

## Actitud genupectural, dolor abdominal y un corazón roto. Reporte de un caso de síndrome de Wilkie

### Genupectoral posture, abdominal pain, and a broken heart. A case report of Wilkie Syndrome.

Fanny Alicia Aguas Arce,<sup>1</sup> Alan Hernández Villaseñor,<sup>2</sup> Verónica H Cortés Hernández,<sup>3</sup> Cecilia Rincón Arellano,<sup>3</sup> Edgar Vázquez Ávila<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médica internista.

<sup>2</sup> Cirujano general.

<sup>3</sup> Médica radióloga.

Hospital General de Zona 11, Instituto Mexicano del Seguro Social, Nuevo Laredo, Tamaulipas.

**Recibido:** julio 2025

**Aceptado:** marzo 2026

#### Correspondencia

Fanny Alicia Aguas Arce

fannyaguasarce@gmail.com

## Resumen

**ANTECEDENTES:** El síndrome de la arteria mesentérica superior constituye una causa poco frecuente de obstrucción del intestino delgado, asociada con una morbilidad y mortalidad elevadas por diagnóstico o tratamiento tardío.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 27 años, con diagnósticos de depresión, ansiedad y dolor abdominal por gastropatía secundaria a *Helicobacter pylori*. El examen abdominal solo evidenció timpanismo y distensión epigástrica. Los estudios iniciales no mostraron alteraciones significativas, salvo la mucosa gástrica edematosa y prueba de ureasa positiva. Se inició tratamiento médico con mejoría y alta, aunque hubo reingresos por aumento de dolor, intolerancia alimentaria y pérdida de peso. La tomografía confirmó el síndrome de arteria mesentérica superior. Se eligió una conducta conservadora con evolución favorable sin recurrencia a las seis semanas.

**CONCLUSIÓN:** El caso tiene repercusiones importantes en la práctica clínica médica. Es común que durante la atención clínica se formulen conclusiones basadas en las enfermedades más prevalentes, lo que puede disminuir el interés por llevar a cabo una anamnesis exhaustiva. Este proceso, fundamentado en el razonamiento científico y creativo, permite ampliar el espectro de posibles causas.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de Wilkie; síndrome de la arteria mesentérica superior; actitud genupectoral.

## Abstract

**BACKGROUND:** Superior mesenteric artery syndrome (SMAS) is a rare cause of small bowel obstruction. It is associated with high morbidity and mortality in cases of delayed diagnosis or treatment.

**CLINICAL CASE:** We present the case of a 27-year-old male diagnosed with depression, anxiety, and abdominal pain due to gastropathy caused by *Helicobacter pylori* infection. An abdominal examination revealed tympanism and epigastric distension only. Initial tests showed no significant abnormalities except for edematous gastric mucosa and a positive urease test. He was treated medically, which led to improvement and discharge. However, he was readmitted due to increased pain, food intolerance, and weight loss. CT scanning confirmed superior mesenteric artery syndrome. A conservative management approach was chosen, resulting in a favorable outcome with no recurrence at six weeks.

**Este artículo debe citarse como:** Aguas-Arce FA, Hernández-Villaseñor A, Cortés-Hernández VH, Rincón-Arellano C, Vázquez-Ávila E. Actitud genupectural, dolor abdominal y un corazón roto. Reporte de un caso de síndrome de Wilkie. Casos Clín Med Int Méx 2026; 2: e10609.

[https://doi.org/10.24245/mim.v2idCC\\_MIM.10609](https://doi.org/10.24245/mim.v2idCC_MIM.10609)

[casosclnicosdemedicinainterna.org.mx](https://casosclnicosdemedicinainterna.org.mx)

**CONCLUSION:** This case has important implications for clinical practice. It is common for conclusions to be drawn during clinical care based on the most prevalent diseases. This can diminish interest in taking a thorough medical history. This process, grounded in scientific and creative reasoning, broadens the spectrum of possible causes.

