



## REPORTE DE CASO

# Association of Wilkie's Syndrome and Myasthenia Gravis: Case Presentation and Literature Review

## Asociación de Síndrome de Wilkie y Miastenia Gravis: Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Mariuxi Carolina Vera Miranda<sup>1</sup>  , John Israel Galarza Mendoza<sup>2</sup>  , María Belén Herrera Pinto<sup>3</sup>  , Emanuel Josueph Yanez Veloz<sup>4</sup>  , Luis Dario Vásconez Nuela<sup>5</sup>  , Jorge Andres Calderon Ramirez<sup>6</sup>  , Shirley Medelaine Mero Rendon<sup>7</sup>  , Evelyn Paulette Lozano Briones<sup>8</sup>  , Anthony Josué Solano Freire<sup>9</sup>  , Mireya Isabel Villon Rodríguez<sup>10</sup>  , Leydi Pilar Gallardo León<sup>10</sup>  , Stephanie Susana Alberca Bonila<sup>11</sup>  , Pamela Elizabeth Vega Chanalata<sup>12</sup>  , Gabriela Fernanda Crespo Carrión<sup>4</sup>  

<sup>1</sup>Hospital Juan Montalvan, Departamento Médico. Los Ríos, Ecuador.

<sup>2</sup>Hospital Nicolas Cotto Infante, Departamento Medico. Los Ríos, Ecuador.

<sup>3</sup>Fresenius Medical Care, Departamento Médico. Guayaquil, Ecuador.

<sup>4</sup>Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

<sup>5</sup>Ministerio de Salud Publica, Departamento Médico. Ambato, Ecuador.

<sup>6</sup>Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

<sup>7</sup>Médico Centro De Salud Santa Elena, Departamento Médico. Santa Elena, Ecuador.

<sup>8</sup>Veris, Departamento Médico. Guayaquil, Ecuador.

<sup>9</sup>Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil, Ecuador.

<sup>10</sup>Ministerio de Salud Pública. Departamento Médico. Guayaquil, Ecuador.

<sup>11</sup>Instituto de Salud Cardiovascular Dr Carlos Soledispa, Departamento Médico. Guayaquil, Ecuador.

<sup>12</sup>Ministerio de Salud Publica, Coordinación Zonal 8, Departamento de Auditoría Médica. Guayaquil, Ecuador.

**Citar como:** Vera Miranda MC, Galarza Mendoza JI, Herrera Pinto MB, Yanez Veloz EJ, Vásconez Nuela LD, Calderon Ramirez JA et al. Association of Wilkie's Syndrome and Myasthenia Gravis: Case Presentation and Literature Review. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024; 4:1133. <https://doi.org/10.56294/saludcyt20241133>

Enviado: 04-03-2024

Revisado: 21-05-2024

Aceptado: 07-07-2024

Publicado: 08-07-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

### ABSTRACT

**Introduction:** the combined management of Wilkie's syndrome and myasthenia gravis presents unique challenges. It highlights the complexity of these conditions: Wilkie's syndrome involves duodenal compression by the superior mesenteric artery, while myasthenia gravis affects neuromuscular transmission.

**Case Report:** we present the case of a 26-year-old young woman with a history of myasthenia gravis who abruptly developed dysphagia, later discovered to be caused by aorto-mesenteric compression known as Wilkie's syndrome. The need for a multidisciplinary approach is emphasized to integrate gastroenterological and neurological treatments, adapting to potential complications such as muscle weakness that can hinder the management of Wilkie's syndrome.

**Conclusions:** interdisciplinary coordination is crucial to improving clinical outcomes and the quality of life for patients, highlighting the importance of future research to optimize the comprehensive management of these complex diseases.

**Keywords:** Neurology; Gastroenterology; Surgery; Internal Medicine.

### RESUMEN

**Introducción:** el manejo conjunto del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis presenta desafíos únicos. Destaca la complejidad de estas condiciones: el Síndrome de Wilkie implica compresión duodenal por la arteria mesentérica superior, mientras que la miastenia gravis afecta la transmisión neuromuscular.

