



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 329/49 - MALLORY-WEISS EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DISPEPSIA

J. Bustamante Odriozola<sup>1</sup>; M. Maamar El Asri<sup>2</sup>; Á. Pérez Martín<sup>3</sup>; D. Martínez Revuelta<sup>4</sup>; I. Rivera Panizo<sup>4</sup>; R. López Sánchez<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 38 años que acude a Urgencias por cuadro de vómitos y HDA día previo en el contexto de ingesta alcohólica. Como antecedentes personales refiere dispepsia en tratamiento con omeprazol con mala adherencia terapéutica y dislipemia en tratamiento con medidas dietéticas. Refiere ayer después de cenar tras consumo importante de alcohol (60-100g) vómitos alimentarios, con restos de sangre al final del vómito. No refiere dolor abdominal, melenas previas, síncope o cortejo vegetativo. No consumo de antiinflamatorios ni otra medicación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable. Bien nutrido, hidratado, coloreado y perfundido. Consciente y orientado en las 3 esferas. Eupneico en reposo y colaborador. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación sin signos de peritonismo. Ruidos hidroaéreos normales. Tacto rectal normal. Analítica: normal. Valores de urea y hemoglobina normales. Endoscopia digestiva alta: a nivel de línea Z dos erosiones alargadas de unos 6-7 mm no confluyentes con pequeña laceración sin sangrado activo a nivel de hernia de hiato de pequeño tamaño.

**Juicio clínico:** Probable síndrome de Mallory-Weiss en paciente con esofagitis péptica grado B pendiente de estudio de H. Pylori y hernia de hiato.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome de Mallory-Weiss, esofagitis péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico.

**Comentario final:** El síndrome de Mallory-Weiss se caracteriza por laceraciones longitudinales de la mucosa (diseción intramural) en el esófago distal y el estómago proximal. Es probable que ocurra en una forma menos grave con más frecuencia de la que se reconoce. Los factores de riesgo para la aparición de dicho síndrome son el abuso de alcohol, pacientes con hernia de hiato (aunque existe cierta controversia) y edad inferior a cuarenta años. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia digestiva alta. En la endoscopia se objetivó una esofagitis grado B con pequeña laceración sin sangrado activo a nivel de la hernia hiatal. Las lesiones se localizan de forma preferente en la unión

esofagogástrica, a menudo dentro de una hernia hiatal, y por lo general se extienden hacia el cardias. El manejo variará en función de las lesiones que se objetiven teniendo en cuenta que como tratamiento inicial se deberá conseguir la estabilidad hemodinámica. En el caso de nuestro paciente al tratarse de una lesión pequeña y no sangrante, se decide manejo conservador con tratamiento con omeprazol a doble dosis durante 1 mes. Actualmente asintomático, el paciente se encuentra pendiente de resultado de biopsia.

### **Bibliografía**

-Harris JM, DiPalma JA. Clinical significance of Mallory-Weiss tears. *Am J Gastroenterol* 1993; 88(12):2056-8.

-Michel L, Serrano A, Malt RA. Mallory-Weiss syndrome. Evolution of diagnostic and therapeutic patterns over two decades. *Ann Surg* 1980;192(6):716-21.