

El difícil diagnóstico de la pérdida ponderal con dolor abdominal: cuando las pruebas dicen que el paciente miente

The difficult diagnosis of ponderal loss with abdominal pain: when the tests say the patient is lying

Salvador García-Ruise¹; Laura Peteiro Mahía²; Flavia Polanco Teijo³

¹ MÉDICO DE FAMILIA, CENTRO DE SALUD DE BETANZOS. SERVICIO GALLEGO DE SALUD. EN COMISIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

² ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE LUGO. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

³ ENFERMERA. CONSULTORIO DE IRIXOA. SERVICIO GALLEGO DE SALUD

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA: Salvador García Ruise. E-mail: salvador.garcia.ruise@sergas.es

Cad. Aten. Primaria
Año 2021
Volume 27(2)
Páxs. 32-34

INTRODUCCIÓN

En las consultas de atención primaria solucionamos cada día problemas en prácticamente todas las áreas de la patología médica, desde cardiovasculares a ginecologías (1). Entre ellos encontramos los trastornos de la conducta alimentaria, que sin producir anorexia/bulimia pueden condicionar comportamientos en los sujetos, principalmente mujeres adolescentes y jóvenes (2)(3), con consecuencias desadaptativas derivadas de la necesidad de aprobación y la sobrevaloración del cuerpo (4), llegando a psicopatología alimentaria que afecte el estado de salud (5).

DIAGNÓSTICO

En este contexto, presentamos el caso de una mujer de 31 años, con los antecedentes patológicos de teratoma ovárico izquierdo de larga evolución (quiste dermoide benigno) y síndrome de Ehlers-Danlos, sin antecedentes familiares de cáncer colorrectal ni enfermedad inflamatoria intestinal, que presentaba pérdida de peso (IMC 17,2, previa al cuadro IMC 19,5), dolor abdominal crónico recidivante en fosa ilíaca e hipocóndrio derechos, y dispepsia con epigastralgia.

El seguimiento del teratoma había implicado tomografías, resonancias, ileoscopia, evidenciando ausencia de lesiones pélvicas.

Con el objetivo de diferenciar enfermedad orgánica de un trastorno funcional (6), dadas anamnesis y exploración física anodinas, y cumpliendo criterios de Roma IV para varias causas (7), se inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones y resultado modesto.

Más adelante, se solicitaron analíticas que mostraron mínimas alteraciones en la ferrocínica y déficit leve de vitamina D, ecografía y colonoscopia que solo mostraron la lesión anexial ya conocida.

El dolor fue aumentando, precisando analgesia con opioides mayores, y evidenciándose un síndrome depresivo larvado, tratado con antidepresivos sin buena respuesta.

Derivada al segundo nivel asistencial, no se encuentra la causa del cuadro, que sigue empeorando. Se consolida la sospecha de trastorno dismórfico corporal con comportamientos anorexígenos secundarios y síndrome de conversión.

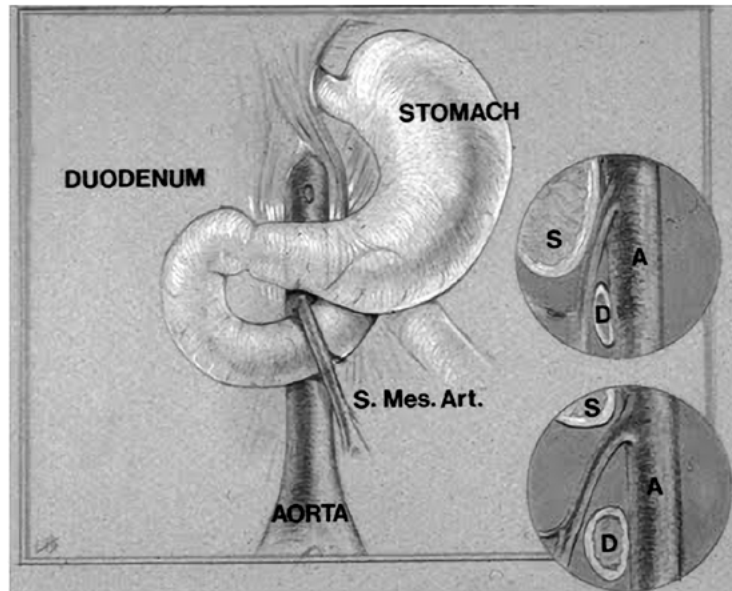
Finalmente, una angio-resonancia de abdomen y de tubo digestivo muestran "disminución del ángulo aortomesentérico de aproximadamente 20° (normal de 38 a 65 grados) y disminución de la distancia en el plano axial entre la aorta y la arteria mesentérica superior (5 mm, normal >8 mm), (...) síndrome de pinzamiento aortomesentérico", (Síndrome de Wilkie), además del quiste dermoide ovárico conocido.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) es una causa poco frecuente de oclusión intestinal alta, afectando al 0'013-0'3% de la población general (8). Sin embargo, algunos autores apuntan a una incidencia real *desconocida*, al tratarse de un cuadro poco sospechado y por ello infradiagnosticado, ya que puede producir diferentes grados de obstrucción, algunos de ellos asintomáticos (9)(10)(11).