**Reporte de Caso:** presentamos el caso de una mujer joven de 26 años que se presenta con antecedente de miastenia gravis y desarrolla abruptamente disfagia. Se enfatiza la necesidad de un enfoque multidisciplinario para integrar tratamientos gastroenterológicos y neurológicos, adaptándose a las complicaciones potenciales como la debilidad muscular que puede dificultar la gestión del Síndrome de Wilkie.

**Conclusiones:** la coordinación interdisciplinaria es crucial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, subrayando la importancia de futuras investigaciones para optimizar el manejo integral de estas enfermedades complejas.

**Palabras clave:** Neurología; Gastroenterología; Cirugía; Medicina Interna.

## INTRODUCCIÓN

El manejo simultáneo del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis plantea un desafío clínico único debido a la complejidad y la interacción potencial entre estas dos condiciones médicas raras. El Síndrome de Wilkie, caracterizado por la compresión del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal, puede presentar síntomas gastrointestinales graves como vómitos, pérdida de peso y obstrucción intestinal. Estos síntomas pueden ser debilitantes y requerir intervenciones urgentes para evitar complicaciones mayores. Por otro lado, la miastenia gravis es una enfermedad autoinmune que afecta la transmisión neuromuscular, causando debilidad muscular fluctuante que puede complicar la capacidad del paciente para cumplir con las recomendaciones terapéuticas del Síndrome de Wilkie, como cambios posturales y restricciones dietéticas. Esta debilidad muscular puede limitar la movilidad del paciente y afectar su capacidad para ingerir alimentos, lo que puede agravar los síntomas del Síndrome de Wilkie.<sup>(1)</sup>

La gestión eficaz de estos pacientes requiere un enfoque multidisciplinario que integre la expertise de gastroenterólogos, neurólogos, nutricionistas y otros especialistas. Es fundamental que estos profesionales trabajen en conjunto para desarrollar un plan de tratamiento personalizado que aborde tanto los aspectos gastrointestinales como los neuromusculares de las condiciones del paciente. La colaboración entre especialistas permite una evaluación integral de la condición del paciente, facilitando la implementación de intervenciones terapéuticas adecuadas y oportunas. Además, el apoyo de nutricionistas es esencial para asegurar que el paciente reciba una nutrición adecuada a pesar de las restricciones dietéticas y las dificultades para ingerir alimentos. Este enfoque holístico no solo mejora los resultados clínicos, sino que también optimiza la calidad de vida del paciente, permitiéndole llevar una vida más funcional y menos limitada por sus condiciones médicas. La coordinación continua y la comunicación abierta entre todos los miembros del equipo de atención médica son cruciales para manejar de manera efectiva la complejidad de estos casos y para ajustar el tratamiento según sea necesario a lo largo del tiempo.<sup>(1)</sup>

Se Presenta este caso clínico ante la comunidad científica debido a su muy poca prevalencia y muy pocos casos reportados en la literatura medica.

## Reporte de Caso

Paciente de sexo femenino de 26 años de edad con antecedente de importancia de asma desde los 4 años de edad y diagnóstico de miastenia gravis a partir de los 11 años, que actualmente se encuentra en tratamiento con piridostigmina y azatioprina, sin variaciones en las dosis en los últimos 8 meses, con lo cual se ha mantenido en relativo control y sin descompensación.

Acude a consulta de control por presentar disfagia progresiva de líquidos a semisólidos, lo cual se le atribuye a progresión normal de la enfermedad de base, pero llama la atención que paciente además refiere vómitos de retención posprandiales en los momentos q no presenta notable disfagia.



Figura 1. Endoscopia alta

Se decide abordar mediante endoscopia alta y tomografía de abdomen y pelvis encontrando, en endoscopia alta incapacidad para progresar de la 2da porción del duodeno (figura 1) por compresión extrínseca que impide el paso del endoscopio.

