

# Síndrome de la arteria mesentérica superior en una adolescente con anorexia nerviosa durante la pandemia del COVID – 19. Reporte de un caso clínico.

**Superior mesenteric artery syndrome in an adolescent with anorexia nervosa during the COVID-19 pandemic. A clinical case report.**

**Maria Huete Cordova<sup>1,a,b</sup>, Mario Ledesma Gastañaduf<sup>2,3,a</sup>, Natalie Jaramillo Diaz<sup>1,a</sup>**

## RESUMEN

Se describe el caso de una paciente adolescente con diagnóstico de Síndrome de Arteria Mesentérica Superior causado por emaciación resultante de un Trastorno de Conducta Alimentaria (Anorexia Nervosa, AN) cuya evolución fue severamente acentuada por la pandemia de COVID-19. El Síndrome se debe a la compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Se describen las características clínicas, etiopatogénicas y diagnósticas más saltantes de la AN, cuyo diagnóstico precoz es fundamental para mejorar un pronóstico complicado por las consecuencias de baja de peso y desnutrición. La comorbilidad ansiosa y depresiva asociada al estrés causado por el confinamiento y los rasgos de personalidad obsesiva de la paciente requirieron de un tratamiento conjunto de los servicios de Pediatría y de Psiquiatría del Niño y Adolescente, este último con intervenciones psicoterapéuticas individual y familiar.

**PALABRAS CLAVE:** Síndrome de la arteria mesentérica superior, anorexia nerviosa, COVID-19

## SUMMARY

The case of an adolescent patient diagnosed with Superior Mesenteric Artery Syndrome caused by emaciation resulting from an eating disorder (Anorexia Nervosa, AN) is described. Its clinical course was severely accentuated by the COVID-19 pandemic. The Syndrome is due to the compression of the third portion of the duodenum between the superior mesenteric artery and the aorta. The main clinical, etiopathogenic and diagnostic characteristics of AN are described; its early diagnosis is essential to improve a prognosis complicated by the consequences of weight loss and malnutrition. Anxious and depressive comorbidities associated with the stress caused by the confinement, and the patient's obsessive personality traits required a joint treatment by the Pediatrics and Child and Adolescent Psychiatry Services, the latter with individual and family psychotherapy interventions.

**KEYWORDS:** Superior mesenteric artery syndrome, anorexia nervosa, COVID-19.

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional (ALAT). Buenos Aires, Argentina.

<sup>a</sup> Médico Psiquiatra; <sup>b</sup>Médico residente de Psiquiatría del Niño y del Adolescente; <sup>c</sup>Miembro Clínico Psicoterapeuta

## INTRODUCCIÓN

Síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o síndrome de Wilkie, fue descrito por primera vez por Rokitsky en 1861 y en 1921 Wilkie (1). Se define como la compresión extrínseca de la tercera parte del duodeno por la aorta posterior y la arteria mesentérica superior (2). La reducción del tejido adiposo por emaciación exagera la compresión duodenal que conduce a la obstrucción, presentando emesis biliar, desnutrición y potencialmente muerte (3).

La incidencia global de SAMS se estima en 0,013 a 0,3% (4), afecta al sexo femenino en una relación 2:1 con relación al sexo masculino, presentando una mortalidad estimada del 33%. Existen múltiples causas: Condiciones asociadas a pérdida de peso como el SIDA, cáncer, quemaduras extensas, endocrinopatías, malabsorción intestinal, cirugía bariátrica; trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa; postoperatorio: cirugía ortopédica, cirugía de columna (5). Los síntomas sugestivos son náusea, vómitos biliosos, dolor abdominal postprandial, saciedad precoz y anorexia (6). Veintidós casos de SAMS fueron diagnosticados en el Children's Hospital of Wisconsin entre 1985 y 2005, presentando dolor abdominal (59%), vómitos (50%), náuseas (40%), saciedad precoz (32%) y anorexia (18%). El diagnóstico se realizó por radiografía gastrointestinal superior en 18 (82%), por tomografía computarizada en 2 (9%) y en laparotomía en 2 (9%). Un paciente fue tratado quirúrgicamente después de que el manejo médico falló (7). La anorexia nerviosa se ha asociado con el síndrome de la arteria mesentérica superior y pancreatitis aguda o crónica en informes de numerosos casos. Se ha postulado que la desnutrición puede causar lesiones pancreáticas a través de varios mecanismos (8). En pacientes con anorexia nerviosa se detecta al menos un trastorno de personalidad en el 25,33% siendo estos determinantes del pronóstico de los trastornos alimentarios (9). En la anorexia nerviosa restrictiva prevalecen los trastornos de personalidad por evitación y dependencia. En la anorexia de tipo purgativa se relaciona más con los trastornos de personalidad limítrofe e histriónico (10).

