

SÍNDROME DE WILKIE ASOCIADO A SÍNDROME DEL CASCANUECES

Pintagro E, Montañez L, Grande C, Ali N, Sasia G.
INSSJP POLICLÍNICO PAMI I , CIUDAD DE ROSARIO.

INTRODUCCIÓN

Las diferentes variantes anatómicas pueden dar lugar a la presentación de diversos síndromes, los cuáles pueden coexistir ante las mismas.

En nuestro caso, ambos síndromes representan un fenómeno de pinzamiento de la tercera porción del duodeno en el caso del SW y de la vena renal izquierda en el caso del SC. Esto es provocado por la disminución del ángulo aorto-mesentérico $< a 20^\circ$ en el S.W y una disminución de la distancia entre la AMS y la aorta $< a 10 \text{ mm}$ en el SC.

SÍNDROME DE WILKIE

Es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta. Sus causas pueden ser: síndromes constitutivos, trastornos de la alimentación, postoperatorio, trauma severo, enfermedades o traumatismos de la columna vertebral.

Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, pérdida ponderal, saciedad precoz, distensión abdominal y dolor epigástrico.

Los pacientes con un cuadro agudo suelen responder al tratamiento conservador sin embargo aquellos con cuadros crónicos habitualmente requieren ser intervenidos. La duodenoyeyunostomía es el procedimiento de elección.

SÍNDROME DEL CASCANUECES

Este fenómeno da lugar a la hipertensión venosa renal izquierda. Es manifestado por dolor abdominal en flanco izquierdo, con o sin hematuria unilateral, proteinuria, varicocele, varices pelvianas o pueden permanecer asintomáticos.

Una flebografía retrógrada y una video angiografía con una determinación del gradiente de presión reno-cava se aceptan como el estándar de oro para establecer el diagnóstico final del síndrome del cascanueces. La colocación de un stent en la vena renal, tanto interno como externo, así como un by-pass gonado-cava, son métodos terapéuticos efectivos en el síndrome del cascanueces.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de 32 años de edad, acude por primera vez a la guardia médica por presentar dolor abdominal agudo de 24 hs de evolución. Refiere localizarse en epigastrio e irradia a hipocondrio derecho e hipogastrio. Se asocia a dos episodios de vómitos, sin fiebre ni otro síntoma acompañante.

Como antecedentes médicos, presenta reflujo gastro-esofágico, fumadora de jerarquía, G1 C1, FUM hace 15 días.

Al examen físico se encuentra normotensa, afebril, de contextura adelgazada. El abdomen es doloroso a la palpación general, sin presentar defensa.



ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Al ingreso se realiza un laboratorio en el cual el hemograma y las enzimas hepáticas se encuentran conservadas, y la unidad sub beta negativa.

El análisis de orina pone de manifiesto la presencia de una cruz de hematíes, sin otros hallazgos positivos.

Se realiza una ecografía abdomino-pelviana la cual no presenta alteraciones.