**KEYWORDS:** Wilkie syndrome; Superior mesenteric artery syndrome; Genupectoral posture.

## ANTECEDENTES

El síndrome de la arteria mesentérica superior constituye una causa poco frecuente de obstrucción del intestino delgado, asociada con morbilidad y mortalidad elevadas cuando el diagnóstico y tratamiento son tardíos.<sup>1</sup> Fue descrito inicialmente por Carl Von Rokitansky en 1842 y posteriormente Wilkie, en 1972, detalló su fisiopatología y hallazgos diagnósticos.

Este síndrome se caracteriza por la compresión de la tercera porción del duodeno entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. También se conoce como "íleo duodenal crónico", "síndrome de Wilkie", "síndrome de compresión duodenal aorta mesentérica" o "síndrome de yeso".<sup>1</sup> En la bibliografía anglosajona se han documentado, aproximadamente, 400 casos; si bien su incidencia exacta se desconoce, se estima entre el 0.013 y el 0.3%<sup>2</sup> según los hallazgos de estudios de bario de la vía digestiva superior.<sup>3,4</sup> Los pacientes con síndrome de Wilkie suelen ser casos aislados y generalmente se diagnostican por exclusión. El dolor abdominal asociado puede ceder cuando el paciente adopta posiciones en decúbito supino prono, decúbito lateral izquierdo o posición genupectoral, que disminuyen la presión ejercida por la arteria mesentérica sobre el duodeno.<sup>5</sup>

Un hospital pediátrico de Wisconsin reportó 14 casos en 20 años, principalmente mujeres (64%), cuyos síntomas aparecieron entre 1 y 393 días antes del diagnóstico. No se identificó una causa específica para el síndrome. Los factores de riesgo en adultos y niños incluyen: ser mujer, proximidad a los 40 años, ligamento de Treitz corto, adherencias peritoneales, pérdida rápida de peso y cirugía de columna por escoliosis. Los síntomas, relacionados con la obstrucción duodenal son: dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de peso y dilatación duodenal. El dolor aumenta en decúbito supino.

En la angiotomografía, a nivel de la vértebra L1 y por detrás del cuello del páncreas, la arteria mesentérica superior, al salir de la aorta abdominal, forma un ángulo que normalmente varía entre 45 y 60 grados. (**Figura 1**) Sin embargo, cuando este ángulo se vuelve hiperagudo, es decir, entre 6 y 25 grados, se produce una obstrucción luminal del duodeno. Este hallazgo tomográfico es característico del síndrome de Wilkie. La grasa y el tejido linfático ayudan a mantener la apertura del ángulo, por lo que se considera que una disminución rápida de la grasa es una

causa frecuente de este síndrome.<sup>6</sup> Para el diagnóstico, se requiere un alto índice de sospecha y es indispensable buscar la obstrucción duodenal con un corte abrupto en la tercera porción. Un ángulo aortomesentérico menor de 25 a 28 grados es el criterio más sensible para el diagnóstico, y para su valoración se necesita utilizar contraste en la tomografía abdominal. Otros hallazgos sugerentes incluyen una distancia aortomesentérica menor de 8 mm (lo normal es entre 10 y 28 mm), así como una fijación alta del duodeno por el ligamento de Treitz.<sup>7,8,9</sup>

El tratamiento quirúrgico se indica según el estado y los síntomas del paciente. El procedimiento de Strong preserva el intestino y consiste en liberar las porciones distal del duodeno del ligamento de Treitz para colocarlas a la derecha de la arteria mesentérica superior.