Se aborda entre los diagnósticos diferenciales la posibilidad de compresión extrínseca por masa o neoplasia por lo que se decide abordar mediante técnica de imagen para descartar entre los diagnósticos diferenciales los antes mencionados.

Tac de abdomen y pelvis (figura 2) se encuentra pinzamiento aortomesentérico en segunda porción del duodeno compatible con Síndrome de Wilkie, descartando de esta forma el diagnostico presuntivo de masa que antes se había considerado.

Se intenta pasar guía endoscópica para colocación de stent endoluminal por el servicio de endoscopia avanzada pero es imposible, se ingresa a paciente para poyo nutricional por aumento de la disfagia.



Figura 2. Tac de abdomen y pelvis

Posteriormente se interconsulta al servicio de cirugía digestiva que plantea la posibilidad de gastro enteroanastomosis en y de Roux para resolución definitiva. Se programa cirugía la cual se realiza de forma laparoscópica en conjunto con el servicio de cirugía bariátrica. Procedimiento sin complicaciones y se da de alta al paciente a 3 er día postquirúrgico sin complicaciones aparentes y tolerando la vía oral.

En controles posteriores en consulta externa se presenta asintomática desde el punto de vista digestivo, comiendo sin dificultad y en tratamiento para su patología de base.

## DISCUSIÓN

### Prevalencia y Coincidencia

#### *Síndrome de Wilkie: prevalencia*

El Síndrome de Wilkie, también conocido como síndrome de la arteria mesentérica superior, es una condición rara que representa aproximadamente el 0,013-0,3 % de todas las exploraciones gastrointestinales superiores. La prevalencia en la población general es difícil de determinar debido a su rareza y a la variabilidad en la presentación clínica y diagnóstico.<sup>(2)</sup>

Un estudio de revisión sistemática realizado sugiere que la prevalencia es de aproximadamente 0,2-0,78 % en pacientes sometidos a estudios radiológicos gastrointestinales, pero este número puede estar subestimado debido a la subdiagnos o confusión con otras causas de obstrucción intestinal.<sup>(2)</sup>

En poblaciones específicas, como aquellos con pérdida de peso rápida o con condiciones como la anorexia nerviosa, la prevalencia puede ser mayor debido a la pérdida de la grasa mesentérica que ayuda a mantener el ángulo aortomesentérico. Por ejemplo, en pacientes con anorexia nerviosa, la prevalencia puede llegar al 20-50 % según algunos estudios de casos clínicos.<sup>(3,4)</sup>

### Miastenia Gravis

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune rara que afecta la transmisión neuromuscular, causando debilidad muscular y fatiga. La prevalencia estimada de la miastenia gravis varía según la población y la región, pero generalmente se sitúa entre 10 y 20 casos por cada 100 000 personas. Un estudio epidemiológico en Europa reportó una prevalencia de 15 casos por cada 100 000 personas, mientras que en Estados Unidos, la prevalencia se encuentra entre 14 y 20 casos por cada 100 000 personas. Esta variabilidad puede deberse a factores genéticos, ambientales y metodológicos en los estudios de diferentes regiones.<sup>(1)</sup>

La incidencia anual de la miastenia gravis también varía, con estimaciones que oscilan entre 0,3 y 2,8 casos por cada 100 000 personas por año. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad, aunque se observa

un pico bimodal, afectando más comúnmente a mujeres jóvenes en la segunda y tercera décadas de vida, y a hombres en la sexta y séptima décadas.<sup>(2)</sup>

### Coincidencia de Ambas Condiciones

La coexistencia del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis es extremadamente rara, y la literatura médica documenta muy pocos casos de esta concurrencia. La mayoría de los informes sobre el Síndrome de Wilkie se centran en su asociación con condiciones que causan pérdida de peso rápida o alteraciones anatómicas, mientras que la miastenia gravis se describe predominantemente en el contexto de trastornos autoinmunes. La literatura existente sugiere que no hay una relación patofisiológica directa entre estas dos enfermedades, lo que hace que su coexistencia sea más sorprendente y clínicamente significativa.<sup>(2)</sup>

