

## Síndrome de Mallory-Weiss en una embarazada

### Mallory-Weiss syndrome in a pregnant

**Dalis Diago Caballero<sup>I</sup>; Roberto García Valdez<sup>II</sup>; Tulio Dariel Arguelles Soria<sup>III</sup>**

<sup>I</sup>Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora auxiliar. Especialista de II grado en Medicina General Integral. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre. Cerro. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup>Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre. Cerro. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup>Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Hospital Clínico Quirúrgico 10 de octubre. Cerro. La Habana, Cuba.

---

### RESUMEN

La hemorragia digestiva es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedades del tracto gastrointestinal, el Síndrome de Mallory Weiss, causa el 5-10 % de estas hemorragias. Se realizó una revisión bibliográfica a partir de la existencia de un caso obstétrico portadora de una hiperémesis gravídica. La paciente ingresa por hematemesis, la endoscopia concluyó un Síndrome de Mallory-Weiss, mantuvo buen estado hemodinámico, el tratamiento fue conservador y dietético. Dicha entidad, se conoce como desgarro esofágico, frecuente en hombres y causa el 5-10 % de los sangramientos digestivos altos, el diagnóstico es endoscópico, con una resolución espontánea entre 24 y 48 h. Deben prevenirse los cuadros eméticos y el alcoholismo. En ocasiones puede tener complicaciones extradigestivas. No se diagnostica con mayor frecuencia pues se difiere en muchos casos el estudio endoscópico.

**Palabras clave:** Mallory-Weiss, hiperemesis gravídica, embarazo.

## ABSTRACT

The digestive hemorrhage is one of the main causes of hospital entrance for illnesses of the gastrointestinal tract, the Syndrome of Mallory Weiss, causes 5-10 % of these hemorrhages. One carries out a bibliographical revision on the syndrome of Mallory - Weiss starting from the existence of a case obstetric carrier of a hyperemesis pregnancy, being revised this patient's clinical history thoroughly. I develop: The patient enters in the HDCQ Miguel Enríquez for hematemesis, the endoscopy was positive with I diagnose of laceration esofágica for what you/they concluded a Syndrome of Mallory - Weiss, later went you transfer the HDMI 10/October, at every moment it maintained good hemodynamic state and alterations didn't exist in the studies hemoquímicas its treatment it was conservative and dietary, evolving favorably until he/she decided the high one. On this entity, he/she is carried out an outline in the biography of their describers, as well as their definition: I tear esofágica, epidemiology: frequent in men and it causes 5-10% of the high digestive bleedings, the etiology he/she has factors that propitiate like vomits, the clinical square characterizes it the hematemesis, the one diagnoses it is endoscopic with a spontaneous resolution between 24 and 48 hours. It should be prevented the emetic squares and to avoid the alcoholism. In occasions he/she can have complications extradigestives. It is not diagnosed with more since frequency it is differed in many cases the endoscopic study

**Key words:** Mallory - Weiss, hyperemesis, pregnancy.

---

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es una de las principales causas de ingreso hospitalario por enfermedades del tracto gastrointestinal. En la mayoría de casos se presenta de forma aguda y con importantes repercusiones sistémicas, por lo que obliga a adoptar medidas urgentes para estabilizar a los pacientes y permitir efectuar un tratamiento específico adecuado.<sup>1</sup> En los últimos años se han producido grandes avances en el desarrollo de la terapéutica endoscópica, que han permitido mejorar el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes. No obstante, la hemorragia digestiva sigue ocasionando una mortalidad elevada, que se acumula en determinados grupos de riesgo.<sup>1,2</sup> Entre tantas entidades que pueden causar hemorragias digestivas, encontramos el Síndrome de Mallory Weiss, causando el 5-10 % de las hemorragias de la parte alta del tracto gastrointestinal.<sup>3</sup>

El síndrome de Mallory Weiss es una lesión aguda. El sangramiento es multifocal, pero puede provenir de una arteria intramural, rama de la arteria gástrica izquierda.<sup>4</sup>

## MÉTODOS

Para confeccionar el presente artículo se realizó un estudio bibliográfico donde se analiza, sintetiza y discute la información existente sobre síndrome de Mallory

---

Weiss y lo relacionamos con el embarazo. Se realizó la revisión de las historias clínicas, tanto la del hospital clínico quirúrgico "Miguel Enríquez" como la del Hospital docente Materno Infantil (HDMI) de 10 de Octubre, con la intención de actualizar e informar sobre el estado del tema, transmitir nuevos conocimientos, contribuir a la docencia. Lo clasificamos como un artículo de revisión con fines docentes y de puesta al día.

Se realizó una búsqueda automatizada en bases de datos en línea como Cumed, Scielo, Ebsco, Salud en español, revistas médicas cubanas), igualmente la revisión de revistas que publican artículos sobre el tema en cuestión y otras fuentes bibliográficas impresas, como libros y folletos.