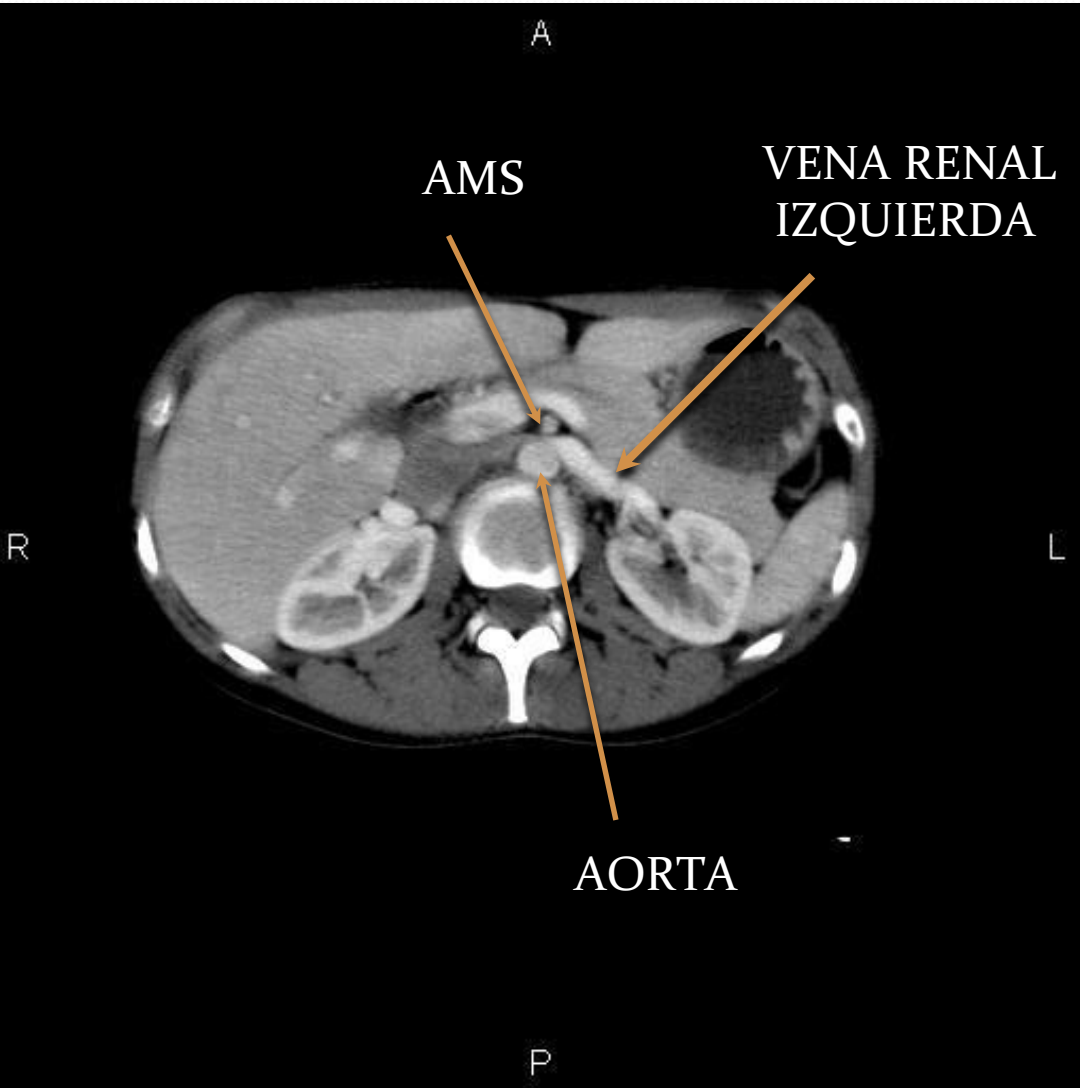
A partir de dichos resultados se solicita una TC de abdomen y pelvis con contraste endovenoso.

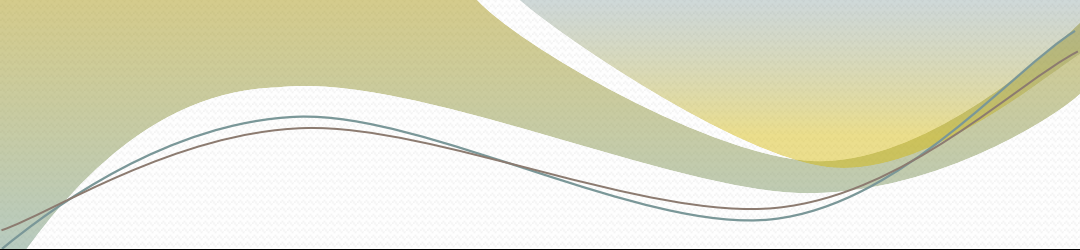
HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Se observa la disminución del ángulo aorto-mesentérico, siendo éste de 18° y una disminución de la distancia entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior de 3 mm.

A partir de la modificación de estas medidas, podemos identificar la compresión parcial de la 3 porción del duodeno, sin generar en esta ocasión dilatación de las asas intestinales.

