

## 424/3971 - DOCTOR, NO PUEDO COMER, ¿QUÉ ME PASA?

A. Nuñez Sánchez<sup>1</sup>, E. Gallego Gallego<sup>2</sup> y M. Sánchez Alex<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UGC La Laguna. Cádiz. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Merced. Cádiz. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Merced. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 39 años que consulta repetidas veces en Atención Primaria por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo de semanas de evolución, no irradiado, de carácter cíclico, que empeora con la ingesta. Se acompaña de pirosis y vómitos postprandiales. Pérdida de peso, unos 25 kg desde el comienzo del cuadro, en relación con disminución de la ingesta. Antecedentes personales: no presenta enfermedades de interés ni tratamiento habitual. Hábito intestinal normal, heces diarreicas con mucosidad ocasionales. No refiere mejoría con tratamiento analgésico ni antibiótico. Leve remisión con pauta corticoidea. Niega otra sintomatología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Hidratado y perfundido. Afebril. Tensión arterial 111/60 mmHg. Frecuencia cardíaca 74 lpm. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin masas ni megalías, sin irritación peritoneal, ruidos presentes. MMII: sin edemas ni signos de trombosis. Analítica: Hb 13,4 g/dl, VCM 103 fL, leucocitos 10.560/mm<sup>3</sup>. Plaquetas y coagulación normal. Bioquímica y perfil hepático normal. Amilasa 51 U/L, lipasa 19 U/L, bilirrubina 0,70 ?mol/L. Marcadores tumorales negativos. Serología y antígenos frente parásitos negativos. Radiología y ecografía abdominal: sin signos radiológicos de interés. Endoscopia y colonoscopia: sin alteraciones. TAC abdomen y páncreas: esteatosis hepática, vesícula, vía biliar intra y extrahepática sin alteraciones, páncreas normal. Se aprecia compresión extrínseca de tercera-cuarta porción duodenal entre arteria mesentérica superior y aorta en relación con pinza aorto-mesentérica, compatible con síndrome de Wilkie.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome de Wilkie.

**Diagnóstico diferencial:** Dado el perfil del paciente y la clínica de dolor abdominal postprandial y síndrome constitucional, debemos pensar en patologías malabsortivas del tracto digestivo y/o causas tumorales que justifiquen el cuadro. Se descartaron la enfermedad de Whipple y el adenocarcinoma pancreático. De igual forma, al ser un paciente joven y tras mejoría con pauta corticoidea, se buscaron datos en pruebas complementarias compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Comentario final:** El síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal proximal, caracterizado por compresión del duodeno debido al estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Existe controversia respecto al diagnóstico, dado que los hallazgos físicos y de laboratorio son inespecíficos, por lo que resulta fundamental apoyarse en pruebas complementarias de imagen para llegar al diagnóstico. Desde atención primaria debemos pensar en esta patología, sobre todo ante la persistencia de síntomas, una vez descartadas otras causas orgánicas y funcionales de dolor abdominal.

## Bibliografía

1. Hermosillo-Cornejo DG, Díaz Girón-Gidi A. Wilkie Syndrome, a case report. Cirugía y Cirujanos. 2017;85(1):54-59.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Pinzamiento aorto-mesentérico.