



P-197 - ROMPIENDO LA INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE LA PINZA AORTOMESENTÉRICA

Guàrdia, Natàlia; Guariglia, Claudio; Farré, Roser; Güell, Mercè

ALTHAIA Xarxa Assistencial de Manresa - Fundació Privada, Manresa.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie o de la pinza aortomesentérica es una causa muy poco frecuente de oclusión intestinal alta de causa vascular, debido a la reducción del ángulo y distancia entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Se estima una incidencia del 0,013-0,3% en la población siendo más frecuente en mujeres entre 10 y 30 años. El origen es la reducción del tejido graso entre ambos vasos por pérdida de peso brusca provocado por trastornos alimentarios, endocrinopatías, hipercatabolismo, malabsorción... La clínica es de dolor abdominal posprandial precoz, náuseas, vómitos, distensión abdominal, plenitud gástrica... El tratamiento inicial es la descompresión gástrica y la ganancia de peso con nutrición parenteral o enteral y cuando tolere, dieta hipercalórica fraccionada. Si no se consigue una ganancia y estabilidad de peso adecuados o en casos cronicados el tratamiento será quirúrgico. Actualmente la técnica recomendada es la duodenoyeyunostomía latero-lateral laparoscópica con un éxito del 90%.

Casos clínicos: Presentamos dos casos, el primero, varón de 37 años con IMC de 17,8 que consulta por 3 días de dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos. El último mes había perdido 3 Kg. Presenta abdomen distendido, no depresible pero sin peritonismo. El TC abdominal objetiva gran dilatación gástrica y de las dos primeras porciones duodenales con oclusión en la 3ª porción duodenal con un espacio entre la aorta y la AMS de 4mm y un ángulo de 16º. Se coloca sonda nasogástrica obteniendo 2.400 ml. Tras completar valoración, poder iniciar dieta oral e iniciar ganancia de peso el paciente es alta con controles por Nutrición y Cirugía General. Por el momento, correcta evolución y ganancia de peso. El segundo caso se diagnostica seis semanas después; mujer de 20 años que consulta por dolor abdominal de 48 horas de evolución de intensidad creciente. Presenta abdomen distendido con defensa voluntaria. Analítica con leucocitosis, desviación a la izquierda y lactato de 2,7. El TC abdominal describe marcada dilatación del tercio distal del esófago, estómago hasta la 2-3ª porción duodenal, resto de asas no dilatadas. Se coloca sonda nasogástrica con salida de 1.100 ml no obstante, persistió dilatación del estómago y alto débito por la sonda durante más de quince días. Se realiza enteroscopia colocándose sonda nasoyeyunal con frecuentes episodios de obstrucción. Tras cuatro semanas de ingreso, sin conseguir aumento de peso se planea el tratamiento quirúrgico.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una entidad muy poco frecuente. Descrito a partir del s.XVIII, apenas se han publicado 500 casos en la literatura, la mayoría casos aislados. Por la baja especificidad de los síntomas, pudiendo ser un motivo de consulta frecuente, un alto índice de

sospecha y la confirmación radiológica son necesarios para conseguir el diagnóstico. Por estos motivos es conveniente que sea conocido por cirujanos generales, radiólogos, gastroenterólogos y médicos que trabajan en servicios de Urgencias donde puede realizar el diagnóstico en muchos casos e iniciar tratamiento precoz para evitar complicaciones secundarias y/o su cronificación.