



V-045 - Descruzamiento duodenal en el síndrome de Wilkie

M. di Martino, E. Martín-Pérez, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Achalandabaso Boira, A. Abascal Amo, Á. Valdés de Anca y F. Díaz Rojas

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome del pinzamiento aortomesentérico o síndrome de Wilkie representa una rara causa de obstrucción intestinal alta, resultante de la compresión de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta abdominal. Fue descrito por primera vez por Von Rokitansky en 1842 y posteriormente definido en 1921 por Wilkie como íleo duodenal crónico. Presenta una incidencia del 0,0013-0,3%, más frecuente en adultos jóvenes, especialmente mujeres (2:1). El diagnóstico es de exclusión, en pacientes con clínica compatible y hallazgos radiológicos característicos: distancia entre la AMS y la aorta < 1 cm y un ángulo aorto-mesentérico < 25°. El tratamiento es inicialmente médico, en los casos refractarios está indicada la cirugía. Presentamos el caso de una paciente operada de un descruzamiento duodenal por síndrome de Wilkie y la revisión de una serie de 3 casos.

Caso clínico: Mujer de 24 años con molestias abdominales de tipo cólico tras la ingesta de 10 años de evolución. Empeoramiento en los últimos 18 meses, asociándose a náuseas post-prandiales e importante pérdida de peso. El dolor mejora con la posición genupectoral y con el decúbito lateral izquierdo. En la exploración: fenotipo marfanoide, IMC de 18,33 kg/m², distensión epigástrica y dolor a la palpación profunda sin irritación peritoneal en los episodios agudos. Tránsito gastrointestinal (EGD): dilatación de la primera, segunda y tercera porción duodenal, proximales a una imagen lineal de aproximadamente 12 mm. La TC abdominal confirma la dilatación del marco duodenal, con una distancia entre la aorta y la AMS en el cruce de la tercera porción duodenal de 5 mm y ángulo aorto-mesentérico de 20°. Tratamiento nutricional durante 4 meses, con escasa mejoría clínica y sin ganancia ponderal alguna. Ante los hallazgos clínico-radiológicos y el fracaso de tratamiento conservador, se informa al paciente sobre la sospecha diagnóstica de un síndrome de Wilkie y se le propone realizar una laparotomía exploradora. Intraoperatoriamente, se aprecia una clara estenosis de la tercera porción duodenal en la zona del cruce de la aorta y de la AMS y por tanto se procede a realizar un descruzamiento duodenal con duodenoyeyunostomía laterolateral. Postoperatorio sin incidencias, ganancia ponderal progresiva en los siguientes meses, mejora de la calidad de vida personal y social. Entre el 2012-2013 se han operados en nuestro centro 3 pacientes de síndrome de Wilkie, todos de sexo femenino, con una edad media de 25 años. En los tres casos se realizó un descruzamiento duodenal con duodenoyeyunostomía laterolateral. Evolución con disminución de las molestias post-prandiales y ganancia ponderal.

Discusión: El