

Adenocarcinoma de duodeno simulando síndrome de Wilkie: presentación de caso clínico

Facundo Carranza^{1*} , Carolina Perdomo¹ , Mauro Perdomo¹ , Martín Bentancur¹ ,
Pablo Valsangiacomo¹ , Daniel González¹ 

¹Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

Recepción: 22-09-2025

Aceptación: 06-02-2026

*Correspondencia: Facundo Carranza. facundocarranza1@gmail.com

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie es una causa infrecuente de obstrucción duodenal, secundaria a la compresión de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Puede solaparse con otras patologías, como tumores duodenales, dificultando el diagnóstico.

Objetivo: Describir un caso de adenocarcinoma duodenal inicialmente interpretado como síndrome de Wilkie.

Caso clínico: Varón de 37 años con antecedentes de gastritis crónica, que consultó por anemia severa. Reingresó por vómitos biliosos, desnutrición (IMC 16) y deterioro general. Los estudios imagenológicos mostraron dilatación gástrica, masa duodenal y ángulo aorto-mesentérico reducido (14°), lo que orientó el diagnóstico hacia un síndrome de Wilkie. Se realizó laparotomía exploradora, en la que se identificó una lesión estenosante en la tercera porción duodenal, en contacto con la cola pancreática. Se practicó resección segmentaria duodenal y pancreatectomía distal, con reconstrucción mediante anastomosis duodeno-yeyunal transmesocólica. El informe anatomopatológico evidenció un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, estadio IIB. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: La asociación entre síndrome de Wilkie y adenocarcinoma duodenal es excepcional, pero relevante. El solapamiento clínico puede retrasar el diagnóstico e impactar en la estrategia terapéutica. La imagenología adecuada y el abordaje multidisciplinario son claves para una resolución eficaz.

Conclusión: En pacientes con síntomas obstructivos y bajo IMC, deben considerarse causas orgánicas como neoplasias duodenales. Un enfoque diagnóstico amplio favorece la detección precoz y el tratamiento oportuno.

Palabras clave: Adenocarcinoma duodenal. Síndrome de Wilkie. Obstrucción intestinal. Imagenología. Cirugía digestiva.

Introducción

La estenosis duodenal de origen tumoral es una causa infrecuente de obstrucción del tracto digestivo alto. El adenocarcinoma duodenal representa una neoplasia poco frecuente y puede manifestarse con síntomas inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico oportuno^{1,2}.

En algunos casos, su presentación clínica puede simular otras entidades benignas responsables de

obstrucción duodenal, como el síndrome de Wilkie (SW), una patología rara caracterizada por la compresión extrínseca de la tercera porción duodenal secundaria a la disminución del ángulo aortomesentérico³.

La superposición clínica entre ambas entidades ha sido descrita previamente, con reportes de adenocarcinoma del intestino delgado que debutan con una clínica compatible con el SW, condicionando retrasos diagnósticos⁴.

El objetivo del presente trabajo es comunicar un caso clínico de adenocarcinoma duodenal en un paciente con una clínica inicialmente atribuida al SW, destacando la importancia de un abordaje multidisciplinario.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 37 años, con antecedentes patológicos de gastritis crónica. Ingresó por anemia severa (hemoglobina 4,3 g/dL). Se le realizó una endoscopia digestiva alta, que evidenció antritis crónica, las biopsias obtenidas no mostraron signos de malignidad.

Posteriormente, reconsultó por vómitos biliosos, desnutrición (IMC 16) y deterioro del estado general. Se le colocó una sonda nasogástrica, con un débito

superior a 1.000 mL de contenido bilioso. Los estudios de imagen (tomografía computada y enterorresonancia magnética) revelaron dilatación gástrica, una masa en el duodeno y un ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta reducido (14°) (**Figura 1**).

