

## 347/311 - DOLOR ABDOMINAL DE MAL CONTROL

A. Sanz Collado<sup>a</sup>, M. Cramp Vinaixa<sup>b</sup>, C. Perpiñán Auguet<sup>c</sup> y P. Espín Aguade<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Pere-Reus. Tarragona. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Joan XXIII. Tarragona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. <sup>d</sup>Enfermero. 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 cardiorrespiratoria: normal. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. No masas ni megalías, 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. Celiaquía. Ulcus 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

- 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.