

Obstrucción intestinal duodenal en una adolescente femenina

Omar Daniel Cortés-Enríquez¹  · Claudia Vanessa Tapia-Fonseca¹  · Julio César Riojas-Robles²  · Laura Patricia Raya-Garza³  · Karla Guadalupe Rodríguez-Alvarado³ 

¹ Servicio de Pediatría. Unidad Médica de Alta Especialidad N° 25. Centro Médico Nacional Noreste. Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 6. Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad Médica de Alta Especialidad N° 25. Centro Médico Nacional Noreste. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México.

Acta Gastroenterol Latinoam 2024;54(2):139-140

Recibido: 21/05/2024 / Aceptado: 23/06/2024 / Publicado online el 30/06/2024 / <https://doi.org/10.52787/agl.v54i2.417>

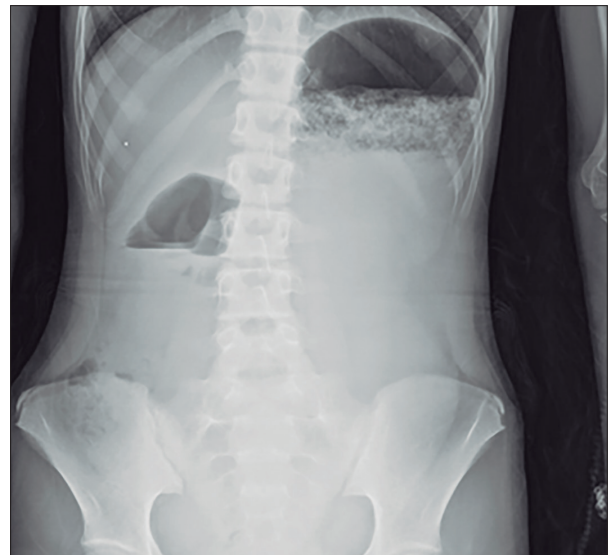
Presentación del caso

Se trata de una paciente de sexo femenino de 11 años, sin antecedentes de importancia. Inició el padecimiento cinco días previo a su ingreso, al presentar dolor abdominal de predominio en epigastrio acompañado de vómito de contenido alimentario hasta en ocho ocasiones, sin otros acompañantes ni atenuantes. La madre refirió que la paciente presentaba una disminución en la ingesta de alimentos de dos años de evolución, refiriendo que comía porciones más pequeñas que antes.

Al ingreso se encontró a una paciente con facies de dolor, con distensión abdominal importante y un índice de masa corporal de 16,8 kg/m² (bajo peso). Se colocó una sonda nasogástrica que mostró un drenaje de abun-

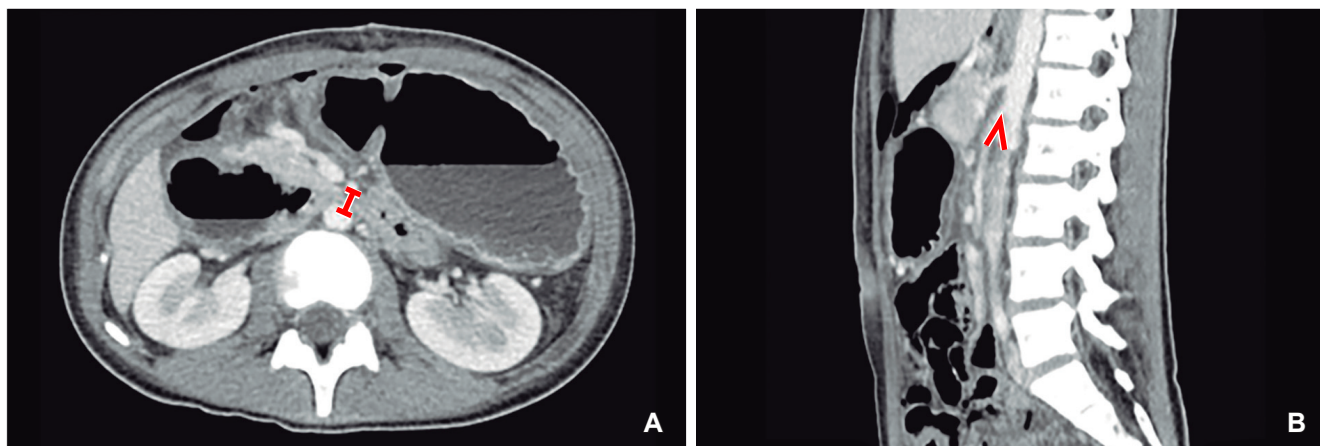
dante contenido biliar. Dentro de sus estudios de laboratorio de ingreso se destacaron leucocitosis (15,3 x10³/μL), elevación discreta de azoados (urea: 56,8 mg/dL, BUN: 26,51 mg/dL), hipocloremia (93,7 mmol/L) e hiperamilasemia (102 U/L). Se realizó una radiografía directa de abdomen (Figura 1) y, luego, se solicitó una tomografía axial computarizada con contraste (Figura 2).