Se realizó una laparotomía exploradora, en la cual se constató una tumoración estenosante en la tercera porción duodenal de 6–7 cm, en contacto con la cola del páncreas. Se llevó a cabo una resección segmentaria de la tercera y cuarta porciones duodenales, más pancreatometomía distal y reconstrucción del tránsito digestivo mediante anastomosis duodenoeyunal lateralolateral por vía transmesocólica (**Figura 2**).

La evolución postoperatoria fue favorable, con alta al quinto día de la intervención. El informe

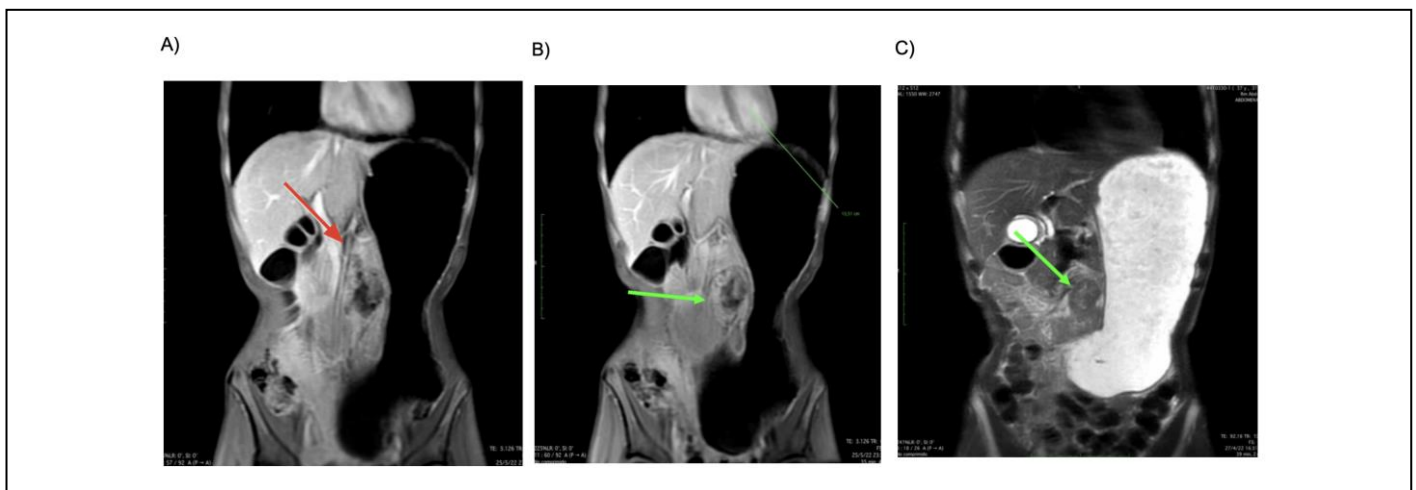


Figura 1. Enterorresonancia más resonancia de abdomen. Corte coronal (A,B,C) que evidencia la AMS, posterior a la misma se objetiva una lesión vegetante, heterogénea, se puede observar además la gran distensión gástrica (estómago en palangana). Flecha roja: AMS. Flecha verde: lesión duodenal.