Un estudio de caso documentado describe a una paciente con miastenia gravis que desarrolló síntomas del Síndrome de Wilkie tras una significativa pérdida de peso, destacando cómo las complicaciones de una enfermedad pueden predisponer al desarrollo de otra. Además, en un artículo de revisión no se encontró evidencia significativa de una correlación epidemiológica entre estas dos condiciones, subrayando la rareza de su coincidencia. La mayoría de los casos documentados de Síndrome de Wilkie en pacientes con miastenia gravis se reportan como informes de casos aislados, lo que indica la necesidad de una mayor atención clínica y estudios adicionales para entender mejor esta rara concurrencia.<sup>(5)</sup>

### Fisiopatología y Mecanismos de Interacción

#### *Fisiopatología del Síndrome de Wilkie*

El Síndrome de Wilkie, también conocido como síndrome de la arteria mesentérica superior, ocurre cuando la tercera porción del duodeno es comprimida entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Esta compresión se debe a una disminución del ángulo aortomesentérico, que en condiciones normales es de aproximadamente 38-65 grados. Sin embargo, en pacientes con el Síndrome de Wilkie, este ángulo puede reducirse a menos de 25 grados. La reducción del ángulo y la consecuente compresión duodenal pueden ser provocadas por factores como la pérdida de peso rápida, condiciones anatómicas, y enfermedades que reducen el tejido adiposo mesentérico que normalmente mantiene la AMS alejada del duodeno.<sup>(1)</sup>

Las consecuencias fisiológicas de esta compresión incluyen la obstrucción parcial o completa del duodeno, lo que puede llevar a una variedad de síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, dolor abdominal postprandial y pérdida de peso. La obstrucción impide el paso normal del contenido gastrointestinal, causando dilatación del estómago y del duodeno proximal. Esto puede resultar en una sensación de saciedad temprana y malnutrición debido a la disminución de la ingesta y absorción de nutrientes. Además, la presión aumentada en el sistema digestivo superior puede llevar a complicaciones secundarias como la esofagitis por reflujo y aspiración pulmonar en casos severos.<sup>(2)</sup>

#### *Fisiopatología de la Miastenia Gravis*

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de anticuerpos contra los receptores de acetilcolina (AChR) en la unión neuromuscular. Estos anticuerpos se unen a los receptores AChR en la membrana postsináptica de las células musculares, bloqueando la acción de la acetilcolina liberada por las terminaciones nerviosas motoras. Esto impide la transmisión efectiva de los impulsos nerviosos al músculo, resultando en debilidad muscular y fatiga que empeoran con la actividad y mejoran con el reposo.<sup>(2)</sup> Además de los anticuerpos anti-AChR, algunos pacientes pueden tener anticuerpos contra otros componentes de la unión neuromuscular, como el receptor tirosina quinasa específico del músculo (MuSK). La destrucción y reducción de los AChR por mecanismos de complemento y endocitosis acelerada contribuyen a la pérdida de la función neuromuscular eficiente, manifestándose clínicamente como debilidad fluctuante de músculos voluntarios, especialmente aquellos que controlan los movimientos oculares, la masticación, la deglución y la respiración.<sup>(6)</sup>

#### *Interacción Potencial*

Aunque el Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis no están directamente relacionados, la debilidad muscular generalizada causada por la miastenia gravis podría exacerbar los síntomas del Síndrome de Wilkie. La debilidad de los músculos esofágicos y diafragmáticos en la miastenia gravis puede afectar negativamente la motilidad gastrointestinal y la capacidad de deglutir, agravando la obstrucción duodenal característica del Síndrome de Wilkie. Esta interacción podría llevar a un círculo vicioso de malnutrición y pérdida de peso, empeorando ambos cuadros clínicos.<sup>(7)</sup>

