



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

415/44 - Y DE NUEVO, DOCTORA, TENGO DOLOR DE ESTÓMAGO Y VÓMITOS

N. Ruíz Ramos¹, C. Monterrubio Pérez²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. ²Medicina Familiar y Comunitaria Adjunto. Puente del Arzobispo. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 20 años que acudió a su Médico de Atención Primaria porque desde hacía cinco años presentaba episodios recurrentes e intermitentes de dolor en epigastrio postprandial que se aliviaban con el vómito. No otra sintomatología asociada, salvo pirosis ocasional que mejoraba con omeprazol. Entre los antecedentes personales destacaba: fumadora de un paquete al día y apendicectomía. Desde los últimos años, estaba en tratamiento con paroxetina, anticonceptivos y lorazepam.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, hemodinámicamente estable. Eupneica en reposo. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, dolor intenso a la palpación profunda en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes. Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación normal. Test de *Helicobacter pylori* negativo. Ante la persistencia de la clínica decidimos realizarle una gastroscopia donde se objetivó un estrechamiento pulsátil y de apariencia extrínseca de la luz de la segunda y tercera porción duodenal. Dicho hallazgo hacía recomendable la realización de una ecografía abdominal (sin hallazgos), un tránsito gastrointestinal (que fue normal) y un TAC abdominal con contraste intravenoso (sin alteraciones patológicas). No obstante, en su seguimiento por digestivo y ante la ausencia de mejoría, finalmente, se realizó un angioTC de abdomen con contraste intravenoso donde se evidenció como hallazgo significativo estenosis de la vena renal izquierda a su paso por la confluencia aortomesentérica, presentando un cambio de calibre significativo (en dicha localización 2 mm, preestenótica 8 mm), siendo los hallazgos compatibles con síndrome de la pinza aortomesentérica.

Juicio clínico: Síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de Wilkie.

Diagnóstico diferencial: Obstrucción intestinal intraluminal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, pancreatitis, obstrucción del intestino delgado, íleo colónico, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de intestino irritable, gastritis crónica, entre otras.

Comentario final: Es un síndrome raro caracterizado por síntomas resultantes de la compresión vascular de la tercera parte del duodeno en el ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Los síntomas clínicos incluyen náuseas, vómitos y dolor abdominal epigástrico posprandial, con o sin pérdida de peso asociada y anorexia. Se cree que la pérdida de grasa retroperitoneal es la causa principal de la angulación aguda y los síntomas. Puede manejarse con éxito de forma conservadora, centrándose en la descompresión gástrica, la nutrición adecuada y la colocación adecuada después de las comidas, reservando la cirugía para los casos refractarios. Este caso debe servir como experiencia al Médico de Atención Primaria para destacarnos la importancia del diagnóstico diferencial de los síntomas abdominales recurrentes que no mejoran y que nos

deben mantener alerta.

Bibliografía

Superior mesenteric artery syndrome | DynaMed Plus [Internet]. [citado 18 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114160/Superior-mesenteric-artery-syndrome>.

Alvarenga A, Espinheira C, Guerra P, Garcia M, Abreu M, Campos M. Superior Mesenteric Artery Syndrome: Weight Loss Can Be a Problem, Weight Gain Can Be a Solution. *PJG*. 2017;24(1):43-6.

Palabras clave: Síndrome de Wilkie. Dolor abdominal.