### Descripción del caso

Paciente de 16 años, grado de instrucción quinto año de secundaria, soltera. Ingresó por emergencia por dolor súbito abdominal, distensión abdominal, vómitos biliosos, náuseas, no tolerancia de vía oral. Ante el

antecedente de restricción alimentaria se solicitó evaluación por el Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente, determinando un tiempo de enfermedad de 12 meses del Trastorno de Conducta Alimentaria del tipo Anorexia Nerviosa, diagnóstico realizado durante la hospitalización. La paciente refirió el inicio de la preocupación por su peso, asociado a querer “ver bien” para su fiesta de promoción del colegio. Empezó a evitar el consumo de algunos alimentos (arroz, papa, frituras) buscando restringir carbohidratos y grasas; comenzó a buscar por internet cuantas calorías tenía las comidas que consumía, hacía ejercicios durante una hora después de almorzar y también en las noches por 30 minutos de manera diaria, si no hacía ejercicios pensaba que iba a engordar. Llegó incluso a utilizar laxantes con el objetivo de bajar de peso ya que se percibía “gorda”. Presentó una pérdida significativa de peso (33 kilos en 12 meses), llegando a un índice de masa corporal (IMC) de 15.62. A la familia le llamaba la atención el predominio de un ánimo irritable durante todo el día. A inicios de la cuarentena dictaminada por el gobierno peruano en respuesta a la pandemia COVID-19 (4 meses antes del ingreso emergencia) asociado a la frustración por no tener la fiesta de promoción de fin de año debido a la pandemia, se sentía triste, desanimada; en sus clases virtuales se estresaba con el aumento de tareas escolares, pensaba que no iba tener tiempo para hacer ejercicios e iba engordar, hacía ejercicios excesivos, tenía miedo a subir de peso. Se agrega amenorrea desde 3 meses antes del ingreso hospitalario, la disminución de peso es cada vez más notoria, la ropa le quedaba muy holgada y se adicionó descuido del arreglo personal. El día del ingreso hospitalario por el servicio de emergencia, paciente presentó dolor abdominal postprandial de inicio brusco, de moderada intensidad, de tipo cólico asociado a vómitos de contenido bilioso y distensión de abdomen.

Antecedentes: La paciente vive con ambos padres. Padre de 46 años, GI: 5to secundaria, permisivo, describiendo su relación con él como muy buena. Madre de 36 años, GI: 5to secundaria. Ama de casa. Describe a madre como estricta, autoritaria, es la que imponía las normas en casa. Tiene dos hermanos menores de 9 y 4 años. Paciente habría sufrido violencia física hasta los 9 años por parte de su madre, a manera de castigos “tiraba correazos cuando la desobedecía”. Respecto a su rendimiento académico en el colegio, ocupa los primeros puestos en el orden de mérito, es ordenada, se autoexige constantemente, poco sociable, en algunas oportunidades en el colegio le hicieron comentarios en relación con su peso, lo que

le causaba frustración. Durante la hospitalización se identifica en la paciente un sentimiento de culpa por su hospitalización en tiempo de la pandemia COVID-19, significando para ella ser la responsable de poner en riesgo la salud de sus padres quienes se turnaban para quedarse con ella en el área de hospitalización según reglamento del servicio a cargo.