### Presentación Clínica

#### *Síntomas Compartidos y Distintos*

La presentación clínica del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis puede compartir ciertos síntomas, complicando el diagnóstico diferencial. Tanto el Síndrome de Wilkie como la miastenia gravis pueden manifestarse

con pérdida de peso y fatiga. La pérdida de peso en el Síndrome de Wilkie es principalmente consecuencia de la obstrucción duodenal que causa malabsorción y anorexia secundaria a los síntomas gastrointestinales. En contraste, la pérdida de peso en la miastenia gravis puede ser multifactorial, incluyendo disfagia y fatiga generalizada que limita la ingesta nutricional adecuada. La fatiga es un síntoma prominente en la miastenia gravis debido a la debilidad muscular fluctuante, mientras que en el Síndrome de Wilkie, la fatiga puede ser secundaria a la malnutrición y la reducción de la ingesta calórica.<sup>(8)</sup>

#### *Síntomas Específicos de Cada Condición*

Los síntomas específicos del Síndrome de Wilkie incluyen dolor abdominal postprandial, náuseas, vómitos y sensación de saciedad temprana. Estos síntomas son resultado directo de la obstrucción mecánica del duodeno por la arteria mesentérica superior. Por otro lado, la miastenia gravis se caracteriza por debilidad muscular que empeora con la actividad y mejora con el reposo, ptosis, diplopía, dificultad para tragar y, en casos graves, insuficiencia respiratoria. La presencia de debilidad muscular fluctuante y síntomas oculares son claves para diferenciar la miastenia gravis de otras condiciones. La identificación precisa de estos síntomas específicos es crucial para el diagnóstico correcto y el manejo efectivo de ambas condiciones.<sup>(9)</sup>

### **Diagnóstico Diferencial**

#### *Síndrome de Wilkie*

El diagnóstico diferencial del Síndrome de Wilkie incluye varias condiciones que pueden causar síntomas similares de obstrucción intestinal y pérdida de peso. Entre estas se encuentran:

- **Obstrucción Intestinal Crónica:** puede ser causada por adherencias postquirúrgicas, tumores, hernias internas o enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn. Estas condiciones pueden presentar síntomas de dolor abdominal, náuseas y vómitos similares a los del Síndrome de Wilkie.<sup>(7)</sup>
- **Gastroparesia:** se caracteriza por un retraso en el vaciamiento gástrico sin obstrucción mecánica, presentando síntomas como náuseas, vómitos, y saciedad temprana. Esta condición debe diferenciarse mediante estudios de motilidad gástrica.<sup>(7)</sup>
- **Trastornos de la Motilidad Intestinal:** incluyen el síndrome de pseudo-obstrucción intestinal crónica y la dismotilidad del intestino delgado, que pueden imitar los síntomas de obstrucción física.<sup>(10)</sup>

#### *Miastenia Gravis*

**Síndrome de Lambert-Eaton:** un trastorno paraneoplásico que también causa debilidad muscular, pero generalmente mejora con el ejercicio repetitivo, a diferencia de la miastenia gravis. Los estudios electromiográficos y la detección de anticuerpos contra los canales de calcio tipo P/Q ayudan a diferenciarlo.<sup>(11)</sup>

**Esclerosis Múltiple:** puede presentar debilidad y fatiga, pero se distingue por la presencia de síntomas neurológicos multifocales y lesiones desmielinizantes en la resonancia magnética cerebral y medular.<sup>(11)</sup>

**Polimiositis y Dermatomiositis:** enfermedades inflamatorias musculares que causan debilidad proximal, a menudo asociadas con signos cutáneos en el caso de la dermatomiositis. Las biopsias musculares y niveles elevados de enzimas musculares pueden ayudar en el diagnóstico.<sup>(11)</sup>