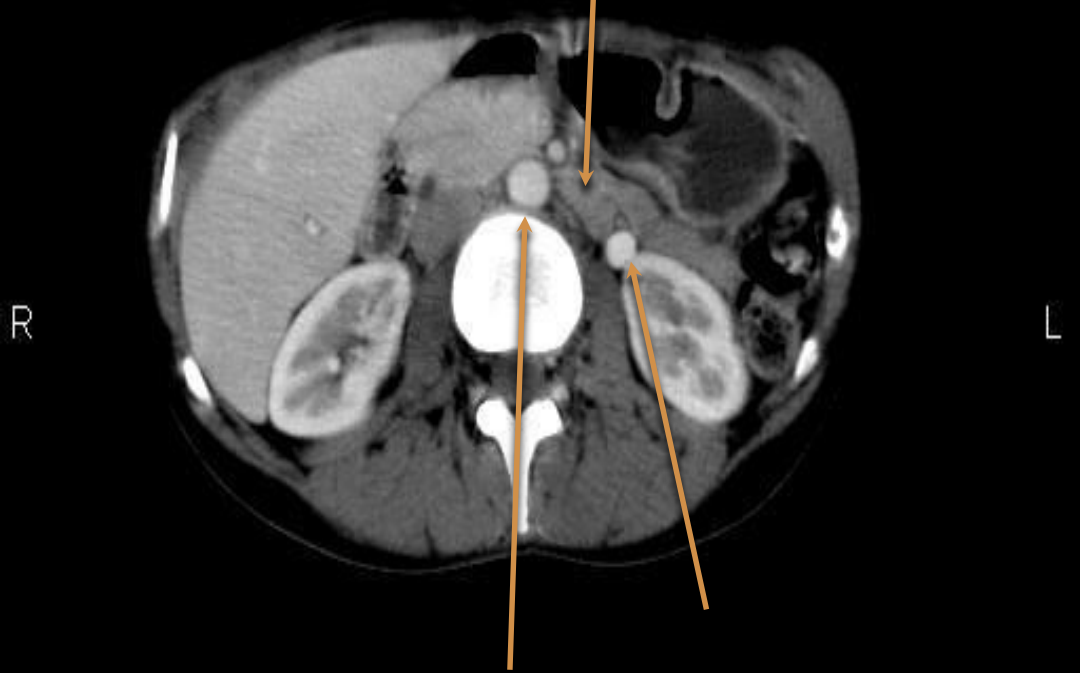
A su vez se identifica un aumento del calibre de la vena renal izquierda con la consiguiente afección de la vena ovárica homolateral y la presencia de várices pelvianas.





