



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-693 - SÍNDROME DE WILKIE O PINZAMIENTO AORTOMESENTÉRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pérez Reyes, María; Romacho López, Laura; Gutiérrez Delgado, Pilar; Aranda Narváez, José Manuel; Titos García, Alberto; Cabrera Serna, Isaac; González Sánchez, Antonio Jesús; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie, síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome aortomesentérico se produce por la compresión de la tercera porción del duodeno secundaria a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior (AMS) y aorta.

Caso clínico: Paciente de 25 años con antecedentes de infección por *Helicobacter pylori*, con test del aliento tras finalizar el tratamiento, negativo. Ingresa en digestivo ante cuadro de vómitos posprandiales y dolor abdominal de un año de evolución junto a pérdida de peso de 7 kg en un mes. Previamente pérdida voluntaria de 30 kg de peso hacía 2 años por obesidad. A la exploración presenta un abdomen excavado y no doloroso. Durante el ingreso se realiza angioTAC abdominal informado como disminución del ángulo de la salida de la arteria mesentérica superior siendo de $19,1^\circ$, objetivando una distancia entre aorta descendente y AMS a nivel del paso de la tercera porción duodenal de 4,8 mm, así como disminución de calibre de la tercera porción duodenal a nivel del paso entre aorta y AMS, sin dilatación proximal. Se realizó EGD objetivando dilatación del bulbo y segunda porción duodenal y menor llenado de contraste y sensación de compresión extrínseca en 3-4º porción duodenal. Todas estas pruebas eran compatibles con pinzamiento aortomesentérico. La EDA realizada mostraba escasa motilidad gástrica con escasas/nulas ondas peristálticas. Disminución de calibre de la luz en la tercera porción duodenal con aplanamiento de la misma a pesar de la insuflación. Se tomaron biopsias informadas como normales y se colocó una sonda de nutrición nasoyeyunal. Durante su ingreso fue valorada por nutrición, prescribiendo nutrición enteral y añadiendo suplementos orales. Fue dada de alta con nutrición enteral por sonda y vía oral y se derivó a consulta de nutrición y digestivo para seguimiento.



Discusión: La incidencia del síndrome de Wilkie es del 0,2%. Los mecanismos descritos para causar una obstrucción en el duodeno son un ángulo aortomesentérico muy agudo, el duodeno transversal fijo en posición alta debido a un ligamento de Treitz corto y anatomía anómala de la arteria mesentérica. Es más frecuente en mujeres y adultos jóvenes. Las causas pueden ser por trastornos de la alimentación (la mayoría de los casos), tras cirugía de la columna vertebral, después de un traumatismo severo, en pacientes con sida, cáncer, grandes quemados, endocrinopatía y en casos de malabsorción intestinal. Suelen presentarse como intolerancia a la alimentación, náuseas, vómitos, pérdida de peso, distensión abdominal y epigastralgia. El dolor abdominal puede mejorar con maniobras que relajen la presión de la AMS, como la posición en decúbito prono. Para diagnosticarlo se puede realizar estudio con bario que permite observar dilatación de la primera y segunda porción duodenal, arteriografía y angioTAC, esta última presenta mayor sensibilidad diagnóstica. El tratamiento es conservador y se basa en una mejoría nutricional del paciente. El tratamiento quirúrgico es la última herramienta, siendo la duodenoyeyunostomía el procedimiento de elección. El pinzamiento aortomesentérico es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, la etiología es variada. El tratamiento es conservador de inicio, basado en optimización nutricional.