La gastroyeyunoanastomosis permite la descompresión gástrica; sin embargo, no resuelve la obstrucción duodenal, lo que puede derivar en el síndrome de asa ciega o en la formación de úlceras pépticas.<sup>10</sup> El procedimiento quirúrgico que ha demostrado mejores resultados es la duodenoyeyunoanastomosis, de preferencia por vía laparoscópica, que puede alcanzar una tasa de éxito superior al 80%. Los pacientes con un periodo relativamente corto de síntomas y un grado leve de gastroparesia suelen beneficiarse de la duodenoyeyunoanastomosis; en contraste, quienes llevan más de tres años de síntomas y con gastroparesia avanzada pueden obtener mejores resultados mediante un procedimiento quirúrgico combinado, con gastroyeyunoanastomosis junto con duodenoyeyunoanastomosis, lo que se traduce en una tasa de curación posoperatoria del 73%.

Existe otro procedimiento, si bien poco utilizado, que ha demostrado ser valioso y ofrecer resultados favorables: la duodeno-duodeno anastomosis. Esta técnica tiene la ventaja de establecer una vía directa desde el duodeno hacia el yeyuno proximal, lo que contribuye a disminuir la obstrucción duodenal. A diferencia de otras técnicas, en las que puede persistir la obstrucción y disminuir la tasa de éxito, la duodeno-duodeno anastomosis evita la permanencia del dolor abdominal al resolver el impedimento a este nivel.<sup>12</sup>

Hasta ahora, no se ha definido con precisión el momento ideal para intervenir quirúrgicamente a un paciente con este padecimiento; sin embargo, se recomienda considerar la intervención de manera temprana, antes de que las



**Figura 1.** Tomografía de abdomen contrastada, corte axial. Se aprecia la distancia del espacio aortomesentérico de 4.91 mm.

condiciones clínicas se deterioren o aparezcan complicaciones. Diversos autores sugieren que deben transcurrir al menos seis semanas de tratamiento conservador antes de tomar la decisión de una intervención quirúrgica.<sup>8</sup> El dolor se origina por la obstrucción intestinal alta derivada de la compresión vascular ejercida por la arteria mesentérica superior sobre la tercera porción del duodeno, situada encima de la aorta abdominal.<sup>6,7</sup> Tanto la obstrucción como la pérdida de peso incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Conforme a lo expuesto, el propósito de este caso es destacar la importancia de la observación clínica, basada en una exploración física minuciosa y una historia clínica detallada, como fundamento esencial para alcanzar el diagnóstico de una enfermedad de baja incidencia, cuyo reconocimiento se inicia con la sospecha clínica y el descarte de afecciones gastrointestinales más frecuentes.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, con diagnóstico de depresión, ansiedad y dolor abdominal por gastropatía secundaria a *Helicobacter pylori*. Sin padecer enfermedades crónico-degenerativas, alergias o complicaciones durante la infancia, solo una colecistectomía dos meses previos a su ingreso al hospital con el mismo tipo de dolor abdominal. La paciente continuó con los síntomas dolorosos localizados en el epigastrio, vómitos posprandiales y baja ingesta de alimento, con saciedad casi inmediata. Al momento de su ingreso a urgencias había perdido 10% de peso corporal.

Siempre acompañada de su madre, quien angustiada comentó que todo había iniciado el día en que su hija se había ido a vivir sola a otra ciudad y había sufrido, tres

meses antes, una ruptura amorosa, dejó de alimentarse debidamente y a perder peso. En la interconsulta con el psiquiatra se confirmó un trastorno de la personalidad con depresión. Se le indicó duloxetine. En la valoración del gastroenterólogo se confirmó que la duloxetine también contribuyó a disminuir los síntomas gástricos.

Durante la exploración física, la paciente mostró estabilidad en sus signos vitales, palidez, delgadez y posición genupectoral por dolor abdominal intenso. El examen abdominal solo evidenció timpanismo y distensión epigástrica. Los estudios iniciales no mostraron alteraciones significativas, salvo la mucosa gástrica edematosa y prueba de ureasa positiva. El resto de los exámenes se reportaron normales. Se inició tratamiento médico con mejoría y alta, aunque hubo reingresos por aumento de dolor, intolerancia alimentaria y pérdida de peso. La tomografía confirmó el síndrome de arteria mesentérica superior. Se eligió una conducta conservadora con evolución favorable sin recurrencia a las seis semanas.

