



## P-195 - SÍNDROME DE WILKIE. UNA CAUSA EXTREMADAMENTE RARA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA

Navarro Duarte, Juan Carlos; Vargas Fernández, Miguel; López Ordoño, Gabriel; García Balart, Leandro; Rosado Cobián, Rafael

Hospital Torrecárdenas, Almería.

### Resumen

**Objetivos:** El síndrome de Wilkie, o síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), se caracteriza por una compresión extrínseca en la cara anterior de la tercera porción duodenal, y posteriormente por la aorta y la columna vertebral. Es un desorden extremadamente raro y adquirido, cuya incidencia real es desconocida debido a que es una entidad poco diagnosticada, la incidencia reportada es inferior al 1%. Se asocia a una rápida pérdida de peso, siendo más frecuente en mujeres, y personas de constitución delgada. La teoría más aceptada es una reducción en el ángulo formado entre el nacimiento de la arteria mesentérica superior y la aorta, lo que origina un atrapamiento de la tercera porción del duodeno.

**Caso clínico:** Presentamos a un paciente de 16 años, sin antecedentes personales de interés, salvo una constitución física delgada. Acude a urgencias por intenso dolor abdominal en epigastrio, junto con vómitos y distensión abdominal. A la exploración presenta un abdomen ligeramente distendido pero depresible, doloroso a la palpación sobre todo a nivel de epigastrio, sin peritonismo. Se realiza Rx simple de abdomen, donde se observa dilatación de cámara gástrica y primeras asas intestinales. Se realiza TC abdominopélvico, donde se confirma el cuadro obstructivo alto a nivel de tercera porción duodenal, por compresión extrínseca, lo que sugiere como primera posibilidad diagnóstica síndrome de pinzamiento aortomesentérico. Se decide ingreso y tratamiento conservador mediante sonda nasogástrica, nutrición parenteral total (NPT). Durante su ingreso se confirma el diagnóstico etiológico mediante endoscopia digestiva alta, donde se evidencia una compresión extrínseca a nivel de tercera porción duodenal, observándose latido a dicho nivel, sin evidenciar otro tipo de lesión. Durante su ingreso, evoluciona de forma favorable, iniciándose tolerancia oral al 3<sup>er</sup> día postingreso, tras confirmarse buen paso a través de duodeno, mediante tránsito esófago-gástrico-duodenal. Se consigue un aumento ponderal, y la mejoría clínica dándose de alta al 10<sup>o</sup> día postingreso.

**Resultados y conclusiones:** La arteria mesentérica superior (AMS) forma en su origen con la aorta un ángulo que varía de 40<sup>o</sup>-50<sup>o</sup>. Entre la AMS, y la aorta se encuentra la tercera porción duodenal, el proceso uncinado del páncreas, la vena renal izquierda y la grasa retroperitoneal. Cualquier factor que estreche dicho ángulo por debajo de 25<sup>o</sup>, puede causar atrapamiento y compresión del duodeno, originando dicho síndrome. Hay factores predisponentes para desarrollar el SAMS, como son, una pérdida rápida de peso, cirugía de columna vertebral, crecimiento lineal rápido sin ganancia de peso compensatoria particularmente en adolescentes, pancreatitis, linfoma tipo B... Se suele manifestar

como pérdida brusca de peso, dolor crónico intermitente e inespecífico, siendo la obstrucción intestinal aguda completa muy rara. El diagnóstico es muy difícil, y suele requerir de estudios complementarios como TC, endoscopia digestiva alta, y tránsito intestinal con contraste, incluso la angiorresonancia. El tratamiento es fundamentalmente conservador, con NPT, sonda nasogástrica, sueroterapia, y solo cuando fracasa éste, se planteará un tratamiento quirúrgico, como la duodenoyeyunostomía laterolateral, o la gastroyeyunostomía y la división del ligamento de Treitz con movilización del duodeno (operación de Strong).