

<b>Caso</b>	(790) Pinza aorto-mesentérica. Causa poco común de obstrucción intestinal alta aguda.
<b>Autores</b>	Liliana Renza Lozada, Marta Molinero Perez, Rocio Carreño Gonzalez, Alejandra Doroteo Lobato, Amparo Garcia Galera, Laura Guirado Isla
<b>Centro</b>	Hospital Comarcal De La Axarquía

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 27 años que acude a urgencias por dolor abdominal intenso tras el almuerzo, con última deposición el día previo. A la exploración, abdomen muy distendido y timpánico con dolor a la palpación generalizada. Presenta historia de larga data de RGE y vómitos ocasionales. Peso 49kg y talla 162 cm, IMC: 18.

En Rx de abdomen, importante dilatación gástrica con patrón en miga de pan y dilatación duodenal.

Se realiza TC de abdomen visualizando gran dilatación de cámara gástrica, con importante contenido alimenticio y dilatación duodenal, en la 1º, 2º y 3º porción, con cambio de calibre en la 3º porción, a nivel del espacio aortomesentérico, con un ángulo aortomesentérico de 22º y una distancia aortomesentérica de 6mm, (en rama cólica media), compatible obstrucción intestinal alta por pinza aortomesentérica.

La paciente se ingresa para tratamiento conservador, sin mejoría tras 3 días, por lo cual se propone tratamiento quirúrgico, que se realiza en centro privado, firmando alta voluntaria.

## DISCUSIÓN

Diagnóstico: obstrucción intestinal alta aguda por pinza aortomesentérica.

El síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, resultante de la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior en su origen.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres adolescentes o adultos jóvenes generalmente después de una pérdida ponderal importante. El cuadro clínico suele presentar síntomas abdominales superiores crónicos e intermitentes, progresivos e inespecíficos, como dolor abdominal, intolerancia alimenticia, náuseas, eructos o vómitos con mejoría de los síntomas al asumir la posición de decúbito lateral izquierdo o prono y con frecuencia asocia RGE.

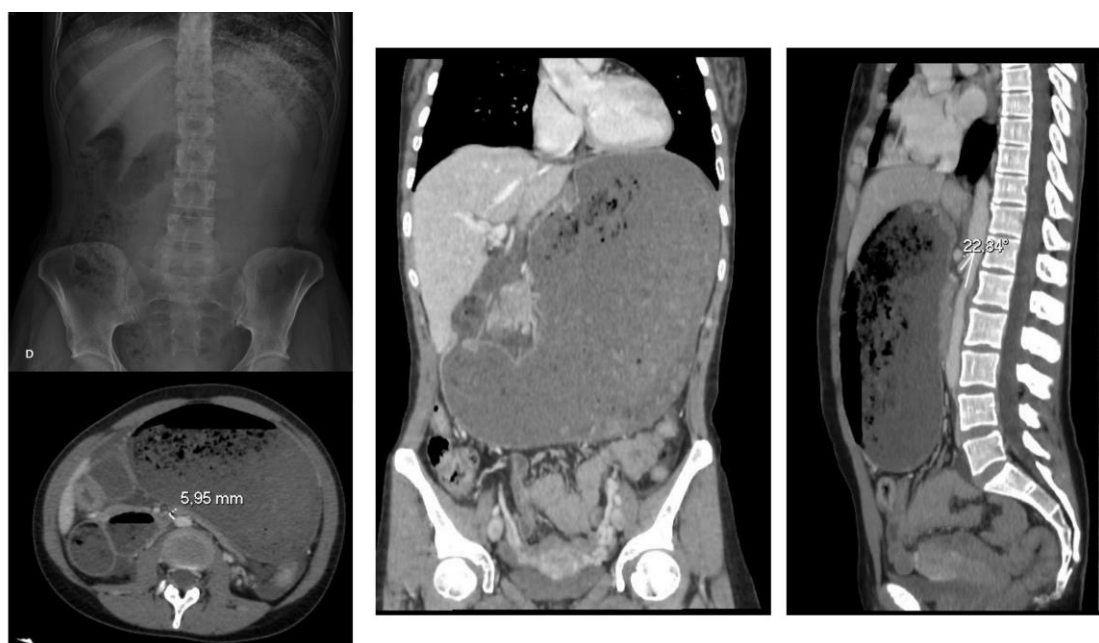
El diagnóstico es clínico siendo necesario un alto índice de sospecha y confirmación mediante estudios radiológicos.

Los criterios diagnósticos mediante TC son: dilatación duodenal en la 1º y 2º porción con amputación súbita de la tercera con compresión por la AMS, ángulo aortomesentérico menor a 25º, distancia aortomesentérica menor de 10 mm a nivel donde cruza el duodeno.

El tratamiento en principio es conservador; incluye técnicas de descompresión del TGI incluyendo el decúbito lateral izquierdo y colocación de sonda nasogástrica; aunque el tratamiento definitivo consiste en tratar de revertir el factor desencadenante que habitualmente es la pérdida de peso. Cuando el tratamiento conservador no es efectivo se recurre a tratamiento quirúrgico siendo más frecuente la yeyunostomía laterolateral.

## CONCLUSIÓN

La pinza aortomesentérica suele cursar con sintomatología crónica, siendo una causa poco común de obstrucción intestinal aguda, que se debe sospechar después de una pérdida ponderal importante. En el diagnóstico los criterios de evaluación mediante TC son fundamentales.



*Rx: gran dilatación gástrica. En imágenes de TC se identifica dilatación gástrica y duodenal, ángulo aortomesentérico de 22° y la distancia aortomesentérica de 6mm (rama colica media).*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mas Gelabert, M., Cuadra Coll, M., Martín Martín, S., Dorao Martínez-Romillo, M., Ramos Alcaraz, B., & Pardo Barro, S. (2018). Manifestaciones radiológicas de la pinza aorto-mesentérica. Seram.
2. Biank V, Werlin S. Superior Mesenteric Artery Syndrome in children: a 20-year experience. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006; 42: 522-525
3. Ramit Lamba , Dawn T. Tanner, Simran Sekhon, John P. McGahan, Michael T. Corwin, Chandana G. Lall. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis Published Online:Jan 1 2014 <https://doi.org/10.1148/rg.341125010>