

SINDROME DE WILKIE

Autores:

Perez Almada, María Belén

Fainstein Day, Alejandro Carlos

Fernandez, Fabiana

Perez, Mara

Arenas Neri, Brenda Melissa

Andrade Cruz, Isabela

Clinica Santa Isabel, Ciudad Autonoma de Buenos Aires,

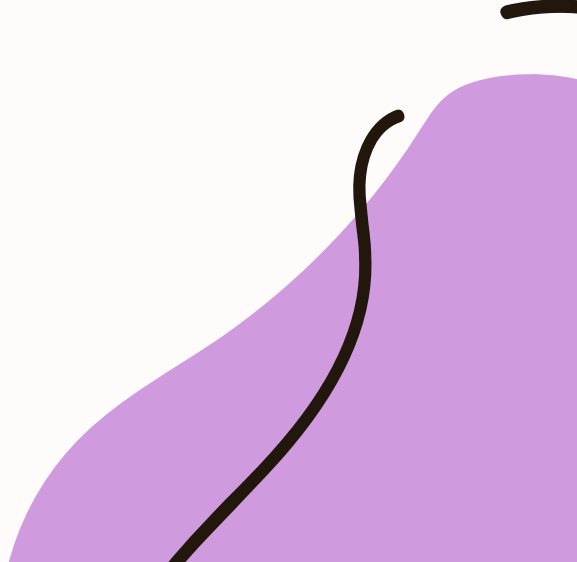
Argentina

beluperalma@gmail.com

“No existen conflictos de interés entre los participantes”

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 20 años de edad, que consulta por cuadro de tres meses de evolución, caracterizado por dolor epigástrico post prandial, náuseas, vómitos y saciedad temprana, característicamente el dolor aliviaba en decúbito prono, decúbito lateral izquierdo o en posición genupectoral. El paciente refirió haber realizado varias consultas en guardias previamente, sin éxito.



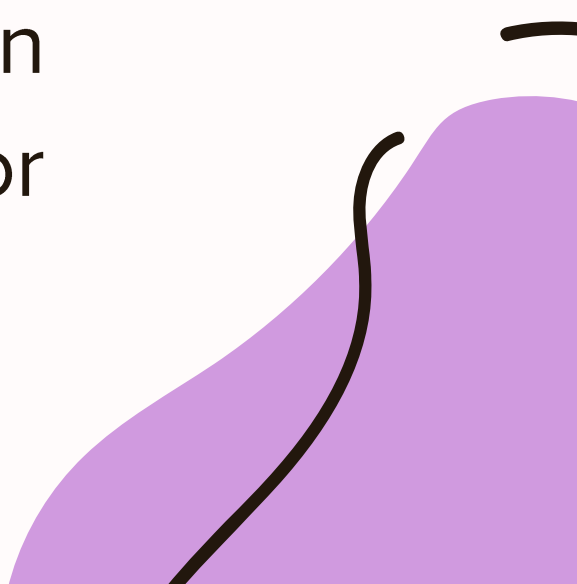
HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS



Tomografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso corte axial y sagital: Se observa una distancia entre la arteria aorta abdominal y la arteria mesentérica superior de 4 mm (VN: 8 mm) con un ángulo del compas aórtico mesentérico de 15.35° (VN: 22°) y disminución de calibre de la tercera porción duodenal. Hallazgos característicos del síndrome de Wilkie.

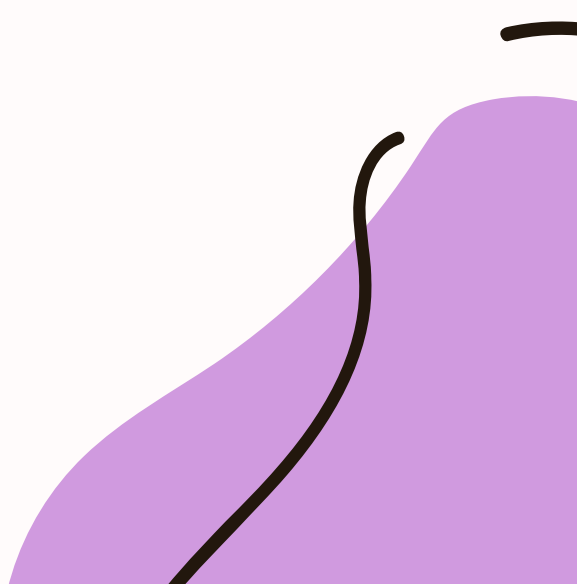
DISCUSIÓN

El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior consiste en la compresión de la tercera porción del duodeno entre la aorta y la arteria mesentérica superior. A este nivel el duodeno suele estar rodeado por tejido adiposo mesentérico que actúa de almohadilla que evita la compresión del mismo, considerándose como factores de riesgo para el desarrollo de este síndrome: bajo índice de masa corporal, cirugía correctora de la escoliosis que supone un alargamiento de la longitud de la columna vertebral y probablemente condicione un desplazamiento craneal del ostium de la arteria mesentérica superior con modificación del ángulo aortomesentérico.



CONCLUSIÓN

El Síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta en adultos, de etiología muy variada y con presentación clínica inespecífica. Su manejo, tras la estabilización del paciente, puede ser conservador, eficaz en la mayoría de los casos agudos; o quirúrgico, necesario habitualmente en pacientes con duración prolongada del cuadro y pérdida ponderal progresiva. Se requiere que el médico conozca las características del síndrome y guarde un alto índice de sospecha diagnóstica ante esta patología. El tratamiento oportuno confiere un buen pronóstico en la mayoría de los casos.



BIBLIOGRAFÍA

- González Hermosillo Cornejo, Daniel. Díaz Girón-Gidib, Alejandro. Vélez-Pérez, Francisco Manuel. Lemus-Ramírez, Ramón Ignacio. Andrade Martínez-Garza, Pablo. (2017). *Síndrome de Wilkie*. Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México
- Rodríguez Caraballo, L. Carazo Palacios, V. Ibáñez Pradas, P. (2015) *Síndrome de Wilkie: diagnóstico diferencial de dolor abdominal*. Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España.