

Sí

















CASO 1

Mujer de 68 años con dolor hipogástrico, síndrome general, pérdida de peso y astenia.



Fig 4: TC abdomino-pélvica con CIV: cortes axiales. Cambio de calibre de la tercera porción duodenal y de la vena renal a su paso por la pinza aorto-mesentérica. La distancia entre ambas estructuras es inferior a 8 mm.

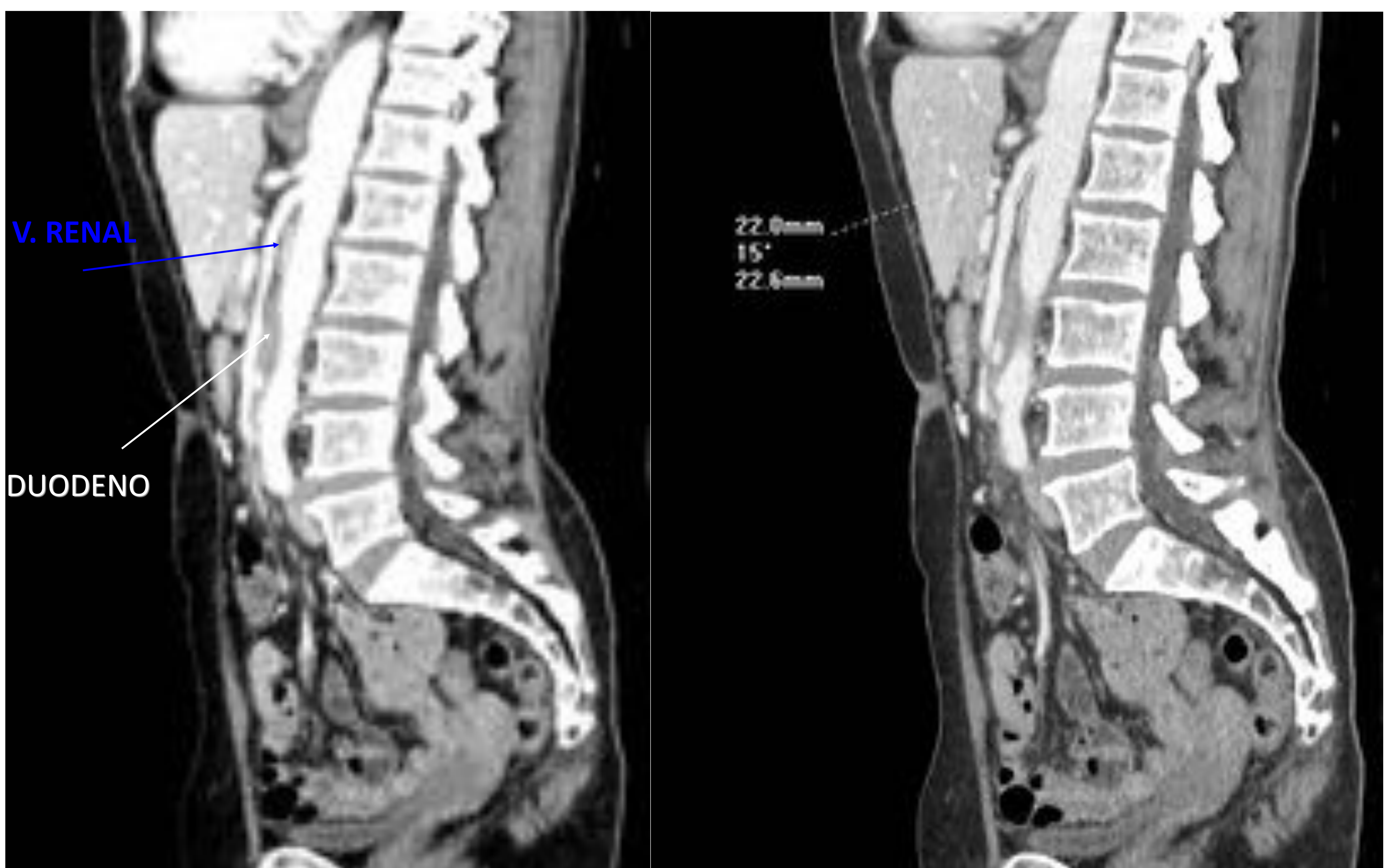


Fig 5: TC abdomino-pélvica con CIV: MPR sagital. El ángulo entre la aorta y la AMS es inferior a 25° , condicionando compresión de la tercera porción duodenal y de la vena renal, lo que es compatible con el síndrome de Wilkie.

