) Institute Technical Review on Obscure Gastrointestinal Bleeding. *Gastroenterology* 2007;133:1697-1717.
7. Dy NM, Gostout CJ, Balm RK. Bleeding from the endoscopically identified Dieulafoy lesion of the proximal small intestine and colon. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:108-111.
8. Lara LF, Sreenarasimhaiah J, Tang SJ, Afonso BB, Rockey DC. Dieulafoy lesions of the GI tract: localization and therapeutic outcomes. *Dig Dis Sci.* 2010;55:3436-3441.
9. Levy MJ, Wong Kee Song LM, Farnell MB, Misra S, Sarr MG, Gostout CJ. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided angiotherapy of refractory gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol.* 2008;103:352-359.