



V-029 - PINZA AORTO MESENTÉRICA: SÍNDROME DE WILKIE Y SÍNDROME DE NUTCRACKER

I. Robles Barrena¹, M. Angelina García¹, M. Asenjo Martínez¹, C. Oñoro Algar², P. de Peralta García¹, A. Castañeda Pastor¹, N. Escamilla Fernández¹ y R. Barba Martín¹

¹Medicina Interna; ²Geriatría. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid).

Resumen

Objetivos: Realizar una revisión de dos entidades que están producidas por un mismo fenómeno de pinzamiento aorto-mesentérico que viene dado por un estrechamiento en el espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. El síndrome de Wilkie se caracteriza por la compresión de la tercera porción duodenal y el síndrome de cascanueces por una compresión de la vena renal izquierda causando una estenosis funcional de la misma.

Material y métodos: Descripción de dos casos clínicos diagnosticados en el año 2016.

Resultados: Caso 1: mujer de 28 años con antecedentes de colocación de balón intragástrico 6 años antes. Consulta por sensación nauseosa con vómitos, pérdida de peso y distensión abdominal. En TAC abdominal presenta marcada dilatación de la 2ª y 3ª porciones duodenales hasta segmento localizado entre la arteria mesentérica superior y la aorta, tránsito gastrointestinal con vaciamiento lento con distensión de la 3ª porción duodenal y cambio de calibre. Se maneja de forma quirúrgica con duodeno-yeyunostomía. Caso 2: mujer de 51 años con pérdida de peso de unos meses de evolución en relación con gastritis crónica con H. pylori positivo. Consulta por dolor cólico en flanco izquierdo y hematuria. En TAC abdominal presenta estrechamiento de la vena renal izquierda a nivel de la pinza aorto-mesentérica junto a varices ováricas y periuterinas en relación con síndrome de cascanueces. Se maneja de forma conservadora, una vez tratado el H. pylori la paciente queda asintomática con recuperación gradual de su peso.



Discusión: El fenómeno de la pinza aorto-mesentérica puede manifestarse como una obstrucción intestinal (síndrome de Wilkie) o bien como un cuadro de dolor en fosa renal izquierda, hematuria y proteinuria ortostática (síndrome de Nutcracker). Se observa un estrechamiento en el ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta. La etiología incluye causas congénitas o adquiridas que disminuyen el ángulo entre ambos vasos. En nuestros dos casos la causa fue la pérdida de peso que produjo la pérdida de almohadilla grasa mesentérica. Su incidencia es baja aunque se trata de cuadros infradiagnosticados. Para su diagnóstico es importante un alto índice de sospecha ya que los síntomas no son específicos. El diagnóstico final viene dado por las pruebas de imagen, en nuestros casos con el TAC. El tratamiento inicial es conservador pero si fracasa puede ser necesario un tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Se trata de dos entidades producidas por un mismo fenómeno de pinza aorto-mesentérica con un probable origen embriológico común. Al ser infrecuentes su diagnóstico generalmente se retrasa, siendo en la mayoría de los casos un diagnóstico de exclusión. La gravedad y forma de presentación determinarán el manejo terapéutico.