
Síndrome de arteria mesentérica superior en una niña de 11 años con escoliosis tratada con un corsé corrector

Alicia Castañeda Heredia, Carlos Gálvez García*,
Mónica Rivero Falero, Iván Abreu Yanes, Lorenzo
Martín Fumero

Servicio de Pediatría. *Servicio de Radiodiagnóstico
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria,
Santa Cruz de Tenerife

Resumen

El síndrome de arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie es una causa de obstrucción intestinal alta de origen vascular relacionada con una reducción del ángulo aortomesentérico. La etiología adquirida es la más frecuente. Puede asociarse a una pérdida importante de grasa retroperitoneal, a la cirugía correctora de una escoliosis o a hiperlordosis grave. Presentamos un caso que se desencadenó por la colocación del corsé corrector en una paciente con escoliosis dorsolumbar.

Palabras clave:

Síndrome de arteria mesentérica superior, obstrucción intestinal, escoliosis

Superior mesenteric artery syndrome in a child of 11 years with scoliosis treated with a corrector corset

Abstract

Superior mesenteric artery syndrome or Wilkie's syndrome is a cause of high intestinal obstruction of vascular origin related to a reduction of the aortomesenteric angle. The acquired etiology is the most common. It can be associated to a loss important of retroperitoneal fat, corrective surgery of scoliosis or severe swayback. We present a case that is triggered by the placement of the corrector corset in a patient with scoliosis dorsolumbar.

Key words

Superior mesenteric artery syndrome, intestinal obstruction, scoliosis

Introducción

El síndrome de arteria mesentérica superior conocido, también, como síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal localizada en la 3ª porción duodenal¹⁻⁴ que puede presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adolescentes.

El diagnóstico es clínico-radiológico con una clínica típica de obstrucción intestinal alta e imágenes radiológicas compatibles con una disminución del ángulo aortomesentérico³. El tratamiento es, al menos inicialmente, conservador. Presentamos el caso de una niña que debutó con dolor abdominal recurrente y vómitos, cuyo único antecedente de interés era una escoliosis en tratamiento con un corsé corrector.

Caso clínico

Niña de 11^{11/12} años, diagnosticada de escoliosis dorsolumbar en tratamiento con corsé desde cuatro meses previos al ingreso que presentó un cuadro consistente en episodios de distensión y dolor abdominal recurrentes desde tres años antes, con vómitos ocasionales. En el episodio actual, el cuadro clínico había sido más intenso, caracterizado por vómitos biliosos incoercibles, mayor dolor, distensión abdominal, ausencia de deposiciones y emisión de gases en las últimas 48 horas.

En la exploración física destacaba, a pesar de la cronicidad del cuadro, una talla y un peso adecuados para su edad. A la auscultación, se apreciaba una disminución de la entrada de aire en ambos campos pulmonares, algo mayor en el izquierdo y, si nos centramos en el abdomen, la incapacidad de mantenerse en decúbito y la distensión abdominal, más centrada en epigastrio, hi-

...

... pocondrio y vacío izquierdos.

En la radiografía de abdomen en bipedestación se observó una escoliosis dorsolumbar de convexidad derecha y silencio abdominal. La ecografía de abdomen no fue concluyente por lo que se decidió la realización de un TAC abdominal, en el que se observó una dilatación del esófago con contenido líquido en su interior, que se continuaba con una dilatación masiva del estómago, que medía 13x13x32 cm. (ancho, AP y craneocaudal) que ocupaba todo el abdomen desde la cúpula diafragmática hasta la pelvis, con desplazamiento de las estructuras. La dilatación se continuaba con el marco duodenal.

En la reconstrucción multiplanar se observó una disminución del ángulo de salida de la arteria mesentérica superior con la aorta, que coincidía topográficamente con el nivel de obstrucción del marco duodenal con dilatación retrógrada.

