

# Síndrome de la arteria mesentérica superior en adolescente de 15 años de edad. Reporte de un caso

Arrieta Yáñez L<sup>1</sup>, Aycardi Valverde F<sup>1</sup>, Quintana C<sup>2</sup>.

## Resumen

El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o 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 por descenso brusco de peso, o procedimientos que determinan hiperextensión dorsal, como la cirugía correctora de escoliosis.

Presentamos el caso de una paciente femenina de 15 años con un cuadro de 4 meses de evolución, que se interna por intolerancia oral y desnutrición; cuyo diagnóstico final de SAMS se optimizó gracias al trabajo interdisciplinario.

**Palabras Clave:** Síndrome de Wilkie, compas aortomesentérico, duodenoyeyunostomía

## Abstract

*The syndrome of the superior mesenteric artery (SAMS) or Wilkie syndrome is a rare cause of duodenal obstruction of vascular origin. It is associated with conditions that lower secondary angle between the superior mesenteric artery and the aorta (aortomesenteric compass) a retroperitoneal fat loss by sudden drop in weight, or procedures that determine dorsal hyperextension, as the surgical correction of scoliosis. We report the case of a female patient of 15 years with a cadre of four months of evolution that takes us through oral intolerance and malnutrition; SAMS whose final diagnosis was optimized thanks to interdisciplinary work.*

**Keywords:** Syndrome Wilkie, aortomesenteric compass, duodenoyejunostomy

## Introducción

La compresión de la tercera porción del duodeno por

la arteria mesentérica superior o una de sus ramas, es la base anatómica de muchos casos de obstrucción duodenal. Figura 1.

En 1842 Rokitansky fue el primero en postular la fisiopatogenia de este síndrome. En 1907 Bloodgood planteó la sugerencia de que esta condición podía ser tratada quirúrgicamente por medio de duodenoyeyuno anastomosis y en 1908 Stavely fue el primero en efectuarla con éxito. En 1921 Wilkie publicó una serie de 75 casos, con un relato detallado de los aspectos patológicos de la condición y aconsejó la duodenoyeyuno anastomosis como el método más certero para el tratamiento<sup>1,2</sup>.

El síndrome de arteria mesentérica superior da un complejo número de síntomas resultantes de la compresión vascular de la tercera porción del duodeno. Se asocia frecuentemente con el crecimiento lineal rápido sin aumento de peso, la escoliosis, la cirugía de la columna vertebral, pérdida de peso y la posición anormalmente alta del ligamento de treitz. Los síntomas típicos de SAMS son similares a los de una obstrucción duodenal incompleta, incluida la plenitud postprandial, dolor abdominal intermitente, saciedad temprana, náuseas, vómitos y anorexia<sup>3</sup>.

La arteria mesentérica superior, se separa de la aorta con aproximadamente un ángulo promedio de 45 ° (38 ° -56 °). Las manifestaciones clínicas SAMS aparecerán si el ángulo cae por debajo de 20 °. Estos valores de medición son para pacientes adultos; sin embargo, se cree que los valores de este ángulo pueden ser menor para pacientes pediátricos.

La rareza del SAMS y la necesidad de pruebas invasivas para verificar el diagnóstico conduce a los pacientes a ser muchas veces polimedcados sintomatológicamente durante un largo período sin ningún diagnóstico definitivo. Los exámenes de diagnóstico como la seriada gastroduodenal, la tomografía computada abdominal, angiografía abdominal o arteriografía por resonancia magnética se utilizan en pacientes con sospecha de SAMS<sup>4</sup>.

## Caso Clínico

Se trata de una paciente femenina de 15 años de edad, con antecedentes de constipación crónica, quien consulta al servicio de gastroenterología del Hospital Pedro de Elizalde por cuadro clínico de cuatro meses de evolución consistente en dolor en epigastrio, vómitos biliosos y descenso de peso de 4 kg. Al examen físico se evidenció adelgazamiento Figura 1.

1 Alumno Curso Superior de Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde.

2 Jefe Servicio Gastroenterología del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Director de la Carrera de Médico Especialista en Gastroenterología Pediátrica. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sede Hospital Elizalde.

**Dirección Postal:** Lorena Arrieta Yáñez Lorena. Gurruchaga 2266 (1425 CABA).  
E mail: Lorenaarrietaryanez@hotmail.com



Se interna con diagnóstico de intolerancia oral, desnutrición y sospecha de, trastorno de la conducta alimentaria.