La identificación de conclusiones inesperadas que expliquen la condición patológica o dolorosa de un paciente resulta sumamente valiosa. La oportunidad de reportar casos clínicos poco frecuentes es igualmente excepcional; sin embargo, su relevancia radica en destacar la importancia del ejercicio clínico en la práctica médica.

## CONCLUSIÓN

El caso tiene repercusiones importantes en la práctica clínica médica. Es común que durante la atención clínica se formulen conclusiones basadas en las enfermedades más prevalentes, lo que puede disminuir el interés por llevar a cabo una anamnesis exhaustiva. Este proceso,

fundamentado en el razonamiento científico y creativo, permite ampliar el espectro de posibles causas. Al principio, la paciente fue operada ante la sospecha de colecistitis; al no observar mejoría, se consideró una causa alternativa frecuente, como gastropatía por *H. pylori*. Otro diagnóstico contemplado fue depresión, secundaria a una ruptura amorosa, que pudo influir en la tendencia del médico a descartar otras posibles causas de dolor en una paciente con antecedentes de alteración emocional, bajo la premisa de que ya se habían agotado las opciones diagnósticas. La evaluación aislada de estos diagnósticos no condujo a la resolución del cuadro clínico; por ende, no se identificó la causa real, sino solo factores concomitantes.

## REFERENCIAS

1. Van Horne N, Jackson JP. Superior Mesenteric Artery Syndrome. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. PMID: 29489172 ID de la estantería: NBK482209
2. García Frade LF, Mundo Gallardo LF, Solís Ayala E. Síndrome de Wilkie. *Med Inter Méx* 2017; 33 (2). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-48662017000200254](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000200254)
3. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*.2006; 42 (5): 522-5. <https://doi.org/10.1097/01.mpg.0000221888.36501.f2>
4. Karrer FM. Superior Mesenteric Artery (SMA) Syndrome. Medscape Reference. January 6, 2017.
5. Brian GS, Hakim Zargar M, Thomson JD. Low body mass index: a risk factor for superior Mesenteric Artery Syndrome in adolescents undergoing spinal fusion scoliosis. *J Spinal Disord Tech* 2009; 22 (2): 144-8. <https://doi.org/10.1097/BSD.0b013e31816b6b9a>
6. González Herмосillo D, Díaz Girón A, Vélez-Pérez FM, et al. Síndrome de Wilkie. Reporte de un caso. *Cir Cir* 2017; 85 (1): 54-59. <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.08.009>
7. Jaimes González CV, Pereira Velásquez MJ, Rodríguez Fajardo CA, et al. Superior mesenteric artery syndrome. *Rev Colomb Cir* 2025; 40: 155-8. <https://doi.org/10.30944/20117582.2558>
8. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, et. al. Superior mesenteric artery syndrome: diagnosis and management. *World J Clin Cases* 2023; 11 (15): 3369-3384. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i15.3369>
9. Liz A, Castro A, Viola M, et al. Síndrome de la arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie. Presentación de tres casos clínicos y revisión de la literatura. *Revista de Cirugía* 2023; 75 (5). <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920230051691>
10. Benavides Olivera JG, Márquez Jurado NA, Salgado Yañez VA. Síndrome de Wilkie. Revisión de la literatura. *Cir Gen* 2021; 43 (2): 115-118. <https://doi.org/10.35366/106722>
11. Shao Bei L, Yong Qiang G, Ren Yin Ch, et. al. Laparoscopic surgery for superior mesenteric artery syndrome. *J Investigative Surgery* 2024; 37:1. 2387524. <https://doi.org/10.1080/08941939.2024.2387524>
12. Darwin Ang. Duodenoduodenostomy in the treatment of superior mesenteric artery syndrome. *American Surgeon* 2020; 89 (4). <https://doi.org/10.1177/0003134820981674>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.