



Síndrome de Wilkie: un desafío diagnóstico en el paciente crítico. Reporte de un caso

Wilkie's syndrome: a diagnostic challenge in the critically ill patient. A case report

Alejandro Gómez Lara,* Rafael Alfonso Reyes Monge,* Agustín Parra Macías,* Paola Bedolla Cervantes*

RESUMEN

El síndrome de Wilkie, una causa infrecuente de obstrucción intestinal por compresión del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta, representa un reto diagnóstico en pacientes críticos debido a su presentación inespecífica. Se describe el caso de un varón de 25 años, previamente sano, que ingresó por traumatismo craneoencefálico grave secundario a herida por arma de fuego. Tras cirugía de urgencia, fue admitido en terapia intensiva con nutrición enteral. A las 24 horas desarrolló distensión abdominal y drenaje gástrico elevado. La tomografía reveló dilatación gástrica y signos de obstrucción duodenal, confirmados por endoscopia. Una angiografía evidenció un ángulo aortomesentérico de 5°, compatible con síndrome de Wilkie. Se instauró nutrición enteral distal mediante sonda nasoyeyunal, se solicitó valoración por cirugía. La historia familiar indicó síntomas digestivos desde la infancia, lo que sugiere una forma subclínica no diagnosticada. Este caso resalta la relevancia de considerar este síndrome en pacientes críticos con obstrucción intestinal.

Palabras clave: síndrome de Wilkie, oclusión intestinal, arteria mesentérica superior, arteria aorta abdominal, paciente crítico.

ABSTRACT

Wilkie's syndrome, an uncommon cause of intestinal obstruction due to duodenal compression between the superior mesenteric artery and the aorta, presents a diagnostic challenge in critically ill patients because of its nonspecific presentation. We report the case of a previously healthy 25-year-old male who was admitted with severe traumatic brain injury secondary to a gunshot wound. After emergency surgery, he was admitted to the intensive care unit with enteral nutrition. Within 24 hours, he developed abdominal distension and high-output gastric drainage. Abdominal CT revealed gastric dilation and signs of duodenal obstruction, confirmed by endoscopy. CT angiography showed a 5° aortomesenteric angle, consistent with Wilkie's syndrome. A nasojejunal tube was placed for distal enteral feeding, and surgical evaluation was requested. Family history revealed gastrointestinal symptoms since childhood, suggesting a previously undiagnosed subclinical form. This case highlights the importance of considering this syndrome in critically ill patients presenting with intestinal obstruction.

Keywords: Wilkie's syndrome, intestinal obstruction, superior mesenteric artery, abdominal aorta, critically ill patient.

Abreviaturas:

AMS = arteria mesentérica superior

SAMS = síndrome de la arteria mesentérica superior

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Wilkie, también conocido como síndrome de compresión de la arteria mesentérica superior (SAMS), es una entidad clínica poco frecuente caracterizada por la compresión del duodeno, principalmente su tercera porción, entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal. Esta condición genera una obs-

trucción intestinal parcial o completa, cuya presentación clínica suele ser inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. El abordaje terapéutico puede variar desde medidas conservadoras hasta intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la severidad del cuadro clínico y la respuesta al tratamiento inicial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente masculino de 25 años de edad, originario y residente de Morelia, Michoacán, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Niega enfermedades crónico-degenerativas, alergias, tratamientos, cirugías, hospitalizaciones o fracturas previas. Refiere consumo habitual de cannabis y metanfetamina («cristal») desde hace tres años.

El padecimiento actual inició el 20 de mayo de 2025, aproximadamente a las 18:00 horas, tras ser agredido con arma de fuego en la vía pública, con impacto único en región mastoidea. Fue trasladado por familiares al Servicio de Urgencias de nuestro hospital, donde se documentó un puntaje de Glasgow de 7 puntos, por lo que se indicó manejo avanzado de la vía aérea. Durante la evaluación inicial se descartaron lesiones torácicas, abdominales y en extremidades. La tomografía computarizada (TC) de cráneo simple mostró hematoma intracraneal y edema perilesional, por lo que se indicó manejo quirúrgico urgente. El Servicio de Neurocirugía realizó craniectomía descompresiva y drenaje del hematoma, tras lo cual el paciente fue ingresado a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) para manejo postoperatorio y vigilancia neurológica.