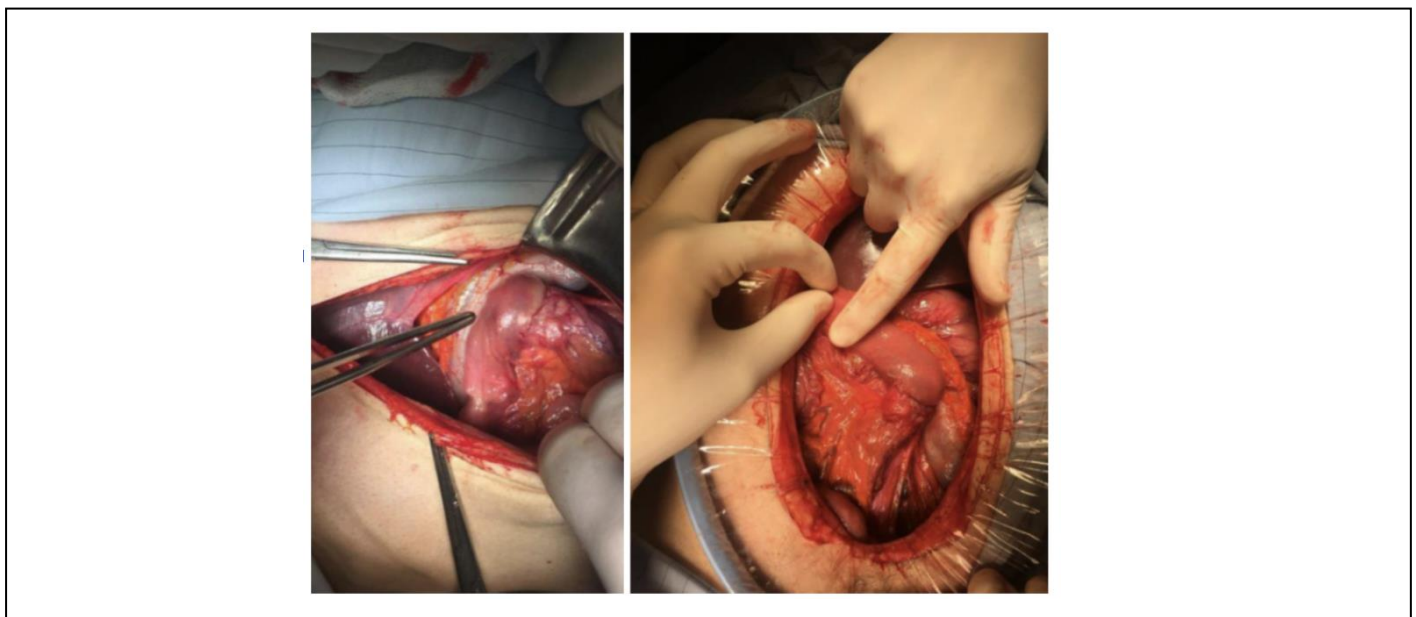


Figura 2. Imágenes del intraoperatorio, donde se evidencia una lesión vegetante, estenosis, infiltrante previo a la transición duodeno yeyunal.

anatomopatológico diferido informó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, pT4N0M0, estadio IIB.

Discusión

El síndrome de Wilkie (SW) es una causa infrecuente de estenosis duodenal, con una incidencia estimada entre el 0,013 y el 0,3 %. Debe sospecharse en pacientes con bajo IMC y clínica de estenosis gastroduodenal. Su coexistencia con tumores duodenales, como el adenocarcinoma, es excepcional y puede dificultar el diagnóstico³.

El adenocarcinoma del intestino delgado representa cerca del 3 % de los tumores digestivos, siendo el duodeno su localización más frecuente (50–70 %)^{4,5}. La mayoría de los casos afecta la primera y la segunda porción, mientras que los tumores en la tercera y cuarta porción son menos frecuentes y poseen particularidades clínicas y quirúrgicas diferentes, ya que no se comportan como los tumores periampulares.

Estos tumores se diagnostican habitualmente ante complicaciones como sangrado, obstrucción o anemia crónica⁶. Clínicamente pueden presentarse con dolor epigástrico, distensión postprandial, pérdida de peso o vómitos biliosos, sobre todo en lesiones distales (D3–D4). La endoscopia digestiva alta puede ser insuficiente para su detección, por lo que se requiere realizar estudios complementarios como tomografía con contraste intravenoso, enterorresonancia o cápsula endoscópica con el fin de confirmar el diagnóstico, evaluar extensión y resecabilidad⁷.

El abordaje multidisciplinario, que involucra a cirujanos, imagenólogos, gastroenterólogos y oncólogos, es esencial en estos pacientes de diagnóstico complejo, con el objetivo de optimizar los resultados terapéuticos. Este enfoque adquiere particular relevancia en los tumores del duodeno distal, donde, puede evitarse la duodenopancreatectomía mediante una resección segmentaria.

