

CIRUGIA PEDIATRICA

SINDROME DE WILKIE, COMPRESION DUODENAL EXTRINSECA POCO FRECUENTE

Natalia Grant Vega*

SUMMARY

Superior mesenteric artery (SMA) syndrome (Wilkie syndrome) is an uncommon condition that consist on a duodenal obstruction secondary to extrinsic vascular compression. First described in 1861 by Von Rokitansky and then reviewed by Willet in 1868. It develops when the third part of the duodenum is obstructed by the angle formed between the Aortic Artery and the Superior Mesenteric Artery. Clinical findings are vomiting, discomfort, weight loss among others. The majority of the patients are asymptomatic. A gastro-duodenum endoscopy,

CT Scan and abdominal ultrasound are needed in order to properly diagnose this condition.

Key Words: weight loss, irrepressible vomiting, gastric dilatation, Superior Mesenteric Artery Syndrome, Cast Syndrome.

INTRODUCCION

El Síndrome de Wilkie o Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior (SAMS), fue descrito inicialmente a mediados del Siglo XIX por Von Rokitansky, momento en el que describió un

estrechamiento extrínseco de la 3ª porción duodenal de causa incierta, posteriormente fue asociado con el uso de órtesis ortopédicas por Willet en 1878. También se conoce con el nombre de síndrome de Wilkie, ya que este autor lo caracterizó como una estrechez de origen vascular al existir una disminución del ángulo entre la arteria aorta y la Arteria Mesentérica Superior, reportando una serie de 75 pacientes en 1927^(1, 2, 3). El SAMS es un desorden poco frecuente y adquirido y de discutida existencia, cuya característica principal es la obstrucción duodenal de

* Médico General.

Abreviaturas: SAMS, Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior; AMS, Arteria Mesentérica Superior; TAC, Tomografía Axial Computarizada; TGI, Transito gastrointestinal; US, ultrasonido.

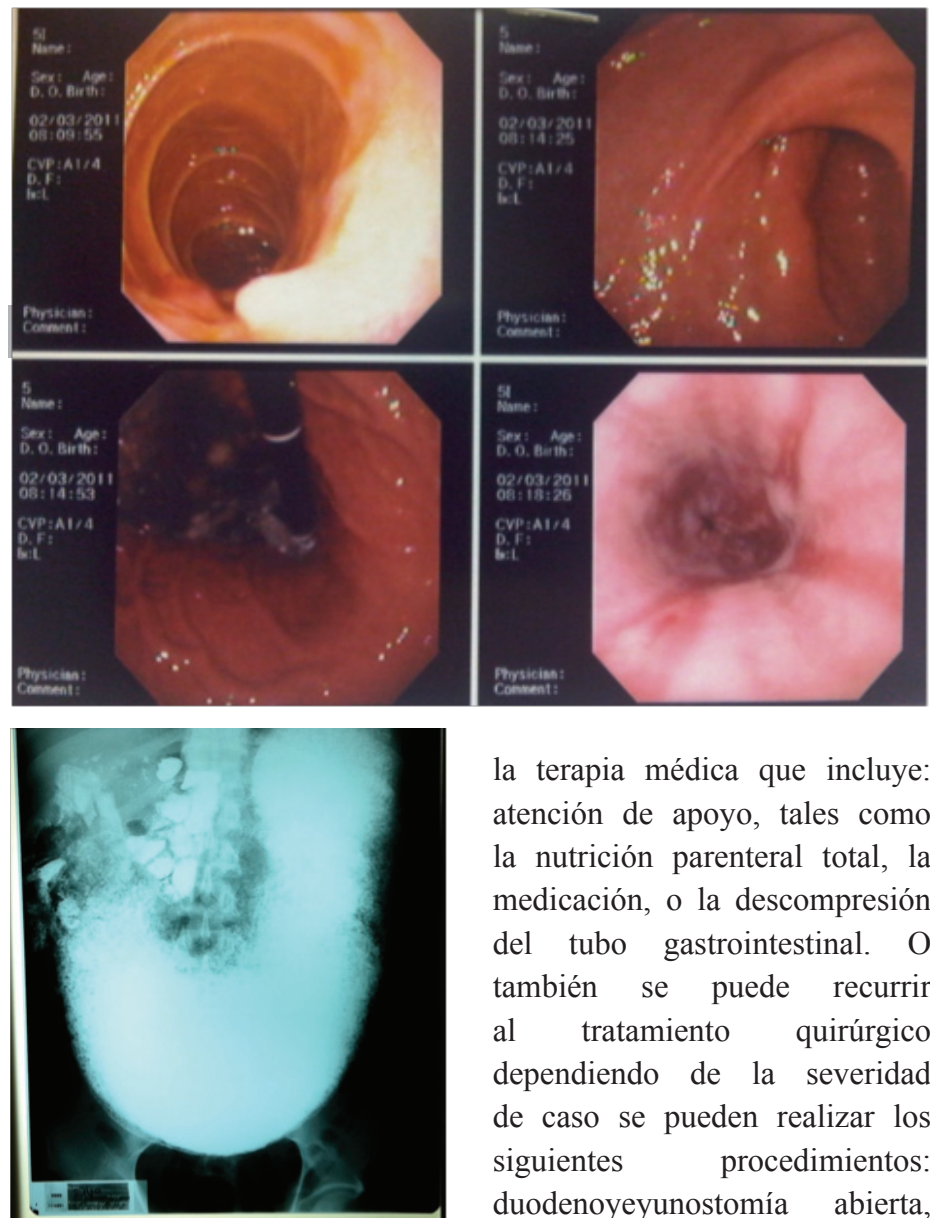
origen vascular, y se asocia frecuentemente a condiciones que producen pérdida considerable y rápida del peso corporal⁽⁴⁾. Existen reportes que describen un compromiso familiar e incluso en gemelos⁽⁵⁾. Muchas causas se han identificado como trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa, mala absorción), condiciones que conducen a la caquexia (neoplasias, SIDA), situaciones de hipercatabolismo (politraumatismo, víctimas de quemaduras), y las causas quirúrgicas, como la cirugía bariátrica o corrección de la malformación vertebral⁽⁸⁾. Su incidencia real se desconoce ya que es una entidad poco sospechada y por tanto poco diagnosticada y además, pueden existir compresiones duodenales en menor grado que son de carácter asintomático. Se ha reportado una incidencia estimada que varía del 0,013 al 1%^(4, 6). El sexo femenino es predominante 2:3 en relación al sexo masculino y es más frecuente en una edad de los 10-39 años de edad⁽⁷⁾. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de dolor postprandial, náuseas y vómitos, pérdida de peso, sensación de plenitud y anorexia⁽³⁾. Le Moigne y colaboradores también comentan que pueden ser como dos variantes clínicas una como la que se mencionó anteriormente y otra en que se trata de una obstrucción

