

SINDROME DE MALLORY-WEISS DURANTE LA GESTACION

Dr. JOSE LINO ZAMUDIO

Hospital Militar Central, Lima Perú

La protección natural que la mujer gestante tiene a las hemorragias gastro-intestinales, es notable. Así lo demuestran los gastroenterólogos por el pequeño porcentaje de hemorragias durante la gestación. Esto es más notable ante la presencia de hipertensión portal y cierto grado de várices esofágicas observadas durante la gestación, que regresionan espontáneamente (Palmer y Brick) (1).

La esofagitis erosiva con o sin hernia del hiato, es una complicación no poco frecuente en el embarazo; los vómitos incoercibles, el hipo, etc., son factores que hacen a la mujer embarazada más susceptible al Síndrome de Mallory Weiss.

El Síndrome descrito por Mallory-Weiss en 1929, consiste en hemorragias producidas en el segmento gastro-esofágico, localizado esencialmente por encima del cardias, por laceraciones causadas por el aumento súbito de presión intra-abdominal, como sucede en el vómito, hipo severo, etc. (2). Desde la primera descripción hecha por Mallory y Weiss, se han encontrado hemorragias en conexión con diversas condiciones, siendo el alcoholismo la principal de ellas, pero es significativo el hecho, que su relación con el embarazo haya sido postergada por mucho tiempo.

HISTORIA:

Quinke, en 1879, fue el primero en llamar la atención sobre éste Síndrome, pero sin reconocer su etiología.

En 1929, Mallory y Weiss (2), lo describieron por primera vez como síndrome; y en 1932 presentaron un segundo reporte con 6 casos comprobados en la autopsia y 15 sospechosos.

Veinte años más tarde, Palmer (1), presentó 7 casos. Decker (3), en 1953 informó sobre 11 casos comprobados por autopsias. Desde entonces a la fecha, han sido presentado por diversos investigadores un mayor número de casos.

Dobbins (4), presentó 3 casos propios y 54 tomados de la literatura y diagnosticados mediante la cirugía, endoscopías o autopsias. Stahlgren y Ling, insisten en la importancia del tratamiento inmediato (6).

ETIOLOGIA:

La causa más común del Síndrome de Mallory-Weiss, es sin lugar a duda el vómito, siendo considerado éste durante mucho tiempo como único. Atkinson (5), fue el primero en informar otras causas, tales como: tos paroxística, status asmático y epilepsia. Posteriormente fueron descritos casos por hipo, trauma, etc. En general podemos decir, que todo proceso que produzca un aumento marcado de la presión intra-abdominal, puede motivar laceraciones del segmento cardio-esofágico. El vómito es la causa más común, pues durante la náusea, el píloro se cierra, mientras que el cardias y el esófago se dilatan, pudiendo llegar al contenido gástrico al esófago debido a movimientos antiperistálticos. En el momento de efectuar el esfuerzo para vomitar, el diafragma desciende como en la inspiración profunda, produciendo un aumento rápido de la presión intra-abdominal y expulsando así el contenido gástrico.

Según Mallory-Weiss, cuando existen episodios repetidos, el reflejo del vómito pierde su coordinación y el esófago no se dilata convenientemente, expulsándose el contenido gástrico a gran presión. Esto ha sido demostrado en cadáveres mediante presiones intra-gástricas de 100 a 150 mm. de Hg. En el vivo, el vómito produce presiones intra-gástricas de 200 mm. de Hg. e intra-esofágicas de 50 mm. Hg. Esta diferencia hace que la porción gastroesofágica soporte una presión de 150 Hg.

Las gastritis, esofagitis, el pujo durante el parto o en la defecación de personas estreñidas pueden producir o contribuir a las laceraciones cardio-esofágicas y aún a la ruptura del esófago, en cuyo caso el cuadro sería de suma gravedad.

HISTOPATOLOGIA:

En los estudios realizados en autopsias se han encontrado lesiones lineales u ovaladas, paralelas al eje mayor del esófago, cuyo tamaño varían de 1.2 x 0.1 cm. hasta 3.5 x 1.4 cm.

La base se encuentra cubierta de sangre o exudado amarillento, comprometiéndola mucosa en toda su profundidad. El aspecto microscópico es semejante a una úlcera gástrica inflamada, cuya base llega a la sub-mucosa o al músculo, con exudado purulento, edema, sangre y depósito de fibrina.

DIAGNOSTICO:

Dado la gravedad del cuadro, es necesario investigar cuidadosamente a toda paciente que presente una hemorragia del tracto gastrointestinal, teniendo en cuenta la posibilidad de que se trate del síndrome de Mallory-Weiss.

