

SINDROME DE WILKIE: CAUSA INFRECUENTE DE NEUMATOSIS GÁSTRICA

Andrea Verdú Seguí^{1,2}, Marisa Collado Torres^{1,2}, Jorge El Khatib¹, Lucía Gómez Pimpollo¹, Prado Reyero¹, Laura Alonso Galiano¹, Carmen Hernández¹, Sonia Yáñez Castaño³.

¹Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda ; ²Hospital HM Montepíncipe , Madrid ; ³Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila.

OBJETIVO DOCENTE

- Repasar las manifestaciones radiológicas de la pinza aortomesentérica centrándonos en el síndrome de Wilkie.
- Hacer hincapié en la presentación de estos pacientes como causa de abdomen agudo, centrándonos fundamentalmente en la obstrucción intestinal alta y en la necrosis gástrica, ya que esta entidad se suele presentar como un hallazgo incidental o una obstrucción crónica.

REVISIÓN DEL TEMA

- Es una causa infrecuente de obstrucción duodenal que se produce cuando existe una disminución significativa del ángulo entre el origen de la arteria mesentérica superior y la aorta, condicionando una compresión extrínseca de la tercera porción duodenal.
- Existen múltiples causas que favorecen una disminución del ángulo aortomesentérico: traumatismos, trastornos de la conducta alimentaria, deformidades óseas,... La mayoría de los casos se suele presentar después de una pérdida ponderal significativa. La combinación de anorexia nerviosa y síndrome de Wilkie es altamente problemática, ya que el síndrome de Wilkie puede favorecer o agravar la anorexia nerviosa, lo que impide la recuperación ponderal para que se resuelva el síndrome.

REVISIÓN DEL TEMA

- Aparece con mayor frecuencia en niñas mayores y mujeres jóvenes, con síntomas abdominales superiores progresivos e intermitentes de intensidad leve o moderada que ocurren durante años, como el dolor epigástrico tras las comidas, dispepsia, intolerancia alimentaria, distensión abdominal, saciedad precoz, náuseas, vómitos... Las formas agudas o fatales son infrecuentes y suelen ser secundarias a obstrucción intestinal, alteraciones hidroelectrolíticas graves, bezoar, neumatosis o perforación gástrica, gas portal; pero cuando aparecen amenazan la vida del paciente. Por eso es importante tener una confirmación diagnóstica ante cualquier índice de sospecha clínica, que viene dada por las pruebas radiológicas.

REVISIÓN DEL TEMA

- Radiológicamente, se usarán medidas anatómicas estáticas, por lo que la sospecha y sintomatología clínica serán fundamentales para confirmar o descartar este síndrome.
- Durante muchos años se han utilizado varias técnicas de imagen (TEGD, TC, ANGIORM, ultrasonido endoscópico...) pero actualmente se suele realizar el ANGIOTC abdominal. Además el TC permite una mejor valoración anatómica, y permite descartar otras patologías.
- Los criterios diagnósticos radiológicos son: dilatación de 1ª y 2ª porción duodenal con un colapso brusco de la 3ª porción duodenal secundario a un pinzamiento aortomesentérico, con un ángulo aortomesentérico inferior a 25º y una distancia aortomesentérica donde cruza el duodeno menor a 10 mm (Figura 1 y 2).

REVISIÓN DEL TEMA

- Inicialmente, el manejo de estos pacientes suele ser conservador, tratando de revertir el factor desencadenante, que suele ser la pérdida de peso. En los casos graves, lo primero será revertir las alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, dar soporte nutricional parenteral o enteral, o colocar una sonda nasogástrica si el paciente presenta una obstrucción intestinal. Ante fracaso terapéutico y persistencia de sintomatología, se puede plantear un tratamiento quirúrgico tras un periodo de realimentación, siendo la técnica más utilizada la duodenoyeyunostomía laterolateral o en Y de Roux.

