



P-001 - SÍNDROME DE WILKIE: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ANTE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO

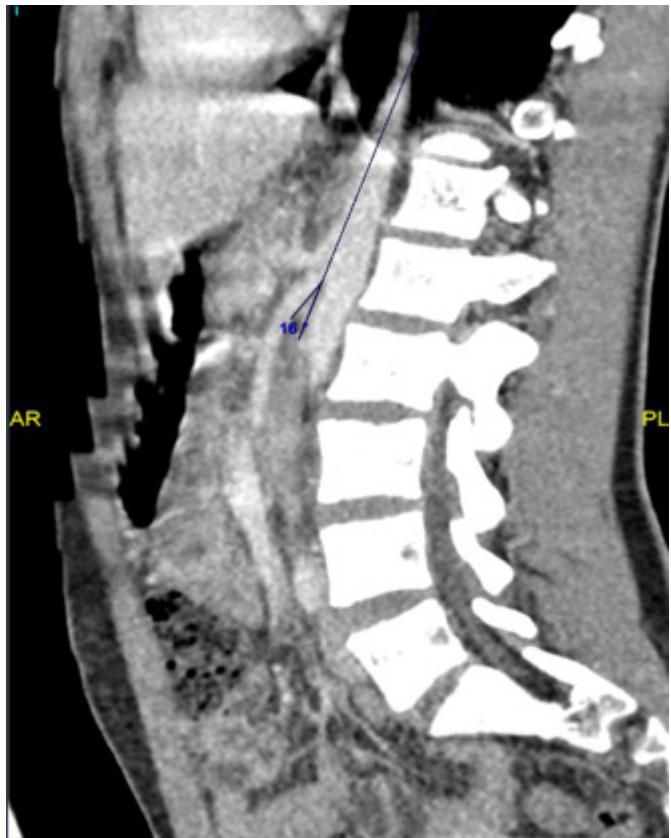
Gea, Irazu; Chía Bouzo, María; Rius Acebes, Laura; Bernabeu Herraiz, Cristina; Candel Gomis, Asunción; Mella Laborde, Mario; Madrid Baños, Beatriz; Compañ Rosique, Antonio

Hospital Universitario San Juan de Alicante, San Juan de Alicante.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie es una entidad de difícil diagnóstico que ocurre cuando existe una compresión extrínseca de la tercera porción duodenal por una angulación de la pinza aortomesentérica ($\angle < 25^\circ$, en particular si la distancia aortomesentérica es < 8 mm). Se relaciona con malformaciones anatómicas o con pérdida de tejido adiposo perivascular tras periodos de hipercatabolismo o desnutrición, y afecta más frecuentemente a mujeres entre los 10 y 40 años. Presentamos el caso de una mujer de 22 años diagnosticada inicialmente de síndrome de Wilkie.

Caso clínico: Mujer de 22 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento por Medicina Digestiva por cuadro de dispepsia que no responde a tratamiento conservador. Refiere vómitos postprandiales, dolor abdominal y pérdida de peso (10 kilos) en los últimos tres meses. En la exploración física presenta dolor abdominal de forma difusa. Analítica sanguínea anodina. Se completa estudio con una gastroscopia, que se encuentra dentro de la normalidad. En el TAC se observa nacimiento de la arteria mesentérica superior (AMS) con una angulación respecto a la aorta de 18° , reducción del calibre de la tercera porción duodenal a su paso entre las dos estructuras, con una distancia entre ellas en torno a 8 mm. Evolución: inicialmente se decide un manejo conservador mediante la ingesta de suplementos hipercalóricos/hiperproteicos, nutrición enteral y, posteriormente, parenteral. Finalmente, ante la persistencia de clínica, se decide intervención quirúrgica programada, realizando una duodenoyeyunostomía laparoscópica con anastomosis duodenoyeyunal laterolateral. El posoperatorio transcurre sin incidencias y es dada de alta. Un año después, la paciente consulta de nuevo por dolor abdominal, vómitos y estreñimiento. Se solicita un nuevo TAC abdominal, que observa una reducción del calibre de la vena renal izquierda a su paso entre la aorta y la AMS. Se comenta con Uroología, y tras realizar ecografía doppler renal, se objetiva vena renal izquierda a nivel del hilio renal ectásica con disminución del calibre a nivel del espacio aortomesentérico, por lo que la paciente es diagnosticada de síndrome de Cascanueces (Nutcracker). Se le realiza una flebografía renal que confirma dicho síndrome. Además, en esta última prueba, se objetiva una compresión de la vena ilíaca izquierda por la arteria ilíaca derecha, por lo que se diagnostica de Síndrome de May- Turner. Tras este último diagnóstico se procede a la colocación de un *stent* en vena ilíaca común izquierda. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática.



Discusión: El síndrome de Wilkie es una patología poco frecuente, que debemos tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal, desnutrición o hipercatabolismo, así como en cuadros de obstrucción intestinal. Los hallazgos por TAC son característicos. En un primer tiempo se opta por tratamiento conservador, reservando la cirugía para cuando este fracasa. Lo infrecuente de este caso es la asociación del síndrome de Wilkie con otros síndromes de compresión vascular como el de Nutcracker y síndrome de May-Thurner. Destacamos la importancia de tener en cuenta los síndromes de compresión vascular abdominopélvicos como diagnóstico diferencial ante cuadros de dolor abdominal crónicos.