## **DESARROLLO**

Paciente L O P. Edad: 21 años. Municipio Cotorro

APP: Hipotiroidismo.

Historia Obstétrica: G<sub>2</sub> P<sub>0</sub> A<sub>1</sub>. Amenorrea de 8 sem aproximadamente. No se ha captado como gestante. No precisa la fecha de su última menstruación.

HEA actual: Llevó una semana con vómitos frecuentes posprandiales precoces, alrededor de 8 a 10 por día. El 13/5/09 tuvo un vómito con sangre.

El 14/5/09 otro vómito con sangre, decide ir al consultorio y fue remitida al hospital.

### **Interrogatorio por aparatos**

Digestivo: acidez y sensación de quemazón, vómitos posprandiales precoces, alrededor de 8 a 10 por día, los 2 últimos con sangre roja como la de una herida.

Endocrino: Hipotiroidismo hace +/- 1 año tratamiento con levotiroxina 1 tableta diaria.

### **Examen físico**

AR/ normal FR 20'. ACV/ normal FC 90' TA 110/60. Abdomen, ligero dolor a la palpación profunda en epigastrio.

### **Exámenes complementarios**

Día 13/5/09

Hematocrito: 0,45g/l Grupo y factor: A +

Día 14 /5 /09

Endoscopia: se introduce equipo hasta segunda porción del duodeno.

Conclusiones: gastritis hemorrágica del cardias y parte alta del cuerpo gástrico, desgarró esofágico hacia la hora 9 de las manecillas del reloj (síndrome de Mallory Weiss).

### **Ingreso en UCI día 16/5/09**

HB 12,8g/l.

Leucograma: 10.5g/l poli 0,67, linfo 0,28 mono 00,5

Glicemia: 47 mmol/l.

Eritrosedimentación: 61mm/h

Ionograma: Na 142 meq/l

Coagulograma:

-Plaquetas: 178 g/l Tp: c.13 PTE. 15 Tpt: c 30 PTE 30.

Evolución estable, no shock.

### **Ingreso HDMI 10 de Octubre**

US/ abdominal: vesícula, riñones de aspectos normales.

US/obstétrico: útero grávido con 8,6 sem, polo embrionario en su interior presente.

### **Comentario**

En nuestra paciente lo que ocasionó esta afección fue la presencia de una hiperemesis gravídica, que le provocó vómitos intensos y frecuentes, no hubo compromiso hemodinámico, ni la necesidad de ser transfundida. Al recibirse en nuestro hospital constatamos una evolución favorable, complementarios con valores normales y fue dada de alta con seguimiento, se ha controlado la hiperemesis gravídica.

Hay que pensar en esta posibilidad diagnóstica durante el primer trimestre de la gestación donde abundan los cuadros eméticos.

### **Síndrome de Mallory-Weiss**

Descrito por George Kenneth Mallory y Soma Weiss por primera vez en 1929.

G. K. Mallory nació en Boston el 14 de Febrero de 1900 y murió en 1986, fue patólogo en el Boston City Hospital y profesor de Boston Medical School, durante mucho tiempo trabajó en el Instituto de patología Mallory fundado por su padre. También se interesó por las enfermedades, hepáticas y renales. Fue nombrado Profesor Emérito.

S. Weiss nació en Bestereze en Transilvania-Hungría, en 1898 y murió en 1942. Estudió Fisiología y Bioquímica en Budapest, emigró después de la Segunda Guerra Mundial a Estados Unidos, trabajó en el Instituto de Farmacología de la Universidad Cornell, donde publicó varios artículos sobre el efecto de los digitálicos. Fue

considerado un gran hombre y muy interesado por los jóvenes a quienes les daba responsabilidades y los ayudaba. Weiss se interesó por las afecciones cardiovasculares y la terapéutica farmacológica.<sup>4</sup>

### **Definición del síndrome**

Desgarros no perforantes de la membrana mucosa gastroesofágica, al parecer con cierta frecuencia en el punto de unión entre el esófago y el estómago. También es denominada desgarro de Mallory-Weiss o síndrome de laceración y hemorragia gastroesofágica.<sup>5</sup>

Epidemiología: la enfermedad fue descrita por primera vez en 15 pacientes alcohólicos. La incidencia es aproximadamente 4 casos por cada 100 000 personas, tiende a afectar más a hombres que mujeres, puede aparecer a cualquiera edad.<sup>6,7</sup>

Etiología: Se han sugerido diversos factores predisponentes y desencadenantes en la producción de las laceraciones.

Factores predisponentes: hábitos alcohólicos, desórdenes alimentarios, ingestión de salicilatos y la presencia de hernia hiatal y otras lesiones gastrointestinales que causen vómitos o náuseas.