CASO 2

Mujer de 19 años con dolor abdominal, más intenso tras la ingesta.

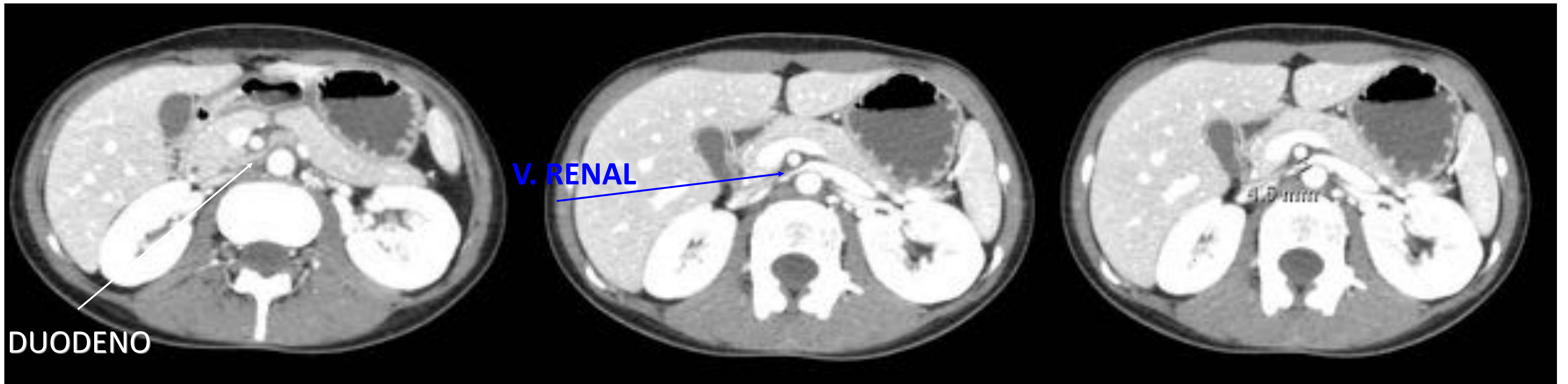


Fig 6: TC abdomino-pélvica con CIV: cortes axiales. Distensión de la cámara gástrica, con cambio de calibre en la tercera porción duodenal condicionado por la disminución de la distancia entre la aorta y la AMS.

En este caso también hay compresión de la vena renal.



Fig 7: TC abdomino-pélvica con CIV: MPR sagital. El ángulo entre la aorta (A) y la AMS (*) es inferior a 25°, hallazgo compatible con el síndrome de Wilkie.

CASO 3

Mujer de 17 años con dolor abdominal en epigastrio, plenitud postprandial precoz, náuseas y vómitos ocasionales desde hace dos meses y astenia.