Se provoca una compresión del duodeno en su tercera porción, debida a un estrechamiento del espacio entre la AMS y la aorta, que motiva síntomas de oclusión intestinal alta sin alteraciones exploratorias o analíticas (12) (figura 1). Puede precisar cirugía de urgencias (11).

Figura 1.



Autor: Dani.vargasc, CC0, via Wikimedia Commons. Obtenido de la Wikipedia, disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/S%C3%Adndrome_de_Wilkie, accedido 11/03/21

La causa más frecuente de este cuadro es la pérdida acelerada de peso (11), posiblemente por disminución de la grasa mesentérica, que sirve de cojinete entre la aorta y la AMS (13). Este desencadenante vuelve a despistar el diagnóstico hacia problemas con la imagen corporal y trastornos de la alimentación.

Presentamos pues el caso porque podría tratarse de una dolencia muy frecuente en nuestras consultas, y porque sus síntomas encajan en multitud de causas y los presentan un elevado número de pacientes: dolor abdominal de inicio súbito o crónico, dolor epigástrico post-prandial, saciedad temprana, pirosis, pérdida de peso, vómito biliar (13).

Y porque "No se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa, que casi siempre es por conocerse poco y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones" (14).

NOTA: los autores hacen constar que cuentan con el consentimiento informado de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 García-Mendoza Vaneza A, Picazo-Cantos Julia, Ballesteros-Merino Marta, Pérez-Griñán Laura, Moro-Lago Isabel, Martínez-Ruiz Marta et al. ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2020; 13(1): 7-14.
- 2 Martínez Orihuela C, Lozano Luzón M, Ávila Garrido R. Evaluación de insatisfacción corporal en chicas adolescentes. En: I Congreso Virtual Internacional de Psicología. Marzo 2017. Disponible en <https://psiquiatria.com/trabajos/11COMU6PSICO2017.pdf>, accedido 10/02/2021.
- 3 Acuña Leiva V, Niklitschek Tapia C, Quiñones Bergeret A, Ugarte Pérez C. Insatisfacción de la Imagen Corporal y Estado Nutricional en Estudiantes Universitarios. *Revista de Psicoterapia.* 2020; 31(116): 279-294.
- 4 Rincón Barreto, DM. En la era hegemónica del cuerpo, una pausa para comprender el trastorno dismórfico corporal. *Drugs and Addictive Behavior.* 2019; 4(2):205-208.
- 5 Ruíz Martínez AO, González Arratia López Fuentes NI, González Escobar S, Torres Muñoz MA, Vázquez Arévalo R. Más allá de la apariencia: imagen corporal asociada a las actitudes y conductas de riesgo de trastorno alimentario en adolescentes. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México.* 2021; 10(19): 107-123.
- 6 Hernanz N, Sierra M, Gala I, Alonso L. Protocolo diagnóstico del dolor abdominal crónico. *Medicine.* 2020;13 (1): 49-52.

- 7 Sebastián Domingo JJ. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2017;148(10):464–468.
- 8 Rodríguez Carballo L, Carazo Palacios ME, Ibáñez Pradas V, Rodríguez Iglesias P. Síndrome de Wilkie: diagnóstico diferencial de dolor abdominal. *An Pediatr*. 2015; 82(6):445-446.
- 9 Poblete-Otero F, Álvarez-Pertuz H, Arana-Sáenz A. Síndrome de Wilkie. *Acta méd costarric*. 2015; 57 (3): 145-148.
- 10 Mogollón Guzmán EA, Brito Vizúete MA, Sarmiento Álvarez MM, Estrada Cherres JP. Síndrome de Arteria Mesentérica Superior o Síndrome de Wilkie: Caso Clínico. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*. 2019; 3 (6). 225-257.
- 11 Ruiz-Mar G, Cárdenas Serrano OE, Álvarez Correa LA, Moran Sierra OT, Sánchez Navarro López AL, Sánchez-Delgado Y et al. Manejo quirúrgico de urgencia en el síndrome de Wilkie. A propósito de un caso. *Cirujano General*. 2018; 40(4): 279-281.
- 12 González Hermosillo-Cornejo D, Díaz Girón-Gidi A, Vélez-Pérez FM, Lemus-Ramírez RI, Andrade Martínez-Garza P. Síndrome de Wilkie. Reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017;85(1):54-59.
- 13 Ochoa-Nava R, Guadarrama-Vallejo AC, García-Carrizosa S, Herrera-Víctor FJ. Síndrome de la arteria mesentérica superior: una causa inusual de obstrucción intestinal incompleta en un paciente pediátrico. *Rev Mex Pediatr*. 2017; 84(2):61-65.
- 14 Sentencia de M.A. Moreno, recogida en Díaz Novás J, Gallego Machado B. Aforismos, proverbios, lemas y consejos (X). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013; 30(1):144-148.