Paciente se hospitaliza en el servicio de medicina interna para tratamiento conservador, recibiendo atención conjunta con psiquiatría del niño y del adolescente. Ingresó con un peso de 42 kilos. IMC: 15,62 kg/m<sup>2</sup>. Al examen físico: mal estado de nutrición y regular estado de hidratación. Piel: seca, leve palidez. Pelo quebradizo, seco, lanugo. Tejido celular subcutáneo: disminuido, prominencia ósea escapular, clavicular. Abdomen: Ruidos hidro aéreos presentes, blando, distendido, poco depresible, dolor a la palpación. Resto de examen dentro de lo normal. Al examen mental, la paciente se encuentra despierta, orientada en persona, lugar, y tiempo, bajo insight, disminución de la atención y concentración, alteración de la percepción de la imagen corporal, ideas obsesivoides relacionados al temor a subir de peso, niega ideación tanática, tono de voz bajo, sentimiento de tristeza, culpa, soledad, labilidad emocional, energía vital disminuida, insomnio de conciliación, hiporexia, hipobulia y mal control de impulsos. Durante la hospitalización se realizó exámenes auxiliares: Amilasa: 211 Unidades de medida, rangos normales (RN): 30-110, lipasa: 413 unidades de medida, RN: (23-300), Controles de electrolitos con valores normales durante toda la hospitalización. Tomografía abdominal de emergencia se describe: Severa distensión gástrica por contenido de líquido con descenso del cuerpo hasta la región umbilical que desplaza hacia caudal al colon transverso. Además, se asocia a dilatación del duodeno con disminución del calibre y punto de transición en la tercera porción duodenal, con una distancia aortomesentérica de 4 mm y un ángulo aortomesentérico de 21 grados, Tercera y cuarta porción duodenal, así como asas yeyunales visualizadas se muestran colapsadas. Resto del estudio sin hallazgos significativos. En la endoscopia digestiva alta durante la hospitalización concluyó como gastritis antral erosiva. Evaluada por psiquiatría del niño y del adolescente, donde se le realizó una evaluación integral con la elaboración de la historia clínica entrevistando a paciente y padres, diagnóstico: Eje I anorexia nerviosa y episodio depresivo leve. Eje II no alteraciones del desarrollo neuropsicológico. Eje III CI normal de acuerdo con edad cronológica. Eje IV desnutrición proteico-calórica grave, obstrucción

intestinal alta: Síndrome de la arteria mesentérica superior (síndrome Wilkie), amenorrea secundaria. Eje V problemas relacionados con eventos que llevaron a la pérdida de la autoestima en la infancia, problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuados de los padres. Eje VI escala de evaluación global 60/100. Como parte de la intervención inicial no se inició tratamiento farmacológico por el estado físico de la paciente, como plan de trabajo se realizó intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas, se intervino en la conciencia de enfermedad de parte de la paciente y los familiares, la autocritica y expresión de emociones, evaluada en forma conjunta por psicología, brindándose terapia individual y familiar. Recibió tratamiento conservador por indicación de Cirugía General, se le colocó sonda nasogástrica (SNG) por síndrome pilórico, persistiendo cavidad gástrica distendida, presentando residuo bilioso de 300 cc, recibió tratamiento endovenoso para sintomatología digestiva, soporte nutricional de inicio enteral. Fue evaluada por diferentes especialidades. USNE indica una dieta progresiva y controles de electrolitos, iniciando suplementación vía oral 250 ml dos veces al día y tiamina vía oral. Gastroenterología la programa para endoscopia digestiva alta, se prueba tolerancia oral manteniendo SNG por la persistencia de dolor abdominal y vómitos pero en menor intensidad, posteriormente se inicia formula semielemental alterna 20 ml/hora en 20 horas. La tolerancia oral fue lenta favorable y no presentó síndrome de realimentación.

## DISCUSIÓN

A través de la historia se reconoce la existencia de patrones de alimentación alterados, cuyo término de Anorexia se ha utilizado durante mucho tiempo. Galeno fue uno de los prominentes médicos de la época que usaba generalmente el concepto asitia (que no come) o inedia (privación de comer), condición que era atribuida a los malos humores. En el Siglo XVIII, el origen del mal de la anorexia se atribuía al estómago. En Francia, Fleury Imbert, identificó dos tipos de anorexia: la gástrica y la nerviosa, la primera es esencialmente un trastorno gástrico, mientras que en la segunda los pacientes rehúsan comer porque su apetito no es estimulado por el cerebro. En 1873, Lasague publicó su artículo sobre “Anorexie hystérique”. El médico británico William Gull en 1874 introdujo el término anorexia nerviosa. En 1940, bajo la influencia del psicoanálisis y la medicina psicosomática, la anorexia nerviosa fue redescubierta como un trastorno mental (11).

La prevalencia de los Trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia es de 2,7 %, siendo 3,8 % en mujeres y 1,5 % en hombres. La mayor incidencia de anorexia se registra durante la adolescencia, con cifras entre 47,5 /100 000 /año hasta 109,3/100 000/año. Los varones sufren anorexia nerviosa en una proporción 1:9 respecto a las mujeres (12).

Los Trastornos de conducta alimentaria presentan múltiples complicaciones médicas que necesitan ser identificadas precozmente por el importante riesgo de morbilidad. En la Anorexia Nerviosa, las complicaciones se asocian a la baja de peso y la desnutrición. Tiene una mortalidad de 5.1 por 1000 personas por año (13).