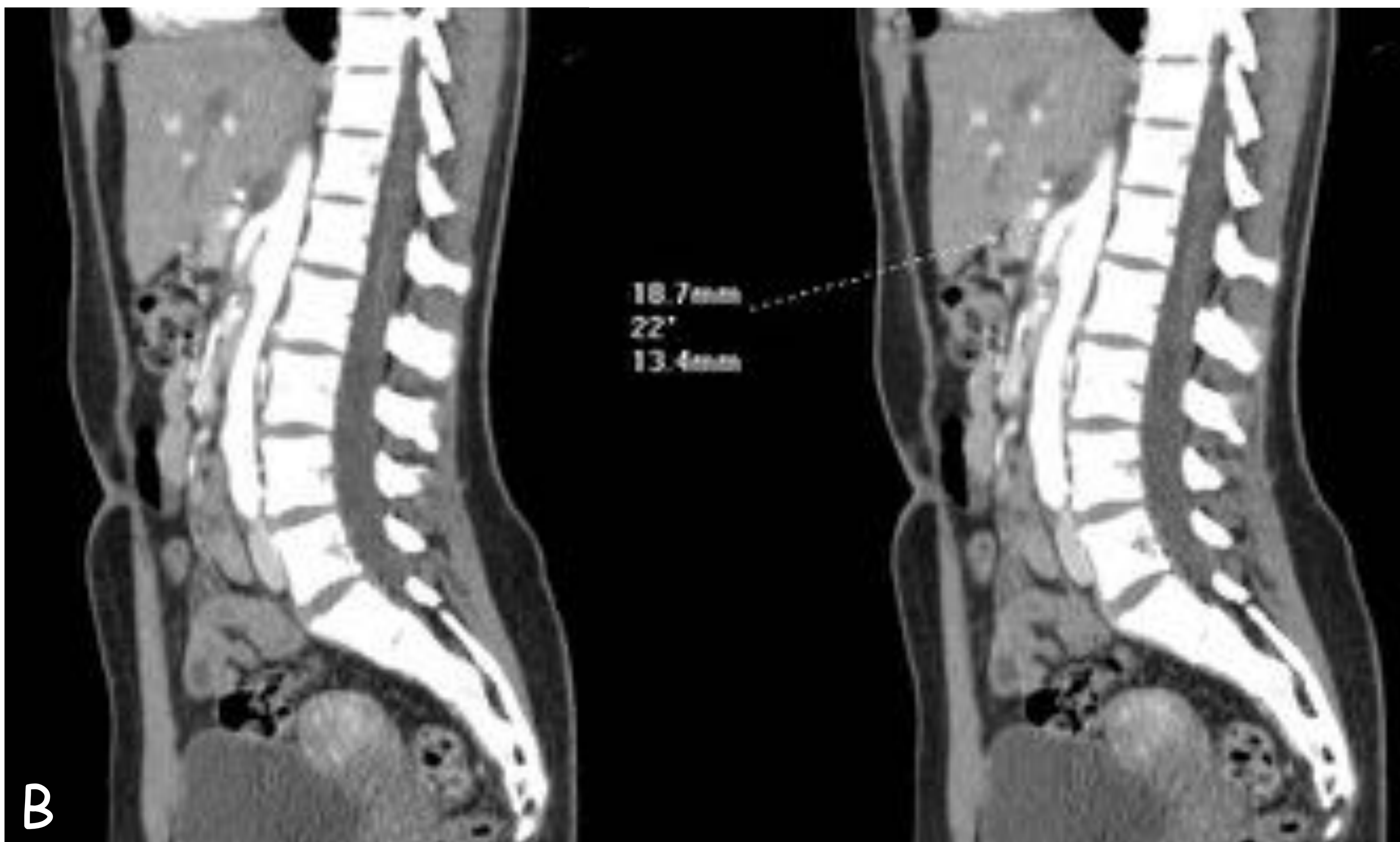


Fig 8: TC abdomino-pélvica con CIV: A) Cortes axiales Y B) MPR sagital. Distensión de la cámara gástrica y del duodeno hasta su tercera porción, con cambio de calibre en la pinza que forman la aorta y el origen de la AMS. El ángulo entre ambas arterias es de 22° y se encuentran a una distancia de 4,7-7mm. C) Reconstrucción 3D en la que se puede observar el ángulo excesivamente agudo entre la aorta y la AMS.

CASO 3 (Continuación)

