



242/1959 - DOCTORA, ME DUELE EL ESTÓMAGO

C. Mencía Valle^a, C. Muñoz García^a, P. Fernández Gorostieta^b, D. Hassan Bendahan^c, T. Hornillos García^d y C. Pessequeiro Freitas^e

^aMédico de Familia. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. ^bCentro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Alcalá de Henares. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Plata. Torrejón de Ardoz. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán. Alcalá de Henares. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años sin alergias conocidas, sin factores de riesgo cardiovascular, con síndrome ansioso depresivo y nódulo en mama izquierda en seguimiento y nodulectomía previa a los 20 años. No consumidora de tóxicos. En tratamiento con lorazepam 1 mg (1-0-1). Acude en tres ocasiones a consultas de Atención primaria por dolor epigástrico, no irradiado y que se presenta en varias ocasiones al día de manera intensa, cediendo espontáneamente, sin asociarse a la ingesta y que no se alivia en ninguna postura, sin náuseas, vómitos o fiebre. No alteraciones del hábito intestinal. Pruebas complementarias: radiografía abdomen normal, test H. pylori: negativo. Hemograma y hemostasia sin alteraciones, bioquímica con iones en rango y sin alteraciones en perfil pancreático y hepático. Sistemático de orina normal. Gastroscopia: se describe imagen de gastritis crónica de cuerpo y antro. TC abdominal: quiste simple hepático. Discreta ectasia de vía biliar extrahepática y conducto pancreático principal indeterminados. Posible síndrome de la pinza aortomesentérica a valorar en el contexto clínico.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a la palpación en epigastrio, no irradiado. Sin masas ni megalias. No irritación peritoneal. Blumberg y Murphy negativo.

Juicio clínico: Probable síndrome de la pinza aortomesentérica VS gastritis crónica.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de dolor abdominal agudo (colecistitis, pancreatitis, diverticulitis, apendicitis...) además de patología de origen vascular (IAM, isquemia intestinal, aneurisma de aorta...).

Comentario final: El SAMS se caracteriza por un descenso del ángulo entre la aorta y la AMS debido a la pérdida de grasa retroperitoneal produciendo la compresión de la 3ª porción del duodeno. La etiología más frecuente es la pérdida significativa de peso. Es una entidad poco frecuente cuyo infradiagnóstico puede poner al paciente en peligro de sufrir complicaciones, por lo que se requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. El tratamiento inicialmente es conservador: analgesia, sueroterapia, IBPs... Si fracasa el tratamiento conservador, se requiere técnicas quirúrgicas, siendo la duodenoyeyunostomía laparoscópica el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Quintana de la Cruz R, et al. Pinza aortomesentérica, dos patologías en una. SERAM, 2014.
2. Scovell S, et al. Superior mesenteric artery syndrome, 2015.
3. González Hermosillo-Cornejo D, et al. Síndrome de Wilkie. Reporte de un caso. Cirugía y Cirujanos. 2015.

Palabras clave: Epigastralgia. Aorta. Pérdida de peso.