Se realiza seriada esofagogastroduodenal (SEGD): pasaje gastroduodenal lento del material de contraste y escaso pasaje de contraste a tercera y cuarta porción duodenal. La videoendoscopia digestiva alta (VEDA) evidenció gran cantidad de bilis gástrica; bulbo y segunda porción duodenal dilatada con compresión en segunda y tercera porción duodenal. Por sospecha diagnóstica de compás aórtico mesentérico se realiza cirugía laparoscópica exploratoria, confirmando dicho diagnóstico, llevando a cabo desrotación duodenal liberando la tercera porción.

La evolución posquirúrgica fue tórpida, requiriendo dos intervenciones más por la formación de bridas y el hallazgo de ulcera perforada en tercera porción duodenal, por lo que finalmente se realizó resección de tercera y cuarta porción duodenal y anastomosis terminal de la segunda porción duodenal a la primera asa yeyunal.

Durante la internación presentó episodios de crisis de angustia y pánico por lo que recibió tratamiento psiquiátrico. Se interpretaron estos episodios como

síndrome de estrés post-traumático, y prosigue con el tratamiento psicológico.

Paciente actualmente con buena evolución, buen progreso ponderal y en seguimiento por los servicios de nutrición, cirugía y psiquiatría.

### Discusión

En el diagnóstico diferencial de náuseas y vómitos biliosos, incluso en el contexto de un trastorno de la alimentación, el síndrome de SAMS debe ser considerado.

El Examen del tracto gastrointestinal superior es el método primario para el diagnóstico del SAMS, pero la ecografía es una herramienta de detección rápida de bajo costo para los pacientes con dolor abdominal inexplicable. La tomografía computarizada abdominal también puede ser útil en pacientes seleccionados.

El tratamiento conservador consiste en un apoyo nutricional para mejorar el aumento de peso, esto suele ser suficiente y se logra con la colocación de una sonda de alimentación nasoyeyunal más allá del punto de compresión duodenal. Cuando falla el tratamiento conservador, la duodenoyeyunostomía laparoscópica puede proporcionar alivio definitivo de la obstrucción<sup>5</sup>. Distintas alternativas quirúrgicas han sido propuestas

a lo largo de los años, sin embargo hoy en día no existe suficiente evidencia científica que defina las indicaciones precisas de la cirugía o la estrategia quirúrgica más adecuada<sup>6</sup>.

### Conclusión

El SAMS es un desafío médico, de gran importancia en el diagnóstico diferencial y se debe hacer énfasis en los factores predisponentes, y manifestaciones clínicas que son muy inespecíficas, por lo que los estudios de imágenes contrastados son

de gran ayuda, al igual que la video endoscopia digestiva alta y la angiotomografía tiene un valor diagnóstico.

Su tratamiento debe estar dirigido inicialmente a la corrección del factor desencadenante, con un adecuado apoyo nutricional (nutrición enteral y parenteral), un precoz apoyo psicológico. Las primeras medidas terapéuticas, deben ser posicionales (posición ventrolateral izquierda, para facilitar el vaciamiento gástrico) y cuando esto falla, debe recurrirse al manejo quirúrgico.

### Bibliografía

1. Dra. Sandra Fiorini, Dra. Mercedes Sáenz Tejeira, Dra. Cecilia Tennina, et al. Síndrome de arteria mesentérica superior (síndrome de Wilkie). Caso clínico. Archivos argentinos de pediatría. 2008(106) 1668-3501.
2. Dres. J. Courel, G. Buteler, J.J. Báez, M. Betolli, et al. Compresión vascular del duodeno en edad pediátrica. Síndrome de Wilkie. Revista de cirugía infantil. 2003 (13) 3-4.
3. Myung Seok Shin and Yae Young Kim. Optimal duration of medical treatment in superior mesenteric artery syndrome in children. Journal of Korean medical science. 2013(8) 1220-1225.
4. Eğritaş Ö1, Demiroğullari B, Dalgıç B. Megabulbus in endoscopy; suspect for superior mesenteric artery syndrome in children. Department of Pediatric Gastroenterology, Gazi University Faculty of Medicine, Ankara, Turkey. 2015 Mar; 26(2):186-8
5. Record JL1, Morris BG2, Adolph VR3. Resolution of refractory superior mesenteric artery syndrome with laparoscopic duodenojejunostomy: pediatric case series with spectrum of clinical imaging. Ochsner J. 2015 (1) 74-78.
6. M. di Martino, E. Martín-Pérez, J.L. Muñoz de Nova, et al. Descruzamiento duodenal en el síndrome de Wilkie. Elsevier 2014(92)1037.