

Comunicaciones breves

Síndrome de la arteria mesentérica superior (síndrome de Wilkie). Caso clínico

Superior mesenteric artery syndrome (Wilkie syndrome). Case report

Dra. Sandra Fiorini*, Dra. M. Mercedes Sáenz Tejeira*, Dra. Cecilia Tennina*, Dra. Silvana Tomezzoli* y Dra. Noelia Requejo*

RESUMEN

El síndrome de la arteria mesentérica superior (síndrome de Wilkie) es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal de origen vascular. Se asocia con situaciones que disminuyen el ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta (compás aortomesentérico) secundarias a pérdida de grasa retroperitoneal (descenso brusco de peso o caquexia) o procedimientos que determinan hiperextensión dorsal, especialmente en postquirúrgicos de cirugía correctora de escoliosis. Clínicamente, se manifiesta por obstrucción intestinal alta. El diagnóstico es radiológico y el tratamiento es inicialmente médico. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos refractarios.

Se describe el caso de un paciente de 18 años con síndrome de Wilkie, secundario a cirugía correctora de escoliosis dorsolumbar. Con la sospecha clínica se realiza seriada gastroduodenal que confirma el diagnóstico. Inicia tratamiento médico con dieta hipercalórica fraccionada y medidas posturales con buena respuesta.

Palabras clave: compás aortomesentérico, síndrome de Wilkie, obstrucción duodenal, escoliosis.

SUMMARY

Superior mesenteric artery syndrome is an uncommon cause of upper gastrointestinal tract obstruction. The syndrome results from compression of the third portion of duodenum as it crosses underneath the superior mesenteric artery, related to conditions that reduce the aortomesenteric angle (acute weight loss) or after scoliosis surgery. Patients may present symptoms of gastrointestinal obstruction, such as upper abdominal distension and epigastric tenderness, usually relieved by posture changing. Diagnose must be complemented with an upper gastrointestinal barium-contrast radiography. Conservative treatment is usually effective with early diagnosis. Surgery is needed when conservative measures are ineffective.

We present the case of a 18 year-old patient with Wilkie's syndrome secondary to scoliosis surgery. The patient presented symptoms of gastrointestinal obstruction, and diagnosis was confirmed with upper gastrointestinal barium-contrast

radiography. The patient started conservative treatment with proper positioning after eating and nutritional support to provide optimal calories supply.

Key words: superior mesenteric artery syndrome, Wilkie syndrome, duodenal obstruction, scoliosis, cast syndrome.

CUADRO CLÍNICO

Paciente de 18 años de edad, argentino, de sexo masculino, consulta por presentar vómitos biliosos y dolor abdominal de 24 h de evolución. Una ecografía demuestra microlitiasis vesicular.

Presenta como antecedente cirugía correctora de escoliosis dorsolumbar a los 17 años, con importante descenso ponderal (10 kg) en los 6 meses subsiguientes.

Al ingreso, el paciente impresiona en regular estado general, afebril, adelgazado (índice de masa corporal= 14), con deshidratación leve, dolor en hemiabdomen superior, regular actitud alimentaria y plenitud postprandial.

Con la sospecha clínica de síndrome de la arteria mesentérica superior se realiza ecografía abdominal y seriada gastroduodenal (Figura 1) cuyos resultados fueron compatibles con dicho síndrome.

Inicia tratamiento conservador con dieta hipercalórica fraccionada y medidas posturales (decúbito lateral izquierdo posterior a la alimentación). Presenta evolución favorable, sin síntomas de obstrucción intestinal y con adecuado progreso ponderal.

DISCUSIÓN

El síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente (0,2-1%) de obstrucción duodenal de origen vascular, asociado a situaciones que disminuyen el ángulo aortomesentérico, lo cual puede deberse a causas congénitas o adquiridas.¹ Puede presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente mujeres.

Su etiología se relaciona con la anatomía de la tercera porción duodenal. El duodeno pasa, rodeado de grasa perimesentérica, entre la aorta y la

* Unidad 15. Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dra. Silvana Tomezzoli
silvanatomezzoli@yahoo.com.ar

Recibido: 22-1-08

Aceptado: 3-10-08

arteria mesentérica superior, que sale de la aorta a nivel de las vértebras L1- L2. En individuos normales, el ángulo formado es de 20-50 grados, según la talla del paciente² (Figura 2).

Entre las causas adquiridas de la disminución de dicho ángulo, se encuentran: la pérdida de grasa retroperitoneal secundaria a descenso brusco de peso (caquexia, grandes quemados y malabsorción intestinal); alteraciones restrictivas (deformaciones óseas, escoliosis o hiperlordosis grave) o procedimientos que determinan hiperextensión dorsal, especialmente en posquirúrgicos de cirugía correctora de escoliosis. Los factores de riesgo prequirúrgicos para el desarrollo de dicha patología son: pacientes con IMC menor al percentilo 50 para la edad y el empuje puberal en el año previo a la cirugía correctora de escoliosis.³

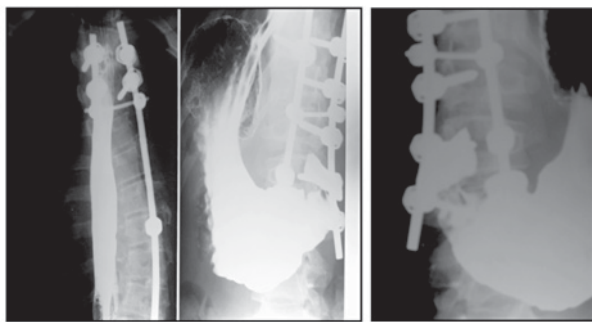
Las causas congénitas incluyen: el ligamento de Treitz corto y el nacimiento anormalmente bajo de la arteria mesentérica superior.⁴