Factores desencadenantes: situaciones que aumenten la presión intrabdominal como náuseas, vómitos, tos, convulsiones epilépticas, masaje cardiaco externo, trauma abdominal, esfuerzo al defecar, etc.<sup>8,9</sup>

Cuadro clínico: Consiste en desgarros no penetrantes, lineales, únicos o múltiples y de menos de 2 cm de longitud, de la mucosa esofágica o gástrica en la proximidad de la unión esofagogástrica.<sup>10</sup> Se producen por las arcadas forzadas y vómitos repetidos. Se caracteriza por hematemesis, que pueden ser desde muy leves hasta masivas después de violentos intentos para vomitar. En otras ocasiones puede presentarse como melenas. En las hepatitis alcohólicas, algunas manifestaciones extrahepáticas sugieren el diagnóstico del síndrome de Mallory-Weiss.<sup>11</sup> También se describe que tras comidas copiosas y pesadas puede existir una sensación de algo que se rompe en el interior, expulsión de sangre roja, dolor intenso xifoideo, enfisema subcutáneo en el cuello.<sup>12,13</sup> La severidad del sangrado está en función del calibre del vaso roto, en el tejido desgarrado, así como el tipo del mismo.<sup>14</sup>

Diagnóstico definitivo: se realiza con la endoscopia y rara vez es demostrable por radiología de rutina. Otro medio diagnóstico, aunque más invasivo es la angiografía con contrastes. Si el sangramiento es profuso puede descender el hematocrito.<sup>5-14</sup>

En el estudio endoscópico la mucosa adyacente al desgarro está generalmente edematosa con apariencia hemorrágica. En los casos que se ha podido seguir la evolución del desgarro se observa sangrado activo, posteriormente formación de coágulo que cubre la laceración, dejando expuestos los bordes cubiertos de fibrina. Al cabo de 2 días se retrae lentamente él mismo para finalmente desprenderse dejando un aspecto de úlcera lineal.<sup>9</sup> La laceración que se presenta es más común como desgarro único, sin embargo, múltiples desgarros pueden estar presentes, los cuales se observan orientados paralelos al eje del estómago, y pueden ubicarse en cualquier lugar de la circunferencia del cardias del lado gástrico y raramente se extiende a esófago; en profundidad lesiona mucosa y submucosa, raramente la capa muscular y cuando llega a serosa resulta en perforación (síndrome Boerhaave).<sup>15</sup>

Tratamiento: en la mayoría de los casos la hemorragia se detiene espontáneamente después de las 24 -48 h y los desgarros suelen cicatrizar en 10 a 12 días sin ningún tratamiento especial. Pueden administrarse inhibidores de la secreción gástrica (en particular inhibidores de la bomba de protones.<sup>8-16</sup> Si la hemorragia persiste se hace necesario la transfusión sanguínea, cauterización, fotocoagulación endoscópica o la inyección de epinefrina y muy raramente se utiliza la embolización de las arterias que irrigan la zona afectada.<sup>9-17,18</sup>

Pronóstico: rara vez se presenta como una condición fatal.

Complicaciones: si el desgarró es de suficiente calibre puede causar irritación del mediastino, derrame pleural, enfisema subcutáneo.

Prevención: aliviar o tratar la tos, los vómitos y evitar el consumo de alcohol.<sup>8,16-18</sup>

Ofrecemos algunos datos interesantes, según estudios de Palmas y Rivas<sup>15</sup> experiencia obtenida en el Hospital Escuela con esta condición en un período de 3 años.

Más frecuentes entre los 20 a 39 años de edad con un 66,6 %, el sexo masculino con un 93,3 %, el 80 % presentó hematemesis, los antecedentes más encontrados fueron el alcoholismo, el tabaquismo.<sup>19,20</sup>

No debe desestimarse la endoscopia debido al embarazo porque puede diferenciar el síndrome de Mallory-Weiss con el síndrome Boerhaave el cual es más peligroso por la ruptura esofágica que se produce.<sup>21,22</sup>

## CONCLUSIÓN

Creemos que no se diagnostica con mayor frecuencia pues se difiere en muchos casos el estudio endoscópico, ya que los sangramientos en muchas pacientes no son de grandes magnitudes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rego Hernández J de J, Leyva de la Torre C, Pérez Sánchez M. Caracterización clínico-terapéutica del sangramiento digestivo alto. Hospital "Dr. Salvador Allende". Primer semestre 2006. Rev cubana farm. 2007;41(3).
2. Balanzó Tintoré J, Villanueva Sánchez C. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. Hemorragia digestiva alta. Barcelona: Ediciones Doyma; 2004.
3. Síndrome de Mallory-Weiss [citado Jul 2009]. Disponible en: [www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/.../](http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/.../)
4. Enfermedades Digestivas. Síndrome de Mallory-Weiss. [citado Jul 2009]. Disponible en: <http://www.igb.es/digestivo/patologia/mallory.htm>
5. Higuchi N. Endoscopic band ligation therapy upper gastrointestinal bleeding to Mallory- Weiss syndrome. Surg Endosc. 2006 Sep;20(9):1431-4.

6. Geyer M. Epidemiology of gastrointestinal bleeding in the elderly. Schweiz Rundsch med Prax; 2006 may 10.