



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-603 - SÍNDROME DE WILKIE: LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS

Diego Alonso, Elisa Angela¹; Montalban Valverde, Pedro²; Abdel-Lah Fernández, Omar²; Hernández Cosido, Lourdes²; Jiménez Vaquero, Isidro²; Rodríguez García, Raquel²; Garrosa Muñoz, Sonsoles²; Parreño Manchado, Felipe Carlos²

¹Hospital Virgen del Puerto, Plasencia; ²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie (pinza aortomesentérica) es una entidad consistente en la compresión de la tercera porción duodenal entre las arterias aorta y mesentérica superior en su salida, condicionando una obstrucción al tránsito gastroduodenal. El diagnóstico supone un reto clínico que requiere una anamnesis meticulosa.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 73 años que ingresa a cargo de Cirugía General por intolerancia oral de duración desconocida, con pérdida ponderal de 16 kg de peso en los últimos tres meses. En TC abdominal realizado a su llegada a urgencias se diagnostica de síndrome de Wilkie. Durante el ingreso se profundiza en la anamnesis del paciente y sus familiares, solicitando evaluación por Psiquiatría ante la sospecha de una pérdida inicial de peso secundaria a trastorno psiquiátrico. Es diagnosticado de trastorno bipolar, con desnutrición secundaria a descontrol de la ingesta/ejercicio físico durante la fase maníaca. Se coloca sonda nasoyeyunal por endoscopia, iniciando nutrición mixta (enteral por nasoyeyunal y parenteral), con recuperación de la pérdida de peso. Se realiza TC de control con normalización de ángulo aortomesentérico, reiniciando ingesta oral sin incidencias.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una patología de incidencia desconocida por su tasa de infradiagnóstico. Es más frecuente en mujeres jóvenes (18-35 años), que refieren dolor abdominal epigástrico, más intenso tras la ingesta y que se alivia en decúbito prono y lateral izquierdo, asociado a pérdida de peso que puede llegar a ser del 30-50% del peso inicial. En casos graves puede llegar a provocar desnutrición y deshidratación graves. El diagnóstico es de exclusión, tras evidenciar en TC con contraste o tránsito gastrointestinal una obstrucción intestinal con cambio de calibre en 3ª porción duodenal y ángulo aortomesentérico 25°, siendo obligado descartar otras causas de pérdida de peso que puedan iniciar cuadro (cirugía correctiva espinal, cirugía bariátrica, esofagectomía, trastornos psiquiátricos con alteración de la conducta alimenticia o pérdida ponderal secundaria a otra enfermedad). El tratamiento es inicialmente médico con reposición nutricional e hidroelectrolítica y corrección del desencadenante, en caso de identificarlo. Ante el fracaso del tratamiento conservador se puede optar por tratamiento quirúrgico (técnica de Strong o gastro/duodenoyeyunostomía), aunque los resultados son muy variables. 1. El síndrome de Wilkie es una entidad infradiagnosticada, que requiere un alto índice de sospecha. 2. La etiología del síndrome de Wilkie es muy variable, requiriendo una anamnesis meticulosa que permita descartar causas tratables del mismo. 3. El tratamiento es inicialmente médico, con reposición nutricional. En caso de fracaso del mismo, se puede proponer tratamiento quirúrgico, aunque los resultados son muy variables.