El tratamiento de la paciente comenzó por aliviar la obstrucción mediante la colocación de una sonda nasogástrica. Gracias a ello, drenó 3.500 ml. de un líquido con un contenido bilioso oscuro, tras lo cual desapareció, tanto la distensión abdominal como el dolor. Posteriormente, se decidió la colocación de una sonda transduodenal destinada a realizar alimentación enteral con fórmula hipercalórica, se administró metoclopramida y se suprimió el corsé. Posteriormente, pudo retirarse la alimentación con sonda. Desde ese momento y hasta la actualidad, la paciente permanece asintomática.

Discusión

El síndrome de arteria mesentérica superior es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta^{1,2}. Se trata de una obstrucción de origen vascular localizada en la tercera porción duodenal. Puede presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes, especialmente en mujeres.

En condiciones normales, el duodeno pasa, rodeado de grasa perimesentérica, entre la aorta y la arteria mesentérica superior. En individuos normales el ángulo aortomesentérico oscila entre 20 y 50°, según la talla del paciente. Si este ángulo disminuye, se puede provocar una obstrucción intestinal alta¹⁻⁴.

Las causas de la disminución de este ángulo pueden ser congénitas o adquiridas. La etiología adquirida es la más frecuente. Puede asociarse a una pérdida de grasa retroperitoneal importante (descenso brusco de peso, caquexia), a la cirugía correctora de una escoliosis o a hiperlordosis grave^{3,4}. En nuestro caso, la clínica comenzó, aunque de forma larvada, tres años antes de la colocación del corsé corrector. No obstante, la clínica empeoró tras su colocación.

El diagnóstico es clínico-radiológico con una clínica típica de obstrucción intestinal alta e imágenes radiológicas compatibles con una disminución del ángulo aortomesentérico³.

El tratamiento, inicialmente, es conservador. Consiste en aliviar la obstrucción y mejorar la nutrición para que las relaciones anatómicas del duodeno vuelvan a su lugar.

Para lograr la recuperación de la grasa retroperitoneal se debe administrar nutrición parenteral o enteral con una dieta hipercalórica fraccionada. Medidas posturales, como la posición lateral izquierda o en prono aleja al duodeno de las posibles estructuras obstructivas y pueden permitir la ingesta oral ya que facilitan el vaciamiento gástrico.

También puede ser útil la administración de fármacos procinéticos como la metoclopramida o la cisaprida. Si con ello no se alivian los síntomas, se coloca un tubo nasoyeyunal pasado el punto de obstrucción^{1,2}. Nuestra paciente mejoró tras la instauración de nutrición enteral fraccionada, medidas posturales y la administración de fármacos procinéticos, sin precisar cirugía ni otra medida adicional.

La asociación de síndrome de arteria mesentérica superior y escoliosis está descrita en pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente para la corrección de la desviación vertebral. Sin embargo, nuestra paciente presentó una clínica compatible sin haber sido operada e, incluso, antes del inicio de la colocación del corsé corrector.

En resumen, es fundamental detectar aquellos pacientes con más riesgo de padecer un síndrome de arteria mesentérica superior previa a la corrección de la escoliosis para intentar evitar su aparición⁴.



Figura 1.
TC abdominal, corte coronal. Se observa una distensión gástrica difusa, con un contenido líquido en su interior, secundaria a la obstrucción duodenal. La distensión ocasiona un desplazamiento marcado de otras estructuras del abdomen



Figura 2.
TC abdominal, corte sagital. La imagen muestra una disminución del ángulo aortomesentérico que ocasiona la obstrucción intestinal

Bibliografía

1. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 2006; 42:522-525
2. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surger* 2007; 24:149-156
3. Abu-Zidan FM, Hefny AF, Saadeldinn YA, El-Ashaal YI. Sonographic findings of superior mesenteric artery syndrome causing massive gastric dilatation in a young healthy girl. *Singapore Med J* 2010; 51: e184-186
4. Tsirikos AI, Anakwe RE, Baker AD. Late presentation of superior mesenteric artery syndrome following scoliosis surgery: a case report. *J Med Case Rep* 2008; 2:9