Se recomienda lavado gástrico con agua helada como condición previa; esto contribuye a disminuir la hemorragia y permite visualizar la lesión. Es necesario efectuar esofagoscopia, gastroscopia y fluoroscopia contrastada. Este método da un 90% de diagnósticos precisos. Durante la gestación es preferible omitir el estudio radiológico, pero se deberá proceder con el estudio endoscópico completo, puesto que el peligro de hemorragia profusa es mayor. Palmer asegura, que en caso de no encontrar lesión endoscópicamente, él emplea la fluoroscopia contrastada, aún en el embarazo. Stahlgren, Decker, Zamcheck y Mallory aconsejan efectuar una gastrotomía cuando el sangrado es profuso o no hay seguridad diagnóstica, pudiéndose controlar de esta manera la hemorragia, mediante suturas hemostática e inspeccionar al mismo tiempo, la zona gastro-esofágica.

TRATAMIENTO:

Si la hemorragia no es profusa, el tratamiento deberá ser conservador. Un medio efectivo son los lavados gástricos con agua helada, que permiten disminuir el sangrado, evitar el vómito y mejorar la visualización. El taponamiento con el tubo de Sengstaken se usan cuando existe la presencia de várices o esofagitis.

En los casos agudos, se indica la gastrotomía para inspeccionar la zona gastroesofágica y efectuar suturas hemostáticas con catgut cromado delgado con aguja atraumática.

CASOS CLINICOS

Caso 1.— L.S.A.R.— HC 30673.— HMC.— 29/5/1963.

Antecedentes familiares: Padre fallecido por diabetes.

Antecedentes personales: Pielonefritis y tifoidea en la infancia. Brucelosis a los 13 años.

Enfermedad Actual: Paciente de 26 años para 2,002. Última regla: el 17 de noviembre de 1962. Es admitida a los 6 meses de gestación por presentar hematemesis de aproximadamente 50 cm.

El cuadro actual se inició hace 9 días, con vómitos alimenticios que fueron seguidos de hematemesis de 200 cm. aproximadamente, mejorando la misma espontáneamente. Dice haber tenido dos episodios de sangrado gastrointestinal anteriores, como resultado del esfuerzo efectuado para vomitar. En ambas oportunidades, presentó dolor en el epigastrio que no guardó relación con los alimentos.

El examen clínico reveló solamente discreta palidez.

Los exámenes de laboratorio fueron normales, a excepción de anemia discreta. El estudio endoscópico gastroenterológico reveló Síndrome de Mallory-Weiss. La paciente es dada de alta, 21 días después en buenas condiciones.

El 31 de agosto de 1963, la paciente es admitida con gestación a término en trabajo de parto inicial. Exámenes de laboratorio: normal. A las 9 de la mañana, presentó hematemesis de 50 cc.

Consulta gastroenterológica: Síndrome de Mallory-Weiss.

Recomiendan tratamiento a base de Probanthine, coagulantes, Ayerogen endovenoso e indican evacuación del útero.

A las 10 a.m. se inicia la inducción del parto con solución de Pitocín al 1% y a las 12.30 se produce el parto con fórceps profilácticos de un bebé del sexo masculino de 3,850 gr. con Apgar 9.

Post-parto normal. Fue dada de alta y remitida al Servicio de Gastroenterología.

Caso 2.— T.V. de C.— HC 24526 HMC.— 3/6/1962

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: tiroidectomía en 1959.

Enfermedad actual: Paciente de 31 años de edad, Para 3,003 FPP: 5/6/1962. Es admitida en el Servicio de Obstetricia por presentar hipo severo irreductible, náuseas y vómitos porráceos, cuadro que se inició hace dos semanas y que ha ido en aumento progresivo. Tiene antecedentes de cuadros semejantes en sus 3 embarazos anteriores. Al examen clínico, paciente adelgazada, pálida, lúcida, con embarazo a término; presentación cefálica en estación menos 2. El cérvix con 30% de incorporación y 2 cm. de dilatación. En el Servicio presentó hematemesis de 15 cc. Se le indicó glucosa al 5% en agua 1,000 cc. con aguja 18. Piridoxina, Largactil, Ayerogen 20 mgr. endovenoso, coagulantes y sedantes. A las 5 p.m. presenta una nueva hematemesis de 650 cc. Se ordena transfusión de sangre total y tubo de Levine, succión gástrica continua y lavados con agua helada. Se solicita consulta gastroenterológica, indicándosele evacuación inmediata del útero y posteriores estudios de radiografías, mucografía de esófago y estómago. Se procede a la inducción del parto con solución de Pitocín al 1% y el 4 de junio de 1962 se produce el parto espontáneo de un bebé del sexo femenino de 2,650 gr. Posteriormente mejora y el 12 de junio se le da de alta para pasarla al Servicio de Gastroenterología, donde luego de efectuarle estudios endoscópicos y radiológicos, se diagnostica Síndrome de Mallory-Weiss.