La elección del abordaje quirúrgico depende de la localización: las lesiones proximales suelen requerir duodenopancreatectomía, mientras que las distales permiten la resección segmentaria. En este caso se utilizó una anastomosis duodenoeyunal por vía transmesocólica, técnica que brinda buena exposición y permite evitar la tensión anastomótica.

Respecto al tratamiento oncológico, las guías *National Comprehensive Cancer Network*[®] (NCCN[®]) para tumores duodenales distales recomiendan realizar una resección segmentaria con márgenes libres y linfadenectomía que incluya al menos ocho ganglios linfáticos. Asimismo, indican tratamiento adyuvante con 5-FU solo o combinado con oxaliplatino (FOLFOX/CAPOX) en estadios T4N0 o con factores de

riesgo. En el caso de nuestro paciente por las características presentadas, recibió dicho tratamiento⁸.

Conclusiones

La superposición del SW con el adenocarcinoma duodenal representa un desafío diagnóstico. En el caso presentado, dado el bajo IMC del paciente y la clínica de estenosis gastroduodenal, se planteó inicialmente el diagnóstico de síndrome de Wilkie. Sin embargo, la enterorresonancia magnética evidenció una masa en la tercera porción duodenal, lo que permitió identificar la coexistencia de una lesión neoplásica como causa principal del cuadro obstructivo. El enfoque multidisciplinario y la utilización de métodos diagnósticos apropiados resultan esenciales para establecer el tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Facundo Carranza: Conceptualización, redacción del borrador original, revisión y edición.

Carolina Perdomo: Conceptualización, revisión y edición.

Mauro Perdomo: Metodología, revisión y edición.

Martín Bentancur: Metodología, revisión y edición.

Pablo Valsangiacomo: Adquisición de datos, revisión y edición.

Daniel González: Adquisición de datos, supervisión, revisión y edición.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Declaraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado expreso del paciente para su publicación, de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Para garantizar la confidencialidad, los datos fueron estrictamente anonimizados conforme a la legislación vigente de protección de datos.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Carreira Á, Alonso A, Morales A, Bianchi H, Gómez J. Cáncer duodenal: manejo quirúrgico y revisión de la literatura. *Cir Urug*. 2019;89(1):23-30.
2. Ramia JM, Villar J, Palomeque A, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, et al. Adenocarcinoma de duodeno. *Cir Esp*. 2005;77(4):208-212. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(05\)70839-3](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(05)70839-3)
3. Farina R, Vasile T, Foti PV, Pennisi I, Basile A. Wilkie syndrome and pseudo-nutcracker syndrome a rare combination: description of a case. *Cureus*. 2021;13(10):e18612. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.18612>
4. Sun KK, Wu X, Liu G, Qian H, Shen X. Primary adenocarcinoma of the small intestine presenting as superior mesenteric artery syndrome: a case report. *Oncol Lett*. 2016;11(3):1903-1906. Disponible en: <https://doi.org/10.3892/ol.2016.4116>
5. Jiménez-Fuertes M, Ruiz-Tovar J, Díaz-García G, Durán-Poveda M. Adenocarcinoma de la tercera porción duodenal moderadamente diferenciado. *Cir Cir*. 2017;85(1):76-79. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2015.11.005>
6. Thomas J, Abraham K, Osilli D, Mukherjee S. Adult distal duodenal obstruction: a diagnostic and therapeutic challenge. *Cureus*. 2022;14(4):e24095. Disponible en: <https://doi.org/10.7759/cureus.24095>
7. Cáceres D, Corvalán J. Factores de riesgo asociados a neoplasias digestivas en pacientes sudamericanos. *Medicina (B Aires)*. 2020;80(5):328-34.
8. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Small Bowel Adenocarcinoma. Version 2.2024 [Internet]. Plymouth Meeting (PA): NCCN; 2024 [citado 11 jul 2025]. Disponible en: <https://www.nccn.org>

Duodenal adenocarcinoma mimicking Wilkie's syndrome: a clinical case report

Abstract

Introduction: Wilkie's syndrome is a rare cause of duodenal obstruction due to compression of the third portion of the duodenum between the superior mesenteric artery and the aorta, often linked to malnutrition. It may mimic other conditions, such as duodenal tumors, complicating diagnosis.