A

ASA INTESTINAL



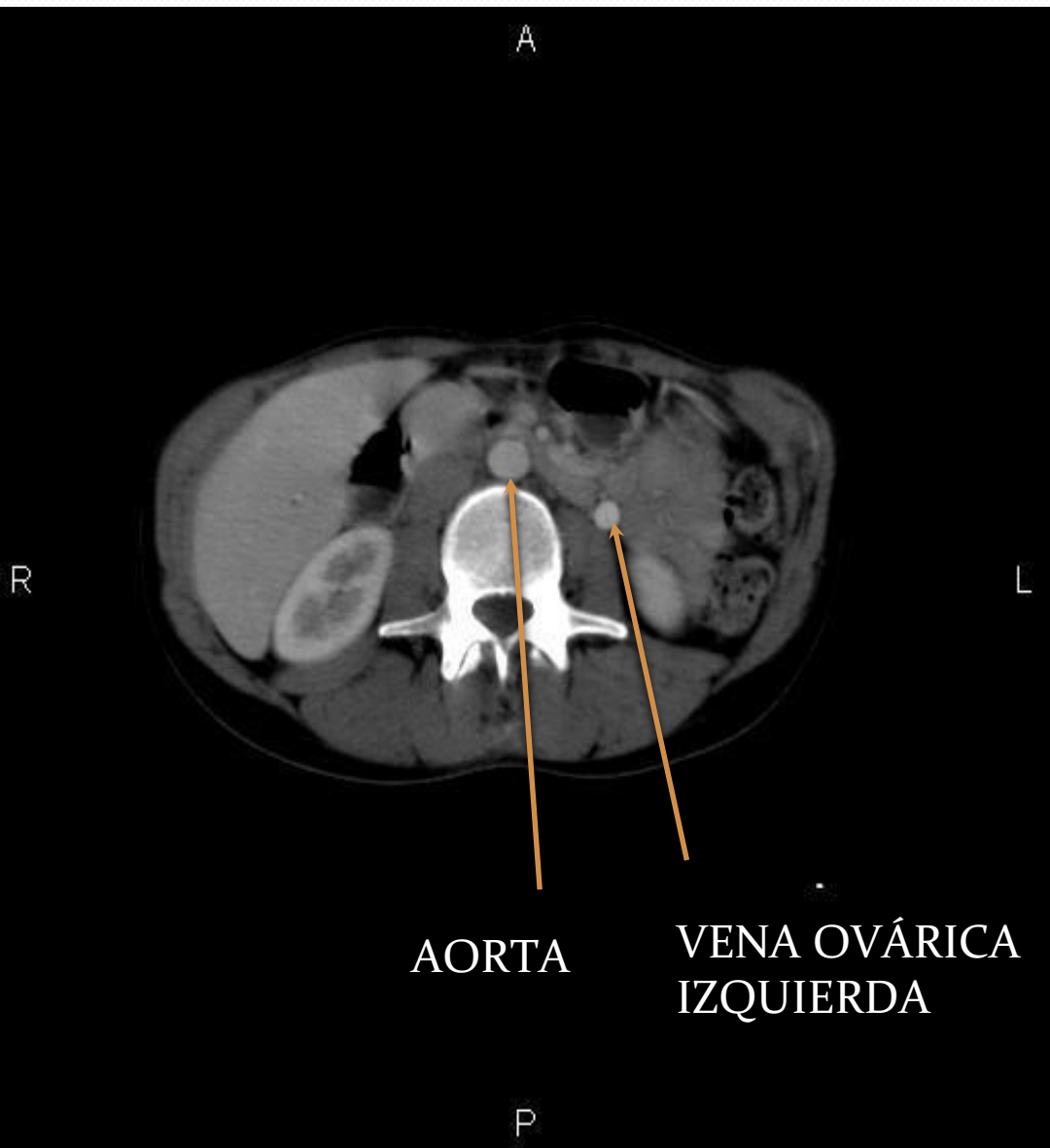
R

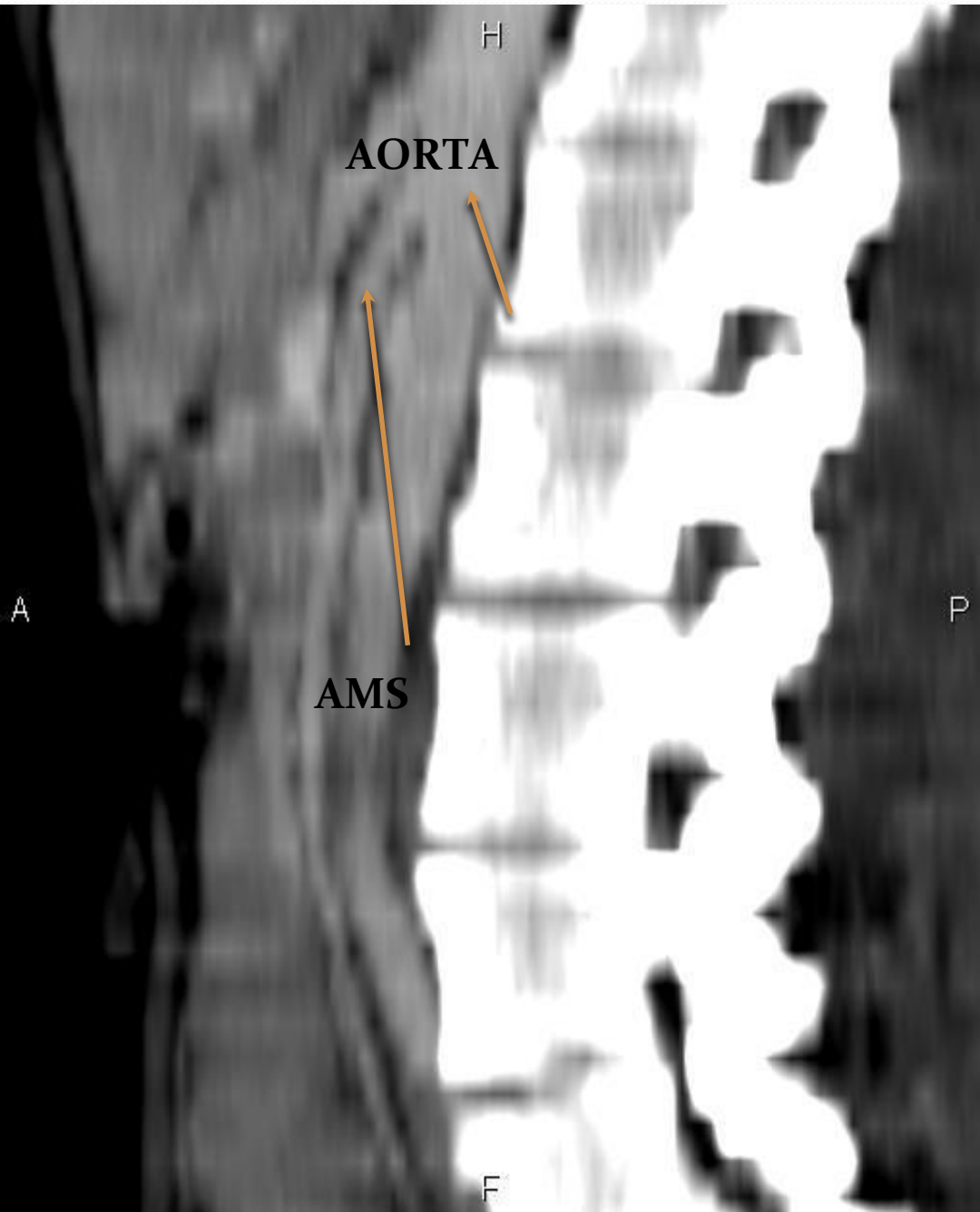
L

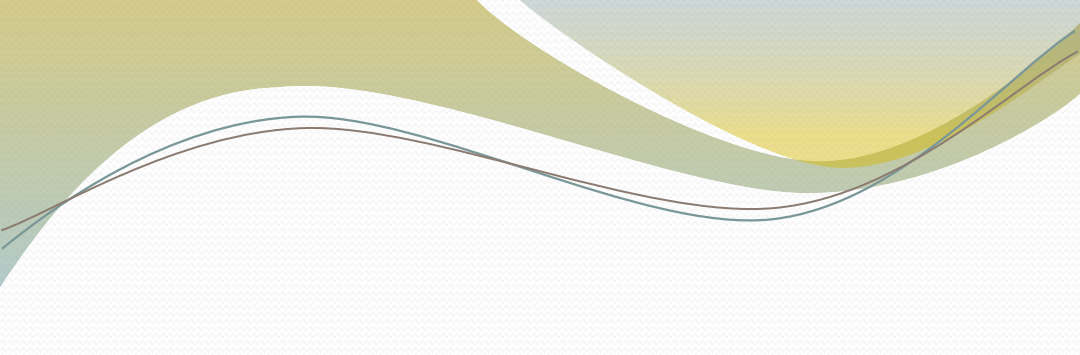
VENA OVÁRICA
IZQUIERDA

AORTA

P







H

R

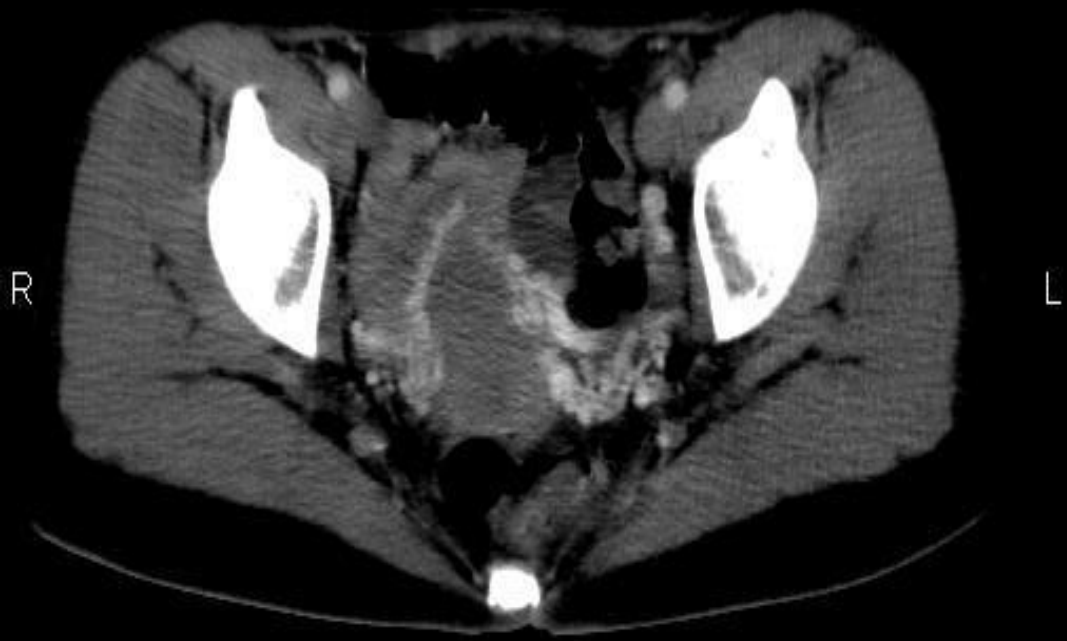
L

VENA OVÁRICA
IZQUIERDA

F

A

VARICES PELVIANAS



P

CONCLUSIÓN

Las patologías propuestas son poco frecuentes y constituyen un reto diagnóstico al ser subdiagnosticadas. Presentan un cuadro clínico amplio, que sugieren sospechar múltiples causas, dependiendo del síntoma que predomine.

Los estudios de imagen constituyen una herramienta fundamental para identificar éstos síndromes. Se puede disponer de distintos métodos radiológicos para su estudio, como ser estudio baritado, ecografía, TC, flebografía, entre otros.

En nuestro caso, la TC con contraste endovenoso aportó valiosa información acerca de la anatomía de la paciente para así poder guiarnos al diagnóstico.



BIBLIOGRAFÍA

SERAM 2014 / S-0966

Pinza aorto mesentérica, dos patologías en una.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000200254

Nutr Hosp. 2011;26(3):646-649 ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Caso clínico Síndrome de Wilkie: a propósito de un caso