El 20 de marzo de 1963 la paciente consulta por amenorrea desde su último parto, comprobándose al examen una gestación de aproximadamente 5 meses. En vista de sus antecedentes, se la envió al Servicio de Gastroenterología donde se le indicó tratamiento intensivo.

El 12 de junio es admitida al Servicio de Obstetricia del HMC por presentar hipo severo, náuseas y hematemesis, por lo cual se le indicó sonda gástrica y lavados con agua helada, coagulantes, Ayerogen endovenoso, etc. con lo cual fue controlado el cuadro.

El 29 de junio, fue inducido el parto con solución de Pitocín al 1% y a las 8.45 p.m. dio a luz espontáneamente un varón de 3,200 gr. Posteriormente o sea el 5 de julio solicitó su alta, en contra de la opinión médica.

Caso 3.— J. A. de A.— HCOO3175 HMC.— 11/7/1963

Paciente de 18 años Para 0000 U.R. 16 Octubre 1962 FPP: 26/7/63. Gestante de 38 semanas, admitida por hematemesis de 250 cc. aproximadamente, habiendo estado internada por un episodio similar con náuseas y vómitos, presentando contracciones uterinas de poca intensidad y duración. Estado general conservado. Examen clínico negativo. Presentación de vértex a estación menos 2. Posición OIT. Cérvix posterior cerrado. Se pide consulta gastroenterológica, recomendándosele tratamiento y estudios endoscópicos y radiológicos futuros. La paciente evoluciona favorablemente dándosele de alta y remitiéndola al Servicio de Gastroenterología, donde se le efectúan estudios endoscópicos y radiológicos, no encontrándose causa aparente del sangrado por lo que clínicamente concluyen en el diagnóstico de Síndrome de Mallory-Weiss.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Mallory-Weiss es más frecuente cuando se lo considera en todos los casos de hematemesis. La causa más común es el vómito incoercible, por lo que en el embarazo y en la hiperemesis gravídica en especial puede presentarse en mayor proporción.

También —de acuerdo a lo observado en el Caso 2— el hipo puede ser una causa desencadenante. El hecho de no observarlo con más frecuencia, debe estar relacionado a la mayor resistencia de la mujer embarazada a tener hematemesis.

El tratamiento conservador nos ha dado buen resultado, contribuyendo la evacuación del útero, a la remisión del cuadro.

Es importante recordar que el tratamiento quirúrgico es diagnóstico y puede salvar la vida de un paciente cuando el cuadro es severo.

SUMMARY

The author presents three cases of the Mallory-Weiss syndrome registered at the Hospital Militar Central, Lima in the last years. All the women were treated medically with good results. The influence of vomiting and hiccup in the etiology of this syndrome is remarked, as well as the importance of an adequate physical and endoscopic examination for the appropriate diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—PALMER E. D.: Observations of the vigorous diagnostic approach to severe upper gastrointestinal hemorrhages. *An. Int. Med.* 36: 484, 1952.
- 2.—MALLORY, G.K. & WEISS S.: Hemorrhages from lacerations of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting. *American Journal of Medicine* 178: 506, 1929.
- 3.—DECKER J. P., ZAMCHECK: Mallory-Weiss Syndrome. *New Engl. J. Med.* 249: 1953.
- 4.—DOBBINS W. O.: Mallory-Weiss Syndrome a commonly overlooked cause of upper gastrointestinal bleeding. 1963.
- 5.—ATKINSONS M., BOTTRILL h.B. etc.: Mallory-Weiss Syndrome. *Gut* 2: 1, 1951.
- 6.—STAHLGREN L. H. & LING, C. S.: Surgical management of massive upper gastrointestinal bleedings due to cardioesophageal mucosal lacerations.
- 7.—THOMPSON H. L., OYSTER J. M. etc.: Hematemesis a study of underline causes.
- 8.—GLOTZER, P. & ELIAS K.: Gastroesophageal postemetic lacerations as a source of massive upper gastrointestinal bleeding. *New Eng. J. of Med.* 264: 817, 1961.
- 9.—HARDY: Mallory-Weiss Syndrome. *Gastroenterology* 30; 681, 1956.