Objective: To describe a case of duodenal adenocarcinoma initially suspected to be Wilkie's syndrome, highlighting the value of differential diagnosis.

Case report: A 37-year-old male with chronic gastritis presented with severe anemia. He later reported bilious vomiting, malnutrition (BMI 16), and general deterioration. Imaging revealed gastric dilation, a duodenal mass, and a reduced aortomesenteric angle (14°), suggesting Wilkie's syndrome. Exploratory laparotomy revealed a stenosing lesion in the third portion of the duodenum, contacting the pancreatic tail. Segmental duodenal resection and distal pancreatectomy were performed, followed by duodenojejunal anastomosis via transmesocolic approach. Pathology confirmed a moderately differentiated adenocarcinoma, stage IIB. Postoperative recovery was favorable.

Discussion: The coexistence of Wilkie's syndrome and duodenal adenocarcinoma is rare. Clinical overlap can delay diagnosis and influence treatment strategies. Appropriate imaging and multidisciplinary evaluation are essential for accurate management.

Conclusion: In patients with obstructive symptoms and low BMI, organic causes such as duodenal tumors must be considered. Broad diagnostic thinking enables early detection and timely treatment.

Keywords: Duodenal adenocarcinoma. Wilkie's syndrome. Intestinal obstruction. Diagnostic imaging. Digestive surgical procedures.

Adenocarcinoma de duodeno simulando Síndrome de Wilkie: apresentação de caso clínico

Resumo

Introdução: A síndrome de Wilkie é uma causa infrequente de obstrução duodenal, secundária à compressão da terceira porção duodenal entre a artéria mesentérica superior e a aorta. Pode sobrepor-se a outras patologias, como tumores duodenais, dificultando o diagnóstico.

Objetivo: Descrever um caso de adenocarcinoma duodenal inicialmente interpretado como síndrome de Wilkie.

Caso clínico: Homem de 37 anos, com antecedentes de gastrite crônica, que consultou por anemia grave. Foi reinternado por vômitos biliosos, desnutrição (IMC 16) e deterioração geral. Os estudos de imagem mostraram dilatação gástrica, massa duodenal e ângulo aortomesentérico reduzido (14°), o que orientou o diagnóstico para síndrome de Wilkie. Foi realizada laparotomia exploradora, na qual se identificou uma lesão estenosante na terceira porção duodenal, em contato com a cauda pancreática. Foi realizada ressecção segmentar duodenal e pancreatectomia distal, com reconstrução mediante anastomose duodenojejunal transmesocólica. O exame anatomopatológico evidenciou um adenocarcinoma moderadamente diferenciado, estágio IIB. A evolução pós-operatória foi favorável.

Discussão: A associação entre síndrome de Wilkie e adenocarcinoma duodenal é excepcional, porém relevante. A sobreposição clínica pode atrasar o diagnóstico e impactar a estratégia terapêutica. Os estudos de imagem adequados e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para uma resolução eficaz.

Conclusão: Em pacientes com sintomas obstrutivos e baixo IMC, devem ser consideradas causas orgânicas, como neoplasias duodenais. Uma abordagem diagnóstica ampla favorece a detecção precoce e o tratamento oportuno.

Palavras-chave: Adenocarcinoma duodenal. Síndrome de Wilkie. Obstrução intestinal. Estudos de imagem. Cirurgia digestiva.