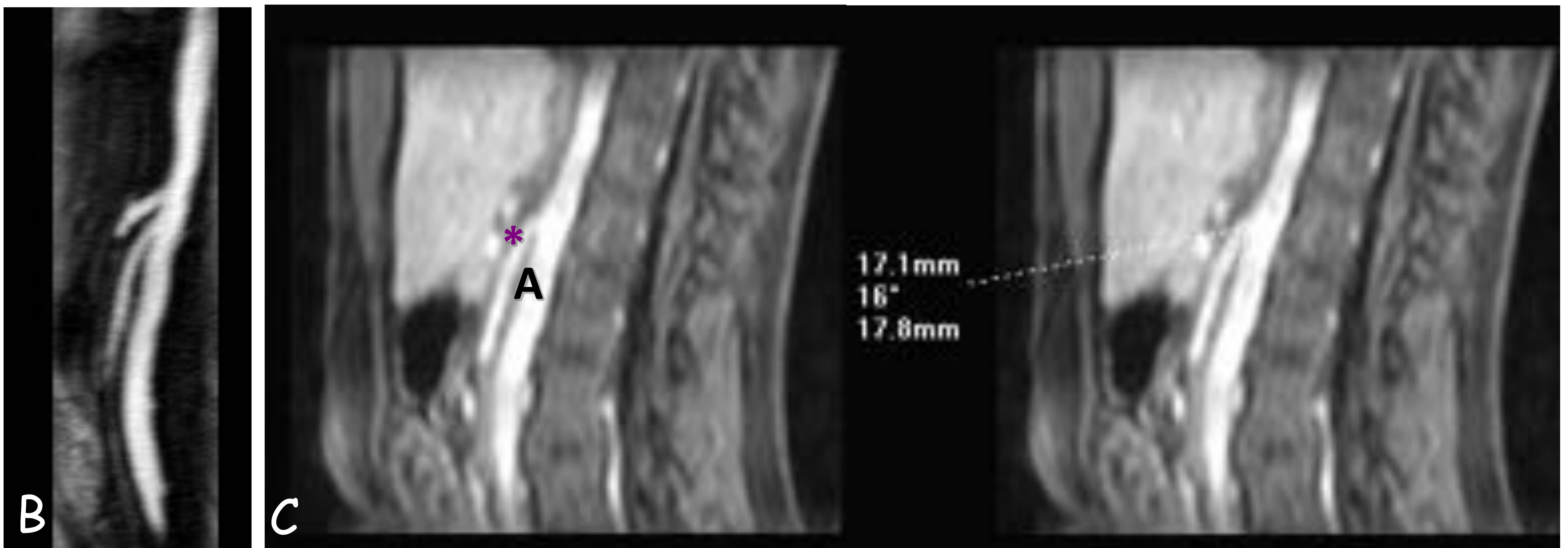
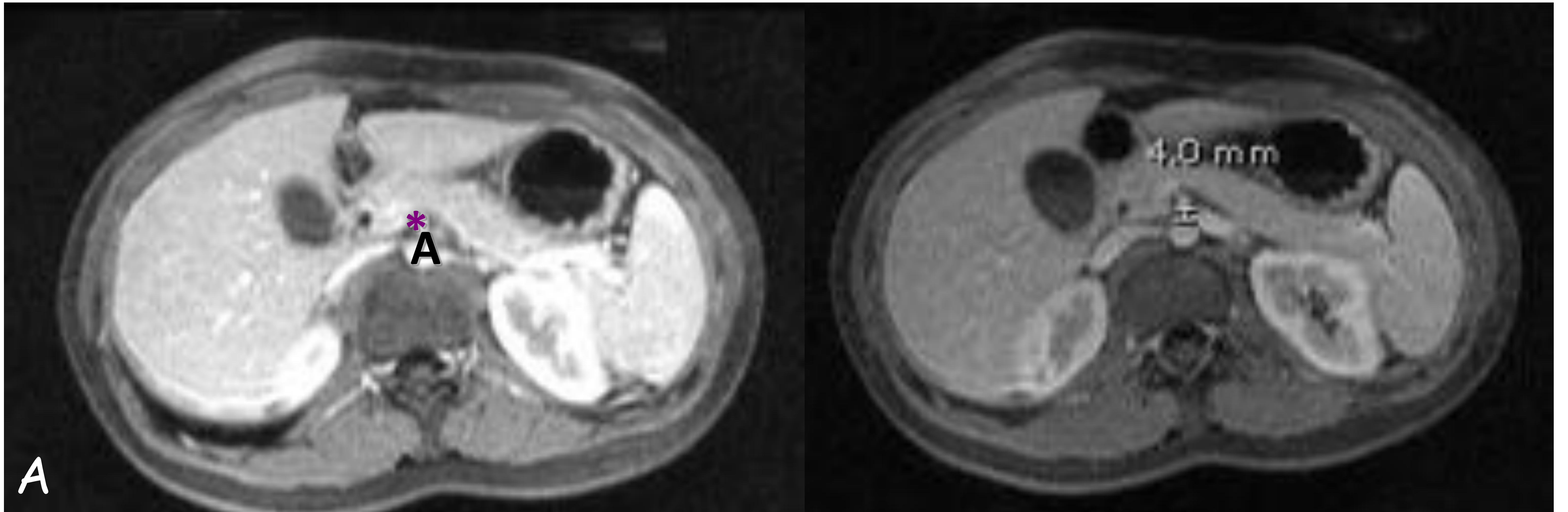


