



CARTA AL DIRECTOR

Dispepsia y síndrome de Wilkie, una causa poco frecuente, pero a menudo olvidada



Dyspepsia and Wilkie syndrome, an uncommon cause, but often forgotten

Sr. Director:

A propósito de la carta publicada en su revista correspondiente al pasado octubre por Ruiz Padilla et al.¹ remitimos la presente reflexión que abre el título de nuestra misiva: Una causa poco frecuente, pero a menudo olvidada de dispepsia.

El síndrome de Wilkie consiste en la compresión por parte de la arteria mesentérica del duodeno. Se han descrito otros síndromes vasculares como el síndrome de cascanueces y el síndrome del ligamento arcuato.

El síndrome del cascanueces consiste en la compresión de la vena renal izquierda entre la mesentérica superior y la aorta. Este síndrome causa una serie de manifestaciones urológicas como hematuria o microhematuria y dolor abdominal.

El síndrome de ligamento arcuato consiste en el atrapamiento del tronco celiaco por el ligamento arcuato. Los síntomas son dolor abdominal y pérdida de peso.

Las exploraciones habituales que se practican a estos pacientes suelen ser poco expresivas si el clínico no sospecha su existencia.

A la mayoría de los pacientes se les realiza una gastroscopia que a lo sumo muestra restos alimenticios.

Los criterios clínicos de diagnóstico del síndrome de Wilkie son clínica de dolor abdominal o dispepsia, ángulo de la mesentérica de 25° o inferior y compresión duodenal.

Este síndrome fue descrito en primer lugar por Rokitanski² en el siglo XIX y más tarde Wilkie publicó una serie de 75 casos³.

Esta es sin duda una casuística muy abundante para la frecuencia con la que se diagnostica este síndrome en la práctica clínica diaria, y si consultamos la bibliografía los casos publicados son escasos. La pregunta es: ¿No estaremos infradiagnosticando este síndrome? ¿No es posible que algunos casos queden en el cajón de enfermedades funcionales?

Los casos que aquí se recogen son tomados de una consulta privada con un volumen de pacientes limitado. Fueron recogidos en 2 años.

Caso 1

Mujer de 45 años: dolor abdominal, distensión, gas. Estudiada por otros especialistas con analítica básica, estudio de *H. pylori*, gastroscopia, ECO, colonoscopia. La TAC muestra ángulo de la mesentérica inferior a 20°.

Caso 2

Mujer de 30 años que acude por distensión, gas, dolor. La paciente ha sido estudiada en diferentes ocasiones incluso por nosotros. La clínica obligaba incluso a consultar a urgencias. Los resultados de todos los estudios fueron negativos. Solicitamos una TAC con medición del ángulo de la mesentérica que mostró un valor inferior a 20°.

Caso 3

Mujer de 59 años estudiada hace años por dispepsia, *H. pylori* positivo con resultado de fracaso erradicador. En la endoscopia se observa estómago de retención. En diciembre de 2015 acude a la consulta por persistencia de los síntomas. En la TAC abdominal se observa un ángulo de la mesentérica de 11°.

Caso 4

Mujer de 29 años acude a la consulta por molestias abdominales, distensión, gas y sensación de plenitud. Este cuadro presentaba una evolución de varios meses y fue motivo de consulta al generalista sin mejoría con el tratamiento y sin hallazgos de *H. pylori*. En la TAC el ángulo de la mesentérica muestra un ángulo de 23°.

Caso 5

Mujer de 24 años, en enero de 2016 presenta dolor abdominal, pérdida de peso y molestias digestivas. El estudio inicial muestra un test del aliento positivo para el *H. pylori*. Sometida a tratamiento erradicador con éxito, pero con escasa mejoría clínica. Se solicita TAC abdominopélvica: ángulo de la mesentérica de 11°.

Caso 6

Mujer de 27 años: pesadez, eructos y sensación de reflujo. El otorrinolaringólogo diagnostica laringitis posterior y prescribe omeprazol. En la gastroscopia se observó reflujo biliar con *H. pylori* negativo. La dieta FODMAP apenas la mejora. TAC abdominopélvico: ángulo de la mesentérica de 18°.

El tratamiento es quirúrgico y la intervención que mejor resultado obtiene es la duodenoyeyunostomía⁴. Sin embargo muchos pacientes obtienen mejoría con procinéticos, antiseoretos y medidas higiénico-dietéticas. Ganar grasa corporal y peso es el objetivo. Nuestros pacientes no precisaron cirugía.

Opinamos que, ante una dispepsia, con distensión abdominal, dolor y pérdida de peso, y después de una investigación rutinaria, si no responde a un tratamiento convencional, debería incluirse en el protocolo la realización de una angio-TAC o una ECO doppler para identificar las estructuras vasculares abdominales.

Bibliografía

1. Ruiz Padilla FJ, Mostazo Torres J, Vílchez Jaimez M. Gran distensión gástrica en relación con síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40:518–23.
2. Rokitansky CV. *Lehrbuch der pathologische Anatomie*, 187 3rd ed. Vienna; Braumuller 1861. p. 3.
3. Wilkie D. Chronic duodenal ileus. *Br J Surgery.* 1921: 201–54.
4. Fraser JD, St Peter SD, Hughes JH, Swain JM. Laparoscopic duodenoyejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. *JLS.* 2009;13:254–9.

Eduardo Escartí Carbonell* y María Cervera Delgado

Hospital Quirón, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: eescarti@ono.com,
escarticarbonell@gmail.com (E. Escartí Carbonell).