En este artículo presentamos una paciente adolescente de 16 años, sin antecedentes de relevancia, que ingresa por emergencia por dolor abdominal súbito, distensión abdominal, vómitos biliosos, náuseas, no tolerancia de vía oral, realizándose el examen físico, exámenes de laboratorio y TAC abdominal presentando hallazgos tomográficos sugerentes de síndrome de compresión duodenal aortomesentérica que se asocia con dilatación duodenal proximal y severa distensión gástrica. Realizándose el diagnóstico de Síndrome de la Arteria mesentérica superior o Síndrome de Wilkie. Se inició con tratamiento conservador, colocándole sonda nasogástrica para descompresión duodenal gástrica y medidas dietéticas para aumentar el peso corporal, durante la evolución no se presenta síndrome de realimentación. En las evaluaciones por cirugía se plantea nutrición parenteral en caso de fracasar el soporte nutricional ya que al intentar retirar la SNG, la paciente volvió a presentar sintomatología digestiva la cual se logró controlar. Durante la hospitalización no hubo registro en la historia clínica del control ponderal al alta. Paciente presenta mejoría con relación a la conducta alimentaria, tolera vía oral por lo que salió de alta de medicina interna con controles posteriores por gastroenterología, psicología y psiquiatría del niño y del adolescente.

El síndrome de Arteria mesentérica superior puede manifestarse de manera aguda o insidiosa. Se presenta en pacientes con clínica de obstrucción intestinal y dolor abdominal (59%), náuseas (40%), emesis (las más de las veces de contenido alimentario o bilioso en el 50%), saciedad posprandial, reflujo, hiporexia y pérdida de peso; asimismo algunos pacientes pueden tener historial de consultas por dolor abdominal recurrente (14).

El método diagnóstico de elección es la TAC siendo la más efectiva y menos invasiva. Se recomienda un manejo conservador como enfoque terapéutico de primera línea, llegando algunos casos a requerir de cirugía (15). La paciente fue hospitalizada en medicina interna y en forma conjunta fue evaluada por el servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente diagnosticándose anorexia nerviosa con tiempo de enfermedad de un año, asociado a sintomatología ansiosa y depresiva en tiempos de pandemia, refiriendo la paciente que desde que inició el confinamiento comenzó a exacerbarse la sintomatología y frustración de los planes a futuro con relación al colegio, encontrándose durante la evaluación rasgos de personalidad perfeccionista, durante la hospitalización se le dio la orientación e inicio de psicoterapia individual y familiar. En la anorexia nerviosa es frecuente la presencia de rasgos obsesivos, rigidez, perfeccionismo, dependencia, meticulosidad, inhibición social o escasa autosuficiencia, encontrándose una prevalencia desde el 23% hasta el 80%. Investigaciones actuales consideran a los rasgos de personalidad, como factores importantes que influyen en la conducta alimentaria (16). Brooks et al., realizaron una síntesis en *The Lancet*, donde informan sobre estudios principalmente en países asiáticos, pero también en Canadá, Suecia y algunos países africanos que describen las implicaciones de las consecuencias del confinamiento como el aburrimiento, el aislamiento social, el estrés o la falta de sueño, la ansiedad, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, las conductas suicidas, conductas adictivas y la violencia doméstica (17). El confinamiento es un factor de riesgo para la restricción alimentaria, al tener mayor acceso a los alimentos podría estar asociado a un ansia de comer en forma más intensa, menor actividad física, y aumento de peso, y por lo tanto más miedo a aumentar de peso, Al disminuir el contacto social, también sería un riesgo de reforzar hábitos alimentarios rígidos de los pacientes con TCA (18).

Las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas en la paciente fueron de importancia para la conciencia de enfermedad y relación médico paciente, tratándose en terapia estos psico estresores con relación a la pandemia y rasgos de personalidad que contribuyeron al estado actual de la paciente.

## CONCLUSIONES

El síndrome de Arteria mesentérica Superior es una complicación grave en la Anorexia Nerviosa con una baja incidencia y con una alta mortalidad, es de suma

importancia una evaluación integral en los pacientes con Trastorno de conducta alimentaria, asimismo es de suma importancia la evaluación de los factores predisponentes como los rasgos de personalidad, y los factores desencadenantes como en este reporte de caso, la situación actual de la pandemia del COVID-19 por la presencia de síntomas ansiosos y depresivos para un diagnóstico temprano y dar un tratamiento oportuno a la presencia de comorbilidades y tener un mejor pronóstico de los pacientes con trastorno de conducta alimentaria.