Figura 1. Radiografía inicial de la paciente. Se observa la presencia de un signo de "doble burbuja" sugestivo de obstrucción duodenal



Correspondencia: Omar Daniel Cortes-Enriquez
Correo electrónico: omardcortes@outlook.com

Figura 2. Tomografía computarizada contrastada



A: Se aprecia una distancia aortomesentérica disminuida. B: Se muestra la disminución significativa del ángulo aortomesentérico.

¿Cuál es su diagnóstico?
Solución del caso en la página 208

Solución del caso: Obstrucción intestinal duodenal en una adolescente femenina

Viene de la página 140

La radiografía inicial mostró la presencia de gastromegalia, niveles hidroaéreos y un característico “signo de doble burbuja”. Fue valorada por el servicio de Cirugía Pediátrica, quienes ante la presencia de obstrucción intestinal decidieron la necesidad de tratamiento quirúrgico. Durante el procedimiento se evidenció la presencia de bandas de Ladd entre el colon transverso y el duodeno, por lo que se realizó adherenciólisis de estas, sin complicaciones. Asimismo, se identificó un píloro incompetente.

En el segundo día de estancia posquirúrgica se inició la dieta a base de líquidos, con pobre tolerancia y presentando una distensión abdominal importante, acompañada de vómito de contenido biliar hasta en cuatro ocasiones. Se recolocó la sonda nasogástrica, a través de la cual se presentó un abundante gasto biliar. En la tomografía axial computarizada con contraste se destacó el hallazgo de un ángulo aortomesentérico de 10°, así como una distancia aortomesentérica de 6,10 mm.

Se decidió reintervenir quirúrgicamente, realizándose una duodeno yeyuno anastomosis y la colocación de una sonda naso yeyunal, sin complicaciones. Se inició nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y se complementó inicialmente con nutrición parenteral. Se comenzó tratamiento procinético, a partir de lo cual la paciente mostró una evolución favorable. A los seis días de la segunda intervención quirúrgica, se retiró la sonda nasoyeyunal y se inició nuevamente la dieta líquida, con buena tolerancia y sin presentar nuevamente signos de obstrucción intestinal.

Discusión

Presentamos a una adolescente con síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie. El

principal factor de riesgo para su desarrollo es la pérdida súbita de peso, si bien presentamos a una paciente con una pérdida crónica con disminución progresiva de la alimentación.^{1,2}

Se presentó con dolor abdominal y vómitos de contenido gástrico que progresaron a vómito biliar. Los estudios de imagen incluyeron una radiografía de abdomen, en la cual se apreció la dilatación de la primera y la segunda parte del duodeno y una compresión vertical de la tercera parte. El diagnóstico se confirmó por tomografía, la cual mostró una disminución significativa del ángulo y la distancia aortomesentéricas.^{1,3}

Como parte del tratamiento conservador, se colocó una sonda nasogástrica, una nasoyeyunal, y se inició nutrición parenteral, así como la corrección de electrolitos y los cambios posicionales; sin embargo, requirió tratamiento quirúrgico, realizándose una duodeno yeyunostomía abierta, aparentemente sin complicaciones.^{4,5}

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor

© 2024 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Cortés-Enríquez O D, Tapia-Fonseca C V, Riojas-Robles J C y col. Obstrucción intestinal duodenal en una adolescente femenina. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2024;54(2):208-209. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i2.417>

Referencias

1. Bajour D, Haddad S, Marina S, Zoukar S, Haddad S, Martini N, *et al*. Co-occurrence of ectopic pancreas and superior mesenteric artery syndrome in a child: A case report and literature review. *SAGE Open Med Case Rep*. 2024;12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/2050313x231220830>
2. Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: a 20-year experience: A 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42(5):522-5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.mpg.0000221888.36501.f2>
3. Geskey JM, Erdman HJ, Bramley HP, Williams RJ, Shaffer ML. Superior mesenteric artery syndrome in intellectually disabled children. *Pediatr Emerg Care*. 2012;28(4):351-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/PEC.0b013e31824d9bc5>
4. Síndrome de la arteria mesentérica superior en una adolescente de 12 años. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr*. 2019;117(6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e648>
5. Okugawa Y, Inoue M, Uchida K, Kawamoto A, Koike Y, Yasuda H, *et al*. Superior mesenteric artery syndrome in an infant: case report and literature review. *J Pediatr Surg*. 2007;42(10):E5-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2007.07.002>