alta y aguda del estómago que puede ser potencialmente mortal. Entre las complicaciones de esta patología se encuentra desordenes hidroelectrolíticos y de fluidos, falla cardíaca, ruptura gástrica, neumatosis gástrica o necrosis. Estudios diagnósticos complementarios En cuanto a los métodos radiológicos utilizados en el diagnóstico se encuentran: estudio de bario

del tracto gastrointestinal superior, ecografía abdominal, tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (MRI). Endoscopia alta que va a evidenciar: la presencia de esofagitis péptica o úlcera⁽⁹⁾.

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta patología puede ser expectante e iniciar con



la terapia médica que incluye: atención de apoyo, tales como la nutrición parenteral total, la medicación, o la descompresión del tubo gastrointestinal. O también se puede recurrir al tratamiento quirúrgico dependiendo de la severidad de caso se pueden realizar los siguientes procedimientos: duodenoyeyunostomía abierta,

sección del ligamento de Treitz (procedimiento de Strong)⁽⁹⁾, gastroyeyunostomía laparoscópica, duodeno-yeyunostomía y gastroyeyunostomía laparoscópica⁽¹⁰⁾.

RESUMEN

El Síndrome de Wilkie o Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior (SAMS), es una entidad patológica poco frecuente. Descrito inicialmente por Von Rokitansky en 1861 y apoyado posteriormente por Willet en 1868. Se caracteriza por una compresión extrínseca de la tercera porción del duodeno por la Arteria Mesentérica Superior (AMS) y la aorta, ante la reducción del ángulo aorto-mesentérico. Clínicamente se presenta como un cuadro oclusivo intestinal proximal, con importante dilatación gástrica, vómitos, pérdida de peso y desnutrición. Se trata de pacientes con síntomas intestinales vagos y con una rápida disminución de masa corporal.

Se sospecha que muchos de los pacientes son asintomáticos. El manejo inicial es expectante y con tratamiento médico; ante el fallo debe realizarse una intervención quirúrgica con anastomosis duodeno-yeyunal. Se necesita una amplia variedad de estudios tanto endoscópicos como radiológicos para llegar al diagnóstico, ante la exclusión de otras patologías presentes. Se solicitan estudios endoscópicos gastroduodenales, fluoroscopia de tránsito gastrointestinal (TGI), Tomografía axial computarizada (TAC) y angiografía.

BIBLIOGRAFIA

1. Aslam MI, Finch JG. Prolonged gastroparesis after corrective surgery for Wilkie's -syndrome: a case report. *J Med Case Reports* 2008; 2: 109.
2. Baraa. K. y colaboradores (2011). Laparoscopic duodeno-yeyunostomy omega loop with braun anastomosis as a treatment for superior mesenteric syndrome. *Saudi Med* , 188-191.
3. Castaño y colaboradores, Síndrome de la arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie, *Rev Col Gastroenterol* / 24 (2) 2009, 200-209.
4. Iwaoka Y, Yamada M, Takehira Y, et al. Superior mesenteric artery syndrome in identical twin brothers. *Intern Med* 2001; 40(8): 713-5.
5. Jain R. Jain R. Superior mesenteric artery syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10(1): 24-7.
6. F.LeMoigne, J.-L. T. (2010). Superior mesenteric artery syndrome: A rare etiology of upper intestinal obstruction in adults. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* , 403-406.
7. Loja Oropeza D, Alvizuri Escobedo J, Vilca Vasquez M, Sanchez Mercado M. Wilkie's syndrome: vascular duodenal compression. *Rev Gastroenterol Peru* 2002; 22(3): 248-52.
8. Ortiz C, Cleveland RH, Blickman JG, et al. Familial superior mesenteric artery syndrome. *Pediatr Radiol* 1990; 20(8): 588-9.
9. Park, T. H. (2012). Superior Mesenteric Artery Syndrome: Where Do We Stand Today? *J Gastrointest Surg* , 2203-2211.
10. Welsch & cols., Recalling Superior Mesenteric Artery Syndrome, *Dig Surg* 2007;24:149-156