

SÍNDROME MALLORY WEISS

Dr. Rubén Palma ()*

*Dr. Armando Rivas (**)*

Este cuadro descrito originalmente en 1929 por Mallory y Weiss consiste en la laceración del cardias y desde esta época han habido varias publicaciones, lo que evidencia que no es un trastorno raro y que debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial del sangrado de tubo digestivo superior. Frecuencia: 1970 Descritos 100 casos

9.8o/o como causa de hemorragia masiva.

2o/o como causa de sangrado de tubo digestivo

La laceración que se presenta es más común como desgarro único, sin embargo, múltiples desgarros pueden estar presentes, los cuales se presentan 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)

La severidad del sangrado está en función del calibre del vaso roto, en el tejido desgarrado, así como el tipo del mismo.- 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 retrae lentamente él mismo para finalmente desprenderse de-

jando un aspecto de úlcera lineal que cura en un tiempo de 2 a 5 días más.

Esta laceración se produce generalmente por esfuerzos que súbitamente aumentan la presión intra-abdominal (vómito-tos-fuerza súbita-trauma abdominal- convulsiones y hasta el esfuerzo para defecar puede preceder el inicio del sangrado) lo que causa un atoramiento del cardias contra el hiato rígido del diafragma y laceración de la mucosa.

Clínicamente al hacer el interrogatorio de los pacientes con sangrado de tubo digestivo superior, se debe investigar la existencia de síntomas previos sugestivos de Hernia Hiatal por deslizamiento (reflujo, regurgitación, disfagia, pirosis, malestar epigástrico) asociados a episodios de esfuerzo, seguido de hematemesis.

El diagnóstico de esta condición es endoscópico o quirúrgico. La radiología no conduce a la visualización de la lesión, a menos que se realice una angiografía selectiva que localice el punto del sangrado, no necesariamente su naturaleza.- Como información clínica podemos tener que es una condición más frecuente en alcohólicos, vomitadores, en el hombre que en la mujer, en los adultos jóvenes, que la hemorragia es precedida por lo menos por episodio de vómito intenso que pudo haber ocurrido pocas horas antes.- Suele haber dolor epigástrico y/o dolor en espalda y la magnitud de la hemorragia está en función del vaso roto pudiendo llevar al choque y muerte.

Nuestro propósito es presentar la experiencia obtenida en el Hospital Escuela con esta condición en un período de 3 años.

* Médico Residente de Medicina Interna
Adscrito al Servicio de Gastroenterología.

** Profesor de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas
Jefe del Servicio de Gastroenterología.

SINDROME DE MALLORY WEISS

HOSPITAL ESCUELA

Endoscopías años 1979 - 81 = 3 años
 Total endoscopías - 1,542 = 100 %
 Dx de Síndrome de M.W. - 20 = 1.29%

RELACION CON SANGRADO DIGESTIVO
 AÑO 1981

Total endoscopías = 603 (39.1% del total)
 Dx de S. D. A. = 196 = 32.6%
 Dx de Síndrome de M.W. = 10 = 5.1%
 Casos revisados = 15

SINDROME DE MALLORY WEISS

Edad: 20-29 años = 4 = 26.6%
 30-39 años = 4 = 26.6% } 66.6%
 40-49 años = 2 = 13.3%
 50-59 años = 0 = —
 60-69 años = 5 = 33.3%

Sexo M = 14 = 93.3%
 F = 1 = 6.7%

Procedencia: D.C. - 9 = 60%
 Fuera - 6 = 40%

Raza: Mestiza = 100%

Ocupación: Oficios - 12 = 80%
 Agricultor - 3 = 20%

Síntoma principal: Hematemesis - 12 = 80%
 Epigastralgias - 3 = 20%

Síntomas encontrados: Hematemesis = 12
 Dolor epigástrico = 9
 Hipovolemia = 8
 Melena = 7
 Pirois retroet. = 6
 Vómitos previos = 6
 Náuseas previas = 4

Signos encontrados: Ictericia = 1
 Fiebre = 1
 Ninguno = 8
 Dolor epigástrico = 3
 Melena = 2
 Hipovolemia = 2
 Fiebre = 1
 Hepatomegalia = 1

Antecedentes: Alcoholismo crónico = 14
 Ingesta alcohólica reciente masiva - aguardiente = 12
 Tabaquismo = 6
 Enf. Acid. Péptica = 4
 Ingesta ASA = 4
 Café = 3
 SDA = 2
 Hepatitis = 1

Diagnóstico de Ingreso: Gastritis alcohólica erosiva = 10
 Úlcera péptica sangrante = 7
 Síndrome de Mallory Weiss = 4
 Várices Esofágicas = 3
 Ca. Gástrico = 1
 Endoscopia: Síndrome de M.W. = 15
 Gastritis Aguda = 3
 Esofagitis aguda = 1
 Duodenitis erosiva = 1
 H. H. = 1

Tratamiento:	Lavado Gástrico helado	= 13
	Antiácido	= 13
	Cimetidina	= 10
	Transfusiones Sang.	= 10
	Levofed	= 1
	Mucoprotectos gástrico	= 1
	Antiheméticos	= 1
	Antiamoniacal CI	= 1
	CIRUGIA	= 0
Promedio de transfusiones = 2 (0 - 5) unidades		
Evolución:	Tiempo promedio de sangrado	= 36 horas
	Tiempo promedio de hospitalización	= 6 días
	Complicaciones (Encefalopatía Hep.)	= 1
	MORTALIDAD:	= 0
Diagnóstico Final:	Síndrome M.W.	= 13
	Gastritis alcohólica Hem.	= 1
	T.B. Pulmonar	= 1

pirosis y vómitos previos (este último no es síntoma preponderante).

5. La signología está ausente.
6. Los antecedentes: Alcohólicos crónicos, con ingesta reciente masiva con aguardiente.
7. No se piensa con frecuencia como Diagnóstico de ingreso.
8. Es esencialmente endoscópico su diagnóstico.
9. Generalmente no está asociado a otros hallazgos endoscópicos.
10. El tratamiento es conservador con restitución sang. por el sangrado importante.
11. El tiempo promedio de sangrado es de 36 horas y la Hosp. de 6 días, sin complicaciones y con curación del 100o/o.
12. El diagnóstico final se sostiene reforzando la utilidad de la Endoscopía.

CONCLUSIONES

1. Incidencia en Dx Endoscópico = 1.29o/o del total de endoscopías realizadas.
2. Incidencia como causa de SDA = 5.1o/o
3. Se presenta en masculinos menores de 50 años
4. Los Sx principales: Hematemesis, dolor epigástrico, Hipovolemia, melena,

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Harrison's: Mallory - Weiss Syndrome, 202 - 203, Ninth Edition 1980.
- 2.- Manual of Medical Therapeutics: Mallory - Weiss Tear, 256, 23ed Edition, 1980.