



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

482/48 - EL SÍNDROME DE WILKIE: UNA ENCRUCIJADA VASCULAR

M. Sáenz Aldea¹, A. Villaplana Soto², A. Suárez Rodríguez³ y D. Herrán de la Gala⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro. Santander. Cantabria.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II Centro. Santander. Cantabria.⁴Residente de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años, que acudió a su médico de Atención Primaria por molestias abdominales a nivel de epigastrio tipo retortijón, asociadas a vómitos alimenticios y náuseas postprandiales, de dos semanas de evolución. El paciente refería mejoría de la clínica tras los vómitos. Refería además episodios frecuentes de regurgitación. Última deposición normal hacía 48 horas. Entre sus antecedentes personales destacaban cuadros de dispepsia ocasionales, colecistectomía abierta y una intervención por ulcer péptico. Su tratamiento habitual consistía en omeprazol 20 mg por la mañana.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración abdominal se observó distensión del hemiabdomen superior. El abdomen era blando y depresible, no doloroso a la palpación. Durante su estancia en el centro de salud, el paciente presentó vómitos incoercibles por lo que fue derivado al Servicio de Urgencias. A su llegada se realizó, en primera instancia, una analítica sin alteraciones y una radiografía de abdomen en la que se visualizaba una notable distensión de la cámara gástrica. Ante la sospecha de una obstrucción intestinal, se completó el estudio con un TAC abdominal que describió una significativa dilatación de la cámara gástrica y de las dos primeras porciones duodenales, coincidiendo con la existencia de un cambio de calibre a nivel de la transición entre aorta y arteria mesentérica superior (AMS). Dichos hallazgos eran compatibles con un síndrome de la AMS.

Orientación diagnóstica: Obstrucción del intestino delgado secundario a un síndrome de la arteria mesentérica superior (síndrome de Wilkie).

Diagnóstico diferencial: Isquemia mesentérica. Síndrome adherencial. Pseudoobstrucción por neoplasia gástrica.

Comentario final: El síndrome de Wilkie se debe a la compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno a su paso entre la aorta abdominal y la AMS. Se trata de una enfermedad rara con una incidencia entre el 0,2% y 0,78%. Es más frecuente encontrarlo en mujeres jóvenes, tras una importante pérdida de peso debido a la disminución del tejido adiposo que hay entre ambos vasos. El tratamiento de elección es conservador (sonda nasogástrica, ganancia de peso, etc.), reservando el tratamiento quirúrgico para aquellos casos en los que fracasa.

Bibliografía

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling Superior Mesenteric Artery Syndrome. *Dig Surg*. 2007;24(3):149-56.

Palabras clave: Síndrome de Wilkie. Arteria mesentérica superior. Vómitos.