

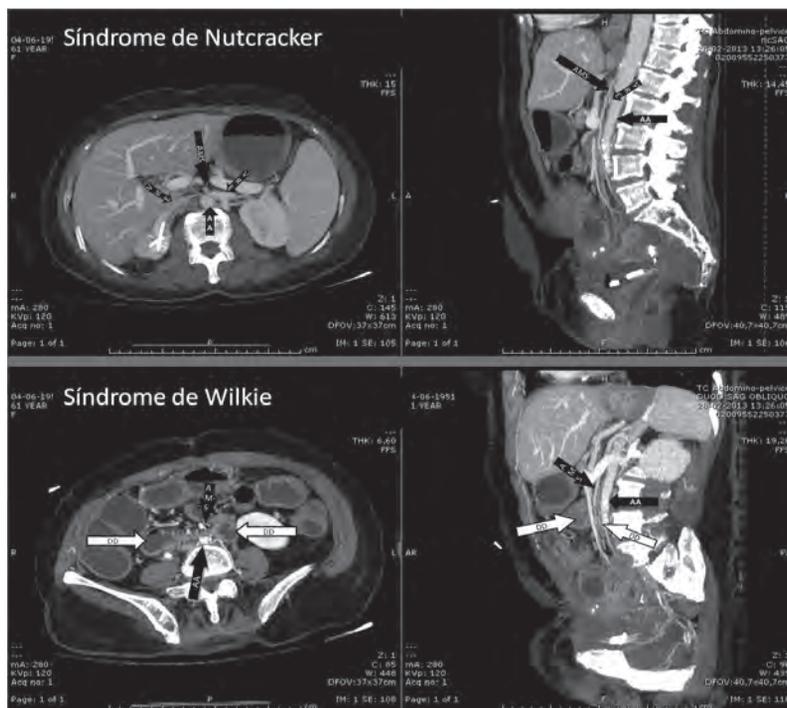
# Apertando o cinto: Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker

*Tightening the belt: Wilkie's Syndrome and Nutcracker Syndrome*

Mulher de 61 anos, desenvolveu Síndrome do Intestino Curto após várias intervenções cirúrgicas por enterite rádica. A investigação complementar por quadro sub-oclusivo levou ao diagnóstico de Síndrome de Wilkie [compressão extrínseca da 3ª porção do duodeno (DD), com dilatação a montante, por pinçamento entre a artéria mesentérica superior (AMS) e a aorta abdominal (AA) com redução do ângulo aorto-mesentérico para  $<20^\circ$ ] e também do Síndrome de Nutcracker [compressão da veia renal esquerda (VRE) no seu trajecto entre a aorta abdominal e artéria mesentérica superior].

O Síndrome de Wilkie<sup>1</sup> (SW) é um síndrome raro, com uma prevalência de 0,013 a 0,3%. É secundário a alterações mecânicas e anatómicas por diminuição do pâncreo adiposo mesentérico (ex. estados catabólicos) ou por cirurgias que reduzam o ângulo aorto-mesentérico (ex. cirurgia bariátrica). Caracteriza-se por um quadro arrastado e intermitente de distensão abdominal pós-prandial, dor, náuseas, vômitos e emagrecimento. Raramente, pode ter uma apresentação aguda com evolução rápida para ileus. O diagnóstico é confirmado através de exames de imagem [tomografia axial computadorizada (TAC) com contraste oral e endovenoso, estudo baritado do trânsito intestinal, ecografia ou ressonância magnética (RMN)]. O tratamento inicial, e na ausência de indicação cirúrgica urgente (ex. massa intra-abdominal, aneurisma) é conservador, para alívio sintomático e aumento do índice de massa corporal. Nos doentes com falência desta abordagem justifica-se a intervenção cirúrgica.

O Síndrome de Nutcracker<sup>2</sup> é um síndrome raramente descrito. É frequentemente diagnosticado no estudo de hematúria recorrente assintomática. Está associado a alterações anatómicas a nível da AMS ou da VRE ou a situações como ptose renal e fibrose retroperitoneal. Manifesta-se com dor localizada ao abdómen e flanco esquerdo com ou sem hematúria macro ou microscópica, pode apresentar-se com o Síndrome de Congestão Pélvica. A ecografia renal com doppler é o método de diagnóstico de eleição. Excepcionalmente pode



ser necessário recorrer a outros meios complementares como a Angio RMN ou TAC e a angiografia venosa. A terapêutica médica preconiza-se para controlo da dor, da anemia e do Síndrome de Congestão Pélvica. A terapêutica cirúrgica está a ser substituída pela abordagem vascular. Os resultados a curto prazo destas técnicas tem sido satisfatórios, e se assim se mantiverem poderão tornar-se o tratamento de primeira linha desta síndrome.

No caso descrito, o desenvolvimento destes síndromes foi secundário à perda do pâncreo adiposo mesentérico e conseqüente oclusão intestinal proximal e compressão da veia renal esquerda.

## Bibliografia

1. Welsch T, Büchler MW, Kienle P. Recalling superior mesenteric artery syndrome. *Dig Surg.* 2007 Jan; 24(3):149–56.
2. Ahmed K, Sampath R, Khan MS. Current trends in the diagnosis and management of renal nutcracker syndrome: a review. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2006 Apr; 31(4):410–6.

## Diagnóstico: Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker

Isabel Jesus Pereira<sup>1</sup>, Catarina Tavares<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Medicina Interna. <sup>2</sup>Serviço de Imagiologia. Hospital Pedro Hispano. Matosinhos. Portugal

Correspondência: misabel\_jp@hotmail.com

Como citar este artigo: Jesus Pereira I, Tavares C

Síndrome de Wilkie e Síndrome de Nutcracker. *Gaceta Clin* 2014; 75 (1): 44

Recibido: 15/10/2013; Aceptado: 31/01/2014