Fig 9: AngioRM abdominal: A) Cortes axiales y B) y C) reconstrucciones sagitales. Al igual que la TC, la RM permite la medición exacta de la distancia entre la AMS (*) y la aorta (A), así como el ángulo aorto-mesentérico (C).

CASO 4

Varón de 49 años con dolor abdominal y pérdida de peso de 10 kg.

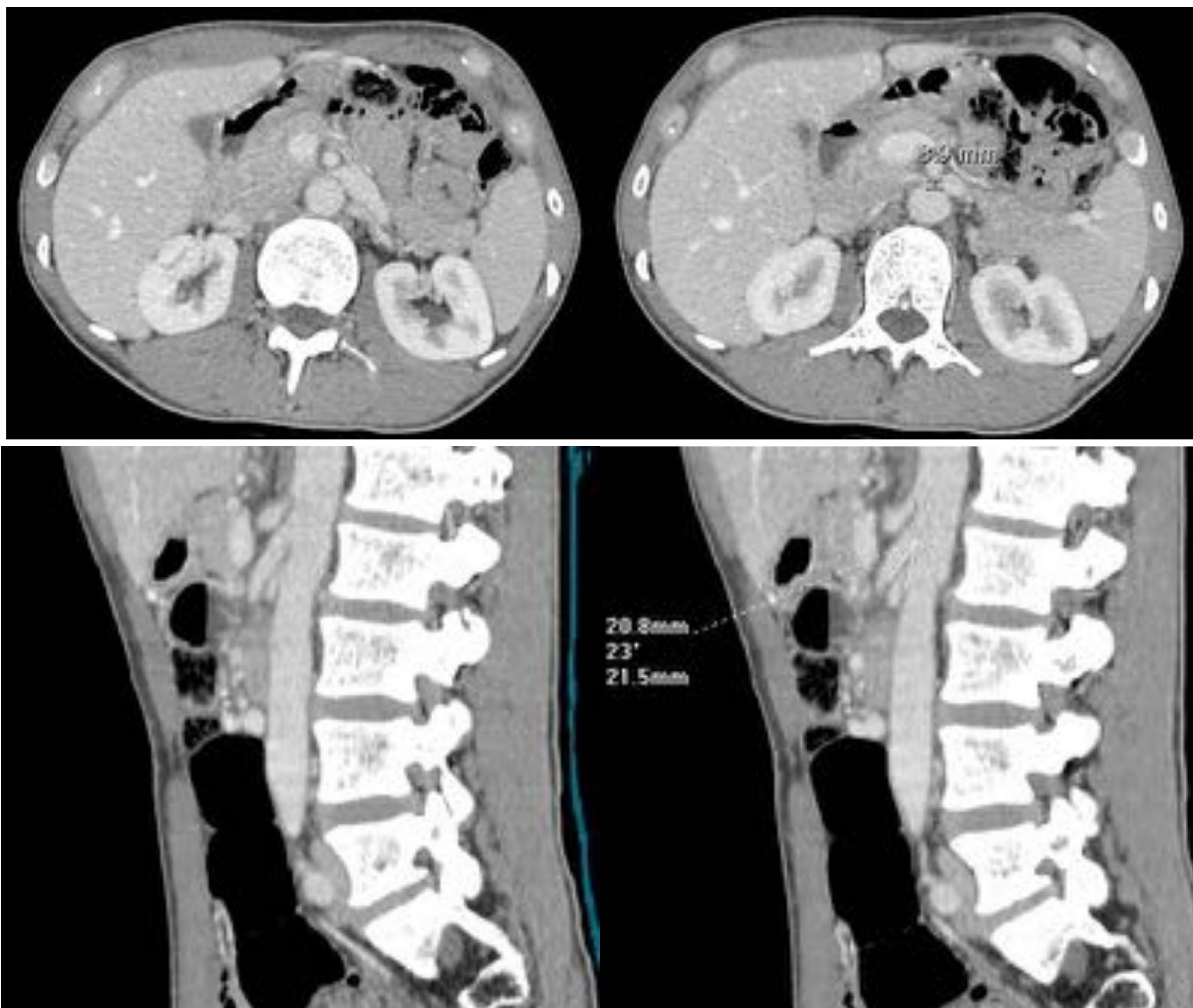


Fig 10: TC abdomino-pélvica con CIV: A) Cortes axiales Y B) MPR sagital. Pinza aorto-mesentérica que atrapa a duodeno y vena renal.

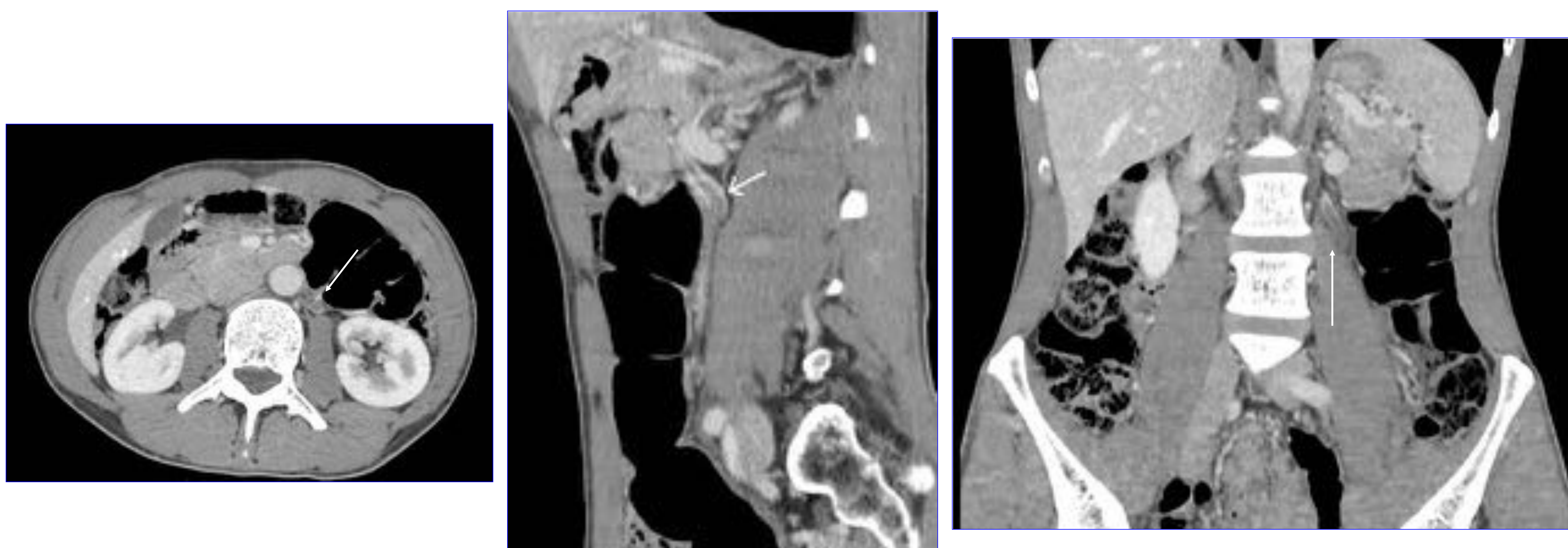



Fig 11: TC abdomino-pélvica con CIV: Corte axial, MPR sagital y MPR coronal. En este caso se objetiva también trombosis de la vena gonadal izquierda (flechas)



- 
- El SAMS cursa con una clínica inespecífica, por lo que el diagnóstico en la mayoría de los casos es radiológico.
 - La TC, gracias a las reconstrucciones multiplanares, permite visualizar de una forma no invasiva el cambio de calibre en la tercera porción duodenal, así como la disminución del ángulo entra la aorta y la arteria mesentérica superior.