Se inició alimentación enteral a través de sonda nasogástrica, pero al siguiente día (21 de mayo), el paciente presentó distensión abdominal significativa y ausencia de peristalsis a la auscultación. Se suspendió la alimentación y se dejó la sonda en derivación, obteniendo drenaje de aproximadamente 2,000 mL de contenido gastrobiliar. Ante la sospecha de obstrucción intestinal, se solicitó tomografía abdominal con contraste, que mostró distensión gástrica importante (*Figura 1*) y signos de obstrucción a nivel de la tercera porción del duodeno. Se solicitó interconsulta al Servicio de Cirugía General, quienes indicaron endoscopia digestiva alta. En ésta se evidenció estómago dilatado y obstrucción parcial de la tercera porción del duodeno, franqueable, sin lesiones intrínsecas aparentes.

* Hospital General de Morelia «Dr. Miguel Silva». Morelia, Michoacán, México.

Recibido: 30/07/2025. Aceptado: 26/11/2025.

Citar como: Gómez LA, Reyes MRA, Parra MA, Bedolla CP. Síndrome de Wilkie: un desafío diagnóstico en el paciente crítico. Reporte de un caso. Med Crit. 2025;39(4):281-283. <https://dx.doi.org/10.35366/122459>

Dado el contexto clínico y los hallazgos endoscópicos, se planteó como diagnóstico probable el síndrome de Wilkie. Se solicitó angiотomografía abdominal, en la cual se identificó disminución del ángulo aortomesentérico a 5° (Figuras 2 y 3), confirmando compresión extrínseca de la tercera porción duodenal (Figura 4) por la arteria mesentérica superior.

Como medida inicial se colocó una sonda nasoyeyunal bajo visión endoscópica para permitir nutrición enteral distal. Se inició protocolo quirúrgico para corrección definitiva. En la recolección posterior de antecedentes, la hermana del paciente refirió que desde la infancia el paciente presentaba molestias abdominales postprandiales frecuentes, así como emesis recurrente, lo cual condicionó una ingesta oral limitada desde etapas tempranas del desarrollo, lo que sugiere una posible forma subclínica de presentación crónica del síndrome.

DISCUSIÓN

El síndrome de Wilkie, también conocido como síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), es una entidad rara caracterizada por la compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta abdominal. Esta compresión se asocia a una disminución del ángulo aortomesentérico, generalmente por debajo de 25° (normal entre $38-65^\circ$), y una distancia AMS-aorta menor de 8 mm, lo cual compromete el tránsito duodenal y genera síntomas de obstrucción intestinal alta.^{1,2}

La fisiopatología del SAMS suele relacionarse con una pérdida significativa de grasa retroperitoneal, ya sea por pérdida de peso aguda, enfermedades crónicas, traumatismos, quemaduras extensas o estados



Figura 2:

Reconstrucción volumétrica donde se observa la disminución del ángulo de la arteria mesentérica superior (flecha continua) y de la distancia aortomesentérica en vista lateral (línea blanca).

hipercatabólicos.³ En este caso, si bien la presentación aguda del cuadro fue posterior a una agresión con arma de fuego, el hallazgo retrospectivo de síntomas digestivos crónicos desde la infancia sugiere una forma subclínica preexistente del síndrome, descompensada por el estado crítico y el ayuno prolongado.

El diagnóstico de SAMS en pacientes críticamente enfermos representa un desafío clínico importante. En pacientes con alteración del estado de conciencia, intubación orotraqueal o sedación profunda, los síntomas típicos como dolor abdominal postprandial, náusea o vómito, pueden no estar presentes o pasar desapercibidos. En este paciente, el hallazgo de distensión abdominal severa y drenaje de alto volumen por sonda nasogástrica generó la sospecha inicial de obstrucción, posteriormente confirmada por estudios de imagen.

La tomografía computarizada con contraste es la herramienta diagnóstica de elección para confirmar la obstrucción y medir el ángulo aortomesentérico. En este caso, se documentó un ángulo de 5° , valor consistentemente patológico.⁴ La endoscopia digestiva alta puede ser útil para descartar causas intrínsecas de obstrucción, como neoplasias, estenosis o cuerpos extraños, y, en algunos casos, permite colocar sondas de alimentación más allá del sitio de compresión, como ocurrió en este paciente.

El tratamiento inicial del síndrome de Wilkie suele ser conservador e incluye soporte nutricional, corrección de



Figura 1:

Tomografía computarizada corte coronal donde se evidencia dilatación gástrica.

desequilibrios hidroelectrolíticos y aumento del peso corporal para restaurar el tejido adiposo retroperitoneal. Sin embargo, en casos severos, crónicos o que no responden al manejo conservador, puede ser necesaria una intervención quirúrgica, generalmente mediante duodenoyeyunostomía o sección del ligamento de Treitz.⁵

Este caso destaca la importancia de considerar diagnósticos menos frecuentes como el SAMS en el paciente críticamente enfermo, particularmente cuando se presenta distensión gástrica, vómitos persistentes o vaciamiento gástrico deficiente sin causa aparente. Además, subraya el valor de obtener antecedentes familiares y personales aun en escenarios agudos, ya que pueden aportar datos clave para el diagnóstico.

