



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/311 - DOLOR ABDOMINAL DE MAL CONTROL

A. Sanz Collado^a, M. Cramp Vinaixa^b, C. Perpiñán Augue^c y P. Espín Aguade^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Pere-Reus. Tarragona. ^bMédico de Familia. Hospital Joan XXIII. Tarragona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ^dEnfermero. Hospital Pius de Valls. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 18 años, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes: escoliosis y anorexia nerviosa. No antecedentes familiares. Anamnesis: dolor abdominal, inicio a los 15 años, inicio conjunto con los problemas alimentarios. Dolor epigástrico, continuo de una intensidad 5/10 en la escala de EVA, con agudizaciones cíclicas que llegan a 8/10 en la escala. No relación con la ingesta. Náuseas, con algún vómito aislado en relación con el dolor, no diarreas. Hábito deposicional disminuido. El dolor calma en posición fetal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloreada y normohidratada. Consciente y orientada. Auscultación cardiorespiratoria: normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Analítica sanguínea (con anticuerpos antitransglutaminasa IgA): normal. Sedimento y urocultivos: normales. Coprocultivos: normales. Test del aliento: normal. Ecografía abdominal: normal.

Orientación diagnóstica: Dolor abdominal crónico de origen inespecífico vs trastorno ansiedad con somatización.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad inflamatoria intestinal. Celiacía. Úlcus péptico/reflujo gastroesofágico/dispepsia. Trastorno de somatización.

Comentario final: Dada la normalidad de las pruebas complementarias y la persistencia de la clínica a pesar de tratamiento sintomático, se derivó a la paciente a consultas de digestivo para ampliar estudio. Allí realizaron gastroscopia y TC abdominal llegando al diagnóstico de pinzamiento aortomesentérico. El pinzamiento aortomesentérico (síndrome de Wilkie) es la compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria aorta y la mesentérica superior. Puede ocasionar obstrucción aguda, crónica o incluso intermitente del intestino delgado. Patología más frecuente en mujeres jóvenes con poco panículo adiposo. Relacionada también con la escoliosis. Respecto al tratamiento, o bien conservador: episodios agudos autolimitados, o quirúrgico: clínica de tipo crónico o complicaciones como dilatación preobstructiva, úlceras... Patología con una incidencia baja (0,1-0,3%) que tenemos que descartar dada las repercusiones clínicas.

Bibliografía

1. Lal K, Khetpal A, Ali Mallick MS, et al. Superior mesenteric artery syndrome in an 18 - year old female: Case report. J Pak Med Assoc. 2018;68(3):503-6.

2. Oliva-Fonte C, Fernández Rey C, Pereda Rodríguez J, et al. Síndrome de Wilkie o pinza aortomesentérica. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2017;109(1):62-3.

Palabras clave: Síndrome Wilkie. Suboclusión. Dolor abdominal.