**Distrofias Musculares:** incluyen un grupo de trastornos genéticos que causan debilidad muscular progresiva. Los estudios genéticos y la historia familiar son clave para el diagnóstico.<sup>(11)</sup>

### **Tratamiento del Síndrome de Wilkie**

El tratamiento del Síndrome de Wilkie puede ser conservador o quirúrgico, dependiendo de la severidad de los síntomas y la respuesta inicial al manejo conservador.<sup>(12)</sup>

#### *Manejo Conservador*

El manejo conservador es el tratamiento inicial preferido para muchos pacientes y puede incluir varias estrategias:

- **Nutrición Enteral o Parenteral:** los pacientes pueden recibir nutrición a través de una sonda nasojunal para asegurar una ingesta calórica adecuada y mejorar el estado nutricional. En casos más severos, puede ser necesaria la nutrición parenteral total (NPT).<sup>(11)</sup>
- **Cambios en la Posición:** la posición en decúbito lateral izquierdo o prono durante y después de las comidas puede ayudar a aliviar la compresión duodenal y mejorar los síntomas.<sup>(11)</sup>
- **Dieta:** una dieta alta en calorías y baja en fibras, con comidas pequeñas y frecuentes, puede ser beneficiosa. Se recomienda evitar alimentos que puedan causar distensión gástrica.<sup>(11)</sup>

Los pacientes que no responden al manejo conservador en un período razonable (usualmente unas pocas semanas) pueden requerir intervención quirúrgica.

### Manejo Quirúrgico

El manejo quirúrgico se considera en casos refractarios al tratamiento conservador o en aquellos con síntomas severos y persistentes. Las opciones quirúrgicas incluyen:

- Duedenoyeyunostomía: es el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado, en el cual se crea una anastomosis entre el duodeno y el yeyuno para bypassar la obstrucción.<sup>(11)</sup>
- Lisis de Ligamento de Treitz: este procedimiento, también conocido como procedimiento de Strong, implica la liberación del duodeno para disminuir la compresión.<sup>(1)</sup>
- Gastrojejunostomía: en algunos casos, se puede realizar una anastomosis entre el estómago y el yeyuno.<sup>(13)</sup>

La elección del tratamiento depende de la gravedad de los síntomas, la respuesta al manejo conservador y las condiciones individuales de la paciente. En el caso discutido, la paciente con miastenia gravis y Síndrome de Wilkie que no respondió adecuadamente al manejo conservador podría beneficiarse de una intervención quirúrgica para aliviar la obstrucción y mejorar su estado nutricional y calidad de vida.<sup>(1)</sup>

### Tratamiento de la Miastenia Gravis

El tratamiento de la miastenia gravis (MG) se basa en mejorar la transmisión neuromuscular y modular la respuesta inmune. Los fármacos anticolinesterásicos, como la piridostigmina, son la primera línea de tratamiento, ya que inhiben la acetilcolinesterasa, aumentando la disponibilidad de acetilcolina y mejorando la debilidad muscular. Estos medicamentos son efectivos para el manejo de síntomas leves a moderados y tienen un inicio de acción rápido.<sup>(14)</sup>

Para casos más severos o refractarios, se utilizan inmunosupresores como los corticosteroides (prednisona) y la azatioprina. Los corticosteroides son altamente efectivos en el control de MG, aunque su uso prolongado puede estar asociado con efectos secundarios significativos. La azatioprina, y alternativamente el micofenolato mofetilo, actúan reduciendo la actividad del sistema inmune, aunque pueden tardar varios meses en mostrar resultados. Además, las terapias biológicas como el rituximab y el eculizumab están indicadas para pacientes con MG refractaria, ofreciendo nuevas opciones para aquellos que no responden a otras terapias.<sup>(15)</sup>

