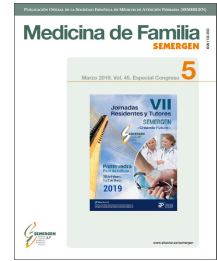




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/25 - DOLOR ABDOMINAL DE ETIOLOGÍA ATÍPICA

L. Díaz Maldonado¹, J. Sánchez Holgado², M. Portillo Rodríguez³, N. Ruíz Ramos⁴, M. Toledo Suárez⁵

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. Toledo.

²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo. RAI. Talavera de la Reina. Toledo.

³Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puente del Arzobispo.

Talavera de la Reina. Toledo. ⁴Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud

La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. ⁵Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Talavera Centro. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 16 años, nadador de competición, acude a urgencias de atención primaria por episodio de dolor abdominal periumbilical tipo cólico con náuseas y vómitos asociados, así como ausencia de defecación y ventoseo. Refiere episodios previos similares. Como antecedentes: dos ingresos por cuadros de rabdomiólisis post-virales. Apendicectomía. Sin alergias.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca dolor abdominal generalizado de predominio en epigastrio con defensa. Ruidos hidroaéreos presentes. Analítica anodina. En la radiografía de abdomen se objetiva abundante gas intestinal con asas de delgado dilatadas. En ausencia de diagnóstico para estos episodios suboclusivos se realiza gammagrafía con pertecnetato-Tc99m, descartándose divertículo de Meckel y, TC abdominal con contrastes oral/intravenoso evidenciando distensión de la cámara gástrica, disminución del calibre de la tercera porción del duodeno y mal relleno del yeyuno. Esto se explica por la disminución del espacio entre la aorta y la arteria mesentérica superior.

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

Diagnóstico diferencial: Divertículo de Meckel, adherencias y enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: El síndrome de Wilkie se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal, resultado de la compresión de la tercera porción duodenal cuando disminuye el ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Es más frecuente en mujeres y adultos jóvenes y la mayoría de los casos se presentan tras una pérdida ponderal importante. Puede ser secundario a síndromes consuntivos, trastornos de la alimentación, adherencias posoperatorias, traumatismos graves y deformidades de la columna vertebral. El TAC abdominal es la prueba diagnóstica de elección. El tratamiento inicial son medidas higiénico-dietéticas, recomendándose una correcta nutrición para evitar la pérdida ponderal y el estreñimiento. En algunos casos es necesario recurrir a la cirugía. El objetivo de este caso es conocer este síndrome infrecuente que debe tenerse en cuenta tras descartar causas comunes de oclusión y suboclusión intestinal.

Bibliografía

Gerasimidis T, George F. Superior Mesenteric Artery Syndrome. Dig Surg. 2009;26:213-4.

Maroto N, Garrigues V. Oclusión y seudooclusión intestinal. En: Montoro MA, García Pagán JC, eds. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª ed. Madrid: Jarpyo; 2012; p. 373-82.

Palabras clave: Dolor abdominal. Oclusión aortomesentérica.