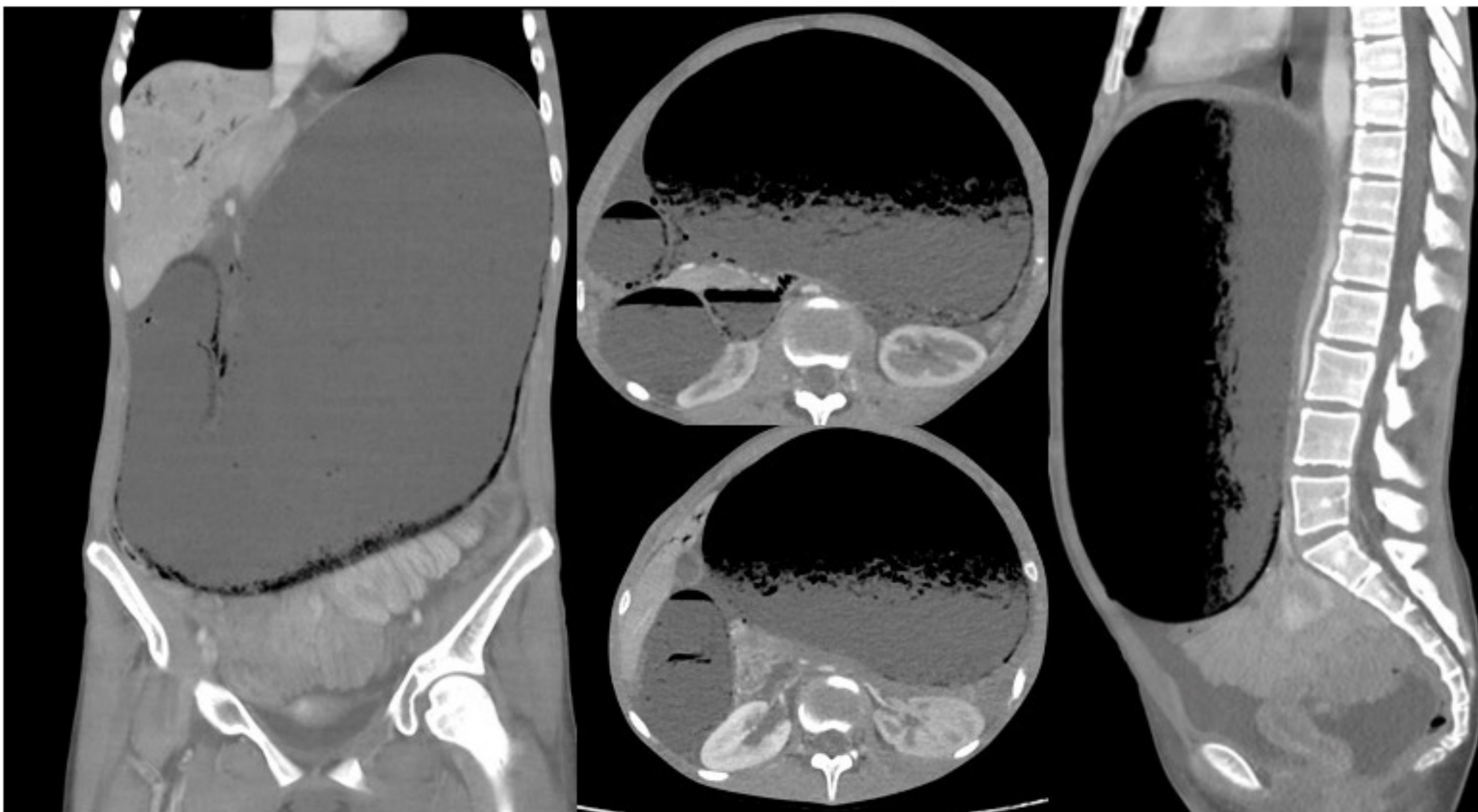


Figura 1: Niña de 16 años con anorexia nerviosa que acude a Urgencias por dolor abdominal, disminución de los RHA y vómitos. En la analítica presentaba elevación de RFA, del lactato y de PCR. **TC urgente con CIV:** Severa dilatación gástrica y de la primera y segunda porción duodenal, secundario a pinzamiento aortomesentérico duodenal, asociado a neumatosis gástrica, duodenal, gas portal intrahepático y signos de hipoperfusión visceral (hepático, renal izquierdo y de las asas intestinales) posiblemente por la compresión extrínseca gástrica. Moderada cuantía de líquido ascítico.



Figura 2: TC de control a los 5 días: Resolución de la neumatosis gástrica, del gas portal intrahepático y adecuado realce de vísceras abdominales. Persiste moderado engrosamiento e hiporrealce de la pared del estómago, que correlacionado con gastroscopia, fue compatible con gastropatía isquémica. Abundante contenido en estómago sugestivo de Bezoar.

CONCLUSIONES

Aunque se trata de una entidad poco frecuente, el radiólogo debe de estar familiarizado con ella y conocer sus posibles complicaciones, ya que su manejo y pronóstico dependerá de la gravedad y forma de presentación del cuadro clínico.

REFERENCIAS

- Biank V, Werlin S. Superior Mesenteric Artery Syndrome in children: a 20-year experience. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006; 42:522-525
- Hines RH, Gore RM, Ballantyne GH. Superior mesenteric artery syndrome. Diagnostic criteria and therapeutic approaches. AmJ Surg 1984; 148: 630-632.
- Kennedy KV, Yela R, Achalandabaso M del M, et al. Superior mesenteric artery syndrome: diagnostic and therapeutic considerations. Rev Esp Enferm Dig 2013;105:236-8.
- Bakker ME, Van Delft R, Vaessens NA et al. Superior mesenteric artery syndrome in a 15-year-old boy during Ramadan. Eur J Pediatr 2014;173:1619-21.