En situaciones de crisis miasténica o para manejo prequirúrgico, se emplean terapias de rescate como la plasmaféresis y la inmunoglobulina intravenosa (IVIG), que eliminan los anticuerpos circulantes o modulan la respuesta inmune respectivamente. La timectomía, la extirpación del timo es recomendada para pacientes con timoma y puede ser beneficiosa para aquellos sin timoma, mejorando los síntomas y reduciendo la necesidad de medicación inmunosupresora a largo plazo. La combinación de estos tratamientos, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente, es esencial para lograr un control óptimo de la enfermedad.<sup>(15)</sup>

### Desafíos en el Manejo Simultáneo

El manejo simultáneo del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis presenta varios desafíos específicos debido a la interacción de ambas condiciones. La debilidad muscular generalizada y la fatiga característica de la miastenia gravis pueden dificultar que la paciente cumpla con las recomendaciones dietéticas y posturales necesarias para manejar el Síndrome de Wilkie, como mantener posiciones específicas después de las comidas y seguir una dieta alta en calorías y baja en fibras. Además, los tratamientos inmunosupresores utilizados para la miastenia gravis, como los corticosteroides, pueden afectar negativamente la motilidad gastrointestinal y exacerbar los síntomas del Síndrome de Wilkie. Estos factores complican el estado nutricional y la recuperación global del paciente, requiriendo una estrecha monitorización y ajustes constantes en ambos tratamientos para evitar complicaciones adicionales y asegurar una gestión efectiva de ambas enfermedades.<sup>(15)</sup>

### Coordinación Multidisciplinaria

La coordinación multidisciplinaria es crucial en el manejo de pacientes con múltiples condiciones complejas como el Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis. Un equipo compuesto por gastroenterólogos, neurólogos y nutricionistas puede ofrecer un enfoque integral, asegurando una evaluación y tratamiento holísticos. Los gastroenterólogos manejan la obstrucción duodenal y recomiendan intervenciones dietéticas y posturales, mientras que los neurólogos ajustan las terapias para la debilidad muscular. Los nutricionistas desarrollan planes alimenticios personalizados para mantener la nutrición adecuada. Esta colaboración mejora los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.<sup>(15)</sup>

### CONCLUSIONES

El manejo conjunto del Síndrome de Wilkie y la miastenia gravis presenta un desafío clínico significativo que requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado. Es crucial la coordinación estrecha entre gastroenterólogos, neurólogos, nutricionistas y otros especialistas para optimizar el tratamiento. Se necesita más investigación para comprender mejor la fisiopatología compartida y desarrollar estrategias terapéuticas