CONCLUSIONES

El síndrome de Wilkie es una causa infrecuente, pero importante, de obstrucción intestinal alta, cuya identificación en pacientes críticamente enfermos representa un reto diagnóstico debido a la inespecificidad de los signos clínicos en este contexto. En el presente caso, la sospecha diagnóstica surgió ante la presencia de distensión abdominal severa y vaciamiento gástrico ineficaz, confirmándose mediante estudios de imagen con hallazgos clásicos como la disminución del ángulo aortomesentérico. El antecedente de síntomas gastrointestinales desde la infancia sugiere una forma subclínica crónica que se manifestó durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos. Este caso resalta la im-

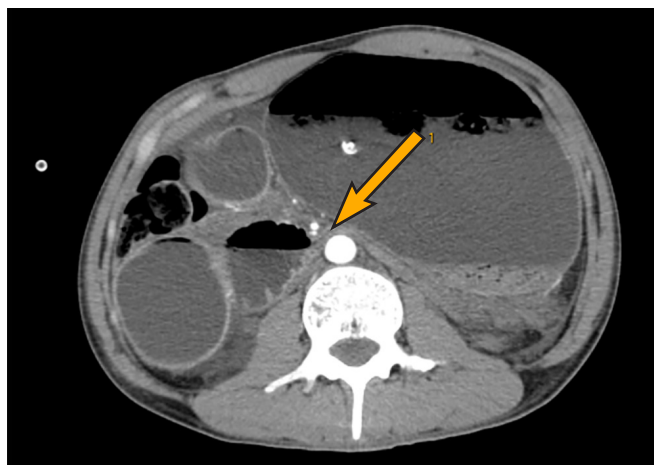


Figura 4: Angiotomografía computada en fase arterial. Se observa compresión de la tercera porción del duodeno (flecha).

portancia de mantener un alto índice de sospecha para el diagnóstico de este síndrome en pacientes en estado crítico con signos de obstrucción duodenal sin causa evidente, así como la utilidad del abordaje multidisciplinario en su diagnóstico y manejo oportuno.

AGRADECIMIENTOS

A los familiares del paciente, por su total disposición y apoyo para la divulgación de este caso clínico, al Hospital General de Morelia por permitir la presentación y divulgación de este caso clínico. A mis profesores por la asesoría al momento de la redacción de los apartados correspondientes y a esta Revista por darme la atención y el seguimiento necesarios para poder iniciar mi trayectoria en publicaciones.

REFERENCIAS

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg.* 2007;24(3):149-156.
2. Ahmed AR, Taylor I. Superior mesenteric artery syndrome. *Postgrad Med J.* 1997;73(866):776-778.
3. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2006;42(5):522-525.
4. Neri S, Signorelli SS, Mondati E, Pulvirenti D, Campanile E, Di Pino L, et al. Ultrasound imaging in diagnosis of superior mesenteric artery syndrome. *J Intern Med.* 2005;257(4):346-351.
5. Welsch T, Jauch KW, Kienle P. Surgical options in SMA syndrome. *Zentralbl Chir.* 2009;134(5):430-434.

Correspondencia:

Dr. Alejandro Gómez Lara

E-mail: alex_laravega@hotmail.com

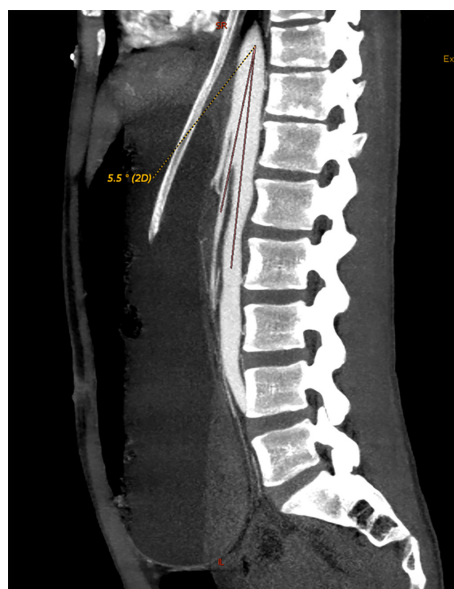


Figura 3:

Angiotomografía computada en un corte sagital en fase arterial. Se observa disminución del ángulo de la arteria mesentérica superior de 5°.