*Aspectos éticos:* La paciente descrita en el caso brindó su asentimiento para la publicación de su historial clínico, asimismo su madre, la representante legal de la paciente brindó su consentimiento.

### Correspondencia:

María Antonieta Huete Cordova,  
Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen -  
Departamento de Psiquiatría  
Av. Grau 800. Lima 1.  
Lima, Perú.  
Teléfono: 511324 2983 / 511324 2980  
Correo electrónico: mariamhuetecordova@gmail.com

*Conflicto de intereses:* Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González D, Díaz A, Vélez-Pérez F, Lemus-Ramírez R, Andrade P. Síndrome de Wilkie. Reporte de un caso. *Cirugía y Cirujanos*. 2017; 85(1): 54–59. doi:10.1016/j.circir.2015.08.009
- Watters A, Gibson D, Dee E, Mascolo M, Mehler, PS. Síndrome de la arteria mesentérica superior en la anorexia nerviosa grave: una serie de casos. *Informes de casos clínicos*. 2019; 8 (1): 185-189. doi: 10.1002 /ccr3.2577
- Shintani F, Fetters M. Anorexia nervosa complicated with hiatal hernia and superior mesenteric artery syndrome: A case illustrating the risk of inference observation confusion. *J Gen Fam Med*. 2017;18(3):144-145. doi: 10.1002/jgf2.26
- Sinagra E, Raimondo D, Albano D, et al. Superior mesenteric artery syndrome: clinical, endoscopic, and radiological findings. *Gastroenterol Res Pract*. 2018;2018:1937416. doi:10.1155/2018/1937416
- Mogollón E, Brito M, Sarmiento M, Estrada J. Síndrome de Arteria Mesentérica Superior o Síndrome de Wilkie Caso Clínico. *Salud y Vida* 2019; 3(6): 344. DOI: 10.35381/s.v.v3i6.344
- Okugawa Y, Inoue M, Uchida K, et al. Superior mesenteric artery syndrome in an infant: case report and literature review. *J Pediatr Surg*. 2007;42(10):E5-E8. doi:10.1016/j.jpedsurg.2007.07.002
- Biank V, Werlin S. Superior mesenteric artery syndrome in children: A 20-year experience. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006; 42: 522-525.
- Gwee K, Teh A, Huang C. Acute superior mesenteric artery syndrome and pancreatitis in anorexia nervosa. *Australas Psychiatry*. 2010;18(6):523-526. doi:10.3109/10398562.2010.498885
- Jáuregui I, Santiago M, Estébanez S. Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad: Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*. 2009; 41(4): 201–206.
- González L, Unikel C, Cruz C, Caballero A. Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria *Salud Mental*. 2003; 26(3): 1-8.
- Berrios G, Porter R. Una Historia de la psiquiatría clínica. Madrid: Editorial Triacastela; 2012. p.683-690.
- Soutullo C. *Guía Esencial de Psicofarmacología del Niño y del Adolescente*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
- Gabler G, Olguín P, Rodríguez A. Complicaciones médicas de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2017; 28(6):893-900. doi: 10.1016/j.rmcl.2017.09.003
- Martínez H, Martínez S, Sánchez-Ussa S, Pedraza M, Cabrera LF. Laparoscopic management for Wilkie's syndrome: Manejo laparoscópico para el síndrome de Wilkie. *Cir Cir*. 2019;87(S1):22-27. doi:10.24875/CIRU.18000571
- Frongia G, Schenk JP, Schaible A, Sauer P, Mehrabi A, Günther P. Food fear, quick satiety and vomiting in a 16 years old girl: It's bulimia, or maybe not...? A case report of Wilkie's syndrome (superior mesenteric artery syndrome). *Int J Surg Case Rep*. 2019;65:184-188.
- Johnson BM, Paladugu G. Superior mesenteric artery syndrome secondary to anorexia nervosa and methamphetamine use. *Cureus*. 2019;11(11):e6121. doi:10.7759/cureus.6121
- Cohen D. Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et d'adolescent. *Encephale*. 2020;46(3S):S99-S106. doi:10.1016/j.encep.2020.05.005
- Mengin A, Allé MC, Rolling J, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale*. 2020;46(3S):S43-S52. doi:10.1016/j.encep.2020.04.007

Recibido: 22/09/2020 Aceptado: 26/04/2021
----------------------------------------------