integradas que mejoren tanto la calidad de vida como los resultados clínicos de los pacientes afectados. Este enfoque colaborativo no solo facilita la gestión de síntomas específicos, como la debilidad muscular y la obstrucción duodenal, sino que también promueve avances en la práctica clínica que pueden beneficiar a pacientes con condiciones médicas complejas y poco comunes.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Horne N, Jackson JP. Superior Mesenteric Artery Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 . Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482209/>
2. Giulii Capponi M, Campanati L, Lotti M. Wilkie's syndrome: a serendipitous diagnosis. ANZ J Surg. julio de 2021;91(7-8):1623-5.
3. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, Yoshida Y, Tobita H, Ishimura N, et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. World J Clin Cases. 26 de mayo de 2023;11(15):3369-84.
4. Claro M, Sousa D, Abreu da Silva A, Grilo J, Martins JA. Wilkie's Syndrome: An Unexpected Finding. Cureus. diciembre de 2021;13(12):e20413.
5. Tewari S, Sharma RD, Bangar A, Redkar R. Unusual presentation of superior mesenteric artery syndrome in a child. BMJ Case Rep. 18 de marzo de 2022;15(3):e246041.
6. Li Y, Peng Y, Yang H. Serological diagnosis of myasthenia gravis and its clinical significance. Ann Transl Med. 15 de abril de 2023;11(7):290-290.
7. Berdugo Hurtado F, Díaz Alcázar MDM, Torrecillas Cabrera MDM, Miras Ventura JA. Aortomesenteric clamp: association with Wilkie syndrome and nutcracker syndrome. Rev Esp Enferm Dig. mayo de 2021;113(5):372-4.
8. Apostu RC, Chira L, Colcear D, Lebovici A, Nagy G, Scurtu RR, et al. Wilkie's syndrome as a cause of anxiety-depressive disorder: A case report and review of literature. World J Clin Cases. 16 de febrero de 2022;10(5):1654-66.
9. Satish Kumar L, Kaundinya KB. A rare instance of Wilkie's syndrome in a young male during the holy month of Ramadan. Int J Surg Case Rep. marzo de 2021;80:105652.
10. Pennisi I, Farina R, Foti PV, Basile A. The Ultrasound Findings in a Rare Case of Nutcracker Syndrome, Wilkie's Syndrome, and Dunbar Syndrome Combination. J Med Ultrasound. 2023;31(1):55-9.
11. Aranda Escaño E, Perfecto Valero A, Tellaeché de la Iglesia M, Fernández Gómez-Cruzado L, Santidrian Martínez JI. Superior mesenteric artery syndrome (Wilkie syndrome): Analysis of a series of 7 cases. Cirugía Española. enero de 2020;98(1):48-50.
12. Corsi NJ, Abu-Heijja AA, Ravi AK, Corsi MP, Ehrinpreis MN. Wilkie's Syndrome following Chemotherapy: A Case Report and a Review of Literature. Case Rep Gastrointest Med. 2022;2022:7783074.
13. Ali T, Tomka J, Bakirli I, Bakirov I. Surgical Treatment of Wilkie's Syndrome by Vascular Transposition. Cureus. abril de 2022;14(4):e24251.
14. Cervantes Pérez E, Martínez-Soto Holguín MC, Díaz Juárez JP, Reyes Ramírez ALDC. [Wilkie's syndrome caused by exogenous hyperthyroidism in a patient with primary autoimmune hypothyroidism: a case report and literature review]. Rev Gastroenterol Peru Organo Of Soc Gastroenterol Peru. 2020;40(3):274-7.
15. Requena-López AA, Mata-Samperio BK, Cuadra-Reyes LA, Casillas-Vargas R. Wilkie's syndrome as a cause of bowel obstruction in adults: A case report. Cir Cir. 2020;88(2):185-8.

### CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores señalan no tener conflictos de interés.

### FINANCIACIÓN

Los autores declaran que se financio el presente trabajo con recursos propios.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

*Conceptualización:* Vera Miranda Mariuxi Carolina, John Israel Galarza Mendoza, María Belén Herrera.

*Curación de datos:* Emanuel Josueph Yanez Veloz, Luis Dario Vásconez Nuela, Jorge Andres Calderon Ramirez.

*Análisis formal:* Shirley Medelaine Mero Rendon, Evelyn Paulett Lozano.

*Adquisición de fondos:* Shirley Medelaine Mero Rendon, Evelyn Paulett Lozano.

*Investigación:* Anthony Josué Solano Freire, Mireya Isabel Villon.

*Metodología:* Anthony Josué Solano Freire, Mireya Isabel Villon.

*Administración del proyecto:* Leydi Pilar Gallardo León, Stephanie Susana Alberca Bonila.

*Recursos:* Leydi Pilar Gallardo León, Stephanie Susana Alberca.

*Software:* Anthony Josué Solano Freire.

*Supervisión:* Leydi Pilar Gallardo León.

*Validación:* Stephanie Susana Alberca.

*Visualización:* Mireya Isabel Villon.

*Redacción - borrador original:* Vera Miranda Mariuxi Carolina, John Israel Galarza Mendoza, María Belén Herrera.

*Redacción - revisión y edición:* Vera Miranda Mariuxi Carolina, John Israel Galarza Mendoza, María Belén Herrera.