Las manifestaciones clínicas características⁵ son secundarias a obstrucción intestinal alta y se presentan con mayor frecuencia entre el quinto y séptimo días posoperatorios:⁶

1. Dolor abdominal posprandial precoz, epigástrico, que alivia con posición genupectoral, en decúbito lateral izquierdo o prono (59%).
2. Vómitos biliosos (50%).
3. Náuseas (40%).
4. Distensión abdominal, saciedad precoz, sensación de plenitud gástrica (32%).
5. Anorexia (18%).

El diagnóstico es clínico y se confirma mediante estudios por imágenes. La seriada gastroduodenal continúa siendo un examen complementario relevante y de fácil acceso.

FIGURA 1. Seriada gastroduodenal que evidencia obstrucción a nivel de la tercera porción duodenal con mejoría ante cambios posicionales



Los hallazgos clásicos son la dilatación de la primera y segunda porción del duodeno, flujo antiperistáltico de bario proximal a la obstrucción, retardo del tránsito intestinal de 4-6 h y alivio de la obstrucción con los cambios de posición del paciente.²

Cabe destacar la importancia del eco-doppler color como estudio inicial en casos sospechosos⁷ y la tomografía computada como método confirmatorio.

El tratamiento es inicialmente conservador,⁸ con el objetivo de lograr la recuperación de la grasa retroperitoneal mediante nutrición parenteral o enteral (dieta hipercalórica fraccionada) y posición ventrolateral izquierda, para facilitar el vaciamiento gástrico.

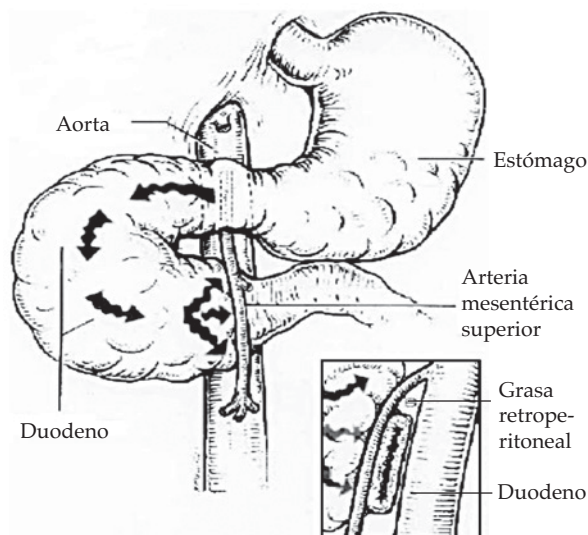
La intervención quirúrgica se reserva para los casos de falla del tratamiento médico.

La incidencia de secuelas secundarias al síndrome de la arteria mesentérica superior es alta, entre las que se destacan neumonía aspirativa, perforación gástrica y colapso cardiovascular. Por lo tanto, el conocimiento de esta patología es crucial, pues permite su prevención, diagnóstico e intervención temprana. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos M, Thumler J. Síndrome de la arteria mesentérica superior. Presentación de dos casos. *Rev Chil Pediatr* 1986; 57(4):355-358.

FIGURA 2. Representación esquemática del síndrome de la arteria mesentérica superior



Shah M, Allbright M. Superior mesenteric artery syndrome in scoliosis surgery: weight percentile for height as an indicator of risk. *J Pediatr Orthop* 2003; 23(5):665-668.

2. Zhu Z, Qiu Y. Superior mesenteric artery syndrome following scoliosis surgery: Its risk indicators and treatment strategy. *World J Gastroenterol* 2005; 11(21):3307-3310.
 3. Braun S, Hedden D, Howard A. Superior mesenteric artery syndrome following spinal deformity correction. *J Bone Joint Surg Am* 2006; (10):2252-2255.
 4. Ibarra F, Arriagada D. Síndrome de la arteria mesentérica superior: caso clínico y revisión. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia. Universidad Católica de Chile.* 2006; Vol. 31(1).
 5. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20 year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 42(5):522-5.
 6. Neri S, Signorelli SS, Mondati E. Ultrasound imaging in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *J Intern Med* 2005; 257(4):346-51.
 7. Shah M, Allbright M. Superior mesenteric artery syndrome in scoliosis surgery: weight percentile for height as an indicator of risk. *J Pediatr Orthop* 2003; 23:665-668.
 8. Lippl F, Hanning C. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. *J Gastroenterol* 2002; 37(8):640-3.
 9. Baltazar U. Superior mesenteric artery syndrome: an uncommon cause of intestinal obstruction. *South Med J* 2000; 93(6):606-608.
 10. Van Brussel JP, Dijkema WP. Wilkie's syndrome, a rare cause of vomiting and weight loss: diagnosis and therapy. *Neth J Med* 1997; 51(5):179-181.
 11. Gockel I, Graupe F, Hain J, Lorenz D. Superior mesenteric artery (Wilkie's syndrome): different faces. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19(6):720-22.
 12. Jain R. Superior mesenteric artery syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10(1):24-7.
-