



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/97 - DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE EN VARÓN JOVEN

A. Casal Calvo<sup>1</sup>; A. Aldama Martín<sup>2</sup>; A. Asturias Saiz<sup>3</sup>; G. Rijo Nadal<sup>3</sup>; R. López Sánchez<sup>4</sup>.

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

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 24 años sin antecedentes de interés que acude de urgencias a la consulta de su médico de AP por cuadro de dolor epigástrico tipo cólico, de aparición súbita, postprandial. Asocia vómitos. Niega fiebre, alteraciones en el hábito intestinal u otra sintomatología. Cuenta varios episodios de similares características en los últimos 6 meses, motivo por el que acudió en dos ocasiones a urgencias. Refiere pérdida de aproximadamente 7 kg de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable, afebril, únicamente destaca dolor abdominal a la palpación en epigastrio. Se realiza tratamiento sintomático con antieméticos y analgesia, cediendo el cuadro, y se decide ampliar estudio de forma ambulatoria. Se solicitan analítica y ecografía abdominal, anodinas. Posteriormente gastroscopia, sin hallazgos. Finalmente se realiza tránsito gastroduodenal: moderada dilatación de la segunda y tercera porción del duodeno hasta pinza aortomesentérica, donde no progresa el contraste de forma espontánea con el paciente en decúbito lateral derecho o supino. En decúbito lateral izquierdo vaciamiento de la tercera porción sin dificultad aunque persiste compresión extrínseca. Se remite a las consultas de digestivo donde completa estudio con TAC abdominal en el que se confirma pinza aortomesentérica muy marcada.

**Juicio clínico:** Síndrome de arteria mesentérica superior/ Pinza aortomesentérica/ Síndrome De Wilkie

**Diagnóstico diferencial:** -Causas de vómitos y dolor abdominal secundarios a obstrucción de intestino delgado. Obstrucción intestinal mecánica: adherencias intraperitoneales, tumores y hernias complicadas. Menos frecuentes: enfermedad de Crohn, cálculos biliares, vólvulo e invaginación intestinal. -Trastornos de la motilidad intestinal no obstructivos: íleo paralítico y la pseudobstrucción intestinal (relacionados con trastornos electrolíticos, cirugía mayor, traumatismo, isquemia intestinal o peritonitis por otras causas).

**Comentario final:** El síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa infrecuente de obstrucción intestinal proximal, producida por compresión de la tercera porción del duodeno debido al estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta, consecuencia de la pérdida de la almohadilla adiposa mesentérica intermedia, habitualmente en contexto de pérdida de

peso significativa. La sintomatología es la de una obstrucción proximal del intestino delgado, incluyendo dolor epigástrico postprandial, saciedad, dispepsia, náuseas, vómitos y pérdida de peso. Los hallazgos en la exploración física son inespecíficos. Se requiere un alto índice de sospecha ya que los síntomas son inespecíficos y el diagnóstico suele ser de exclusión. Como estudios complementarios de primera línea analítica y radiografía de abdomen que habitualmente no muestran hallazgos significativos. Tránsito gastrointestinal que revela retraso en el paso del contraste desde el duodeno al intestino delgado más distal. Eco transabdominal, arteriografía por TC y RMN demuestran un ángulo anormal entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Inicialmente se opta por manejo conservador, con recuperación de la pérdida de peso, requiriendo apoyo nutricional enteral, y en ocasiones vía parenteral. Si la terapia nutricional conservadora no mejora la clínica hay varias opciones quirúrgicas: la duodenoyeyunostomía proporciona los mejores resultados.

## **Bibliografía**

Scovell S, Hamdan A. Superior mesenteric artery syndrome. En: Lamont JT, Eidl JF, Mills JL. 8eds). Uptodate. [Actualización 6 marzo 2017, citado 2 marzo 2018]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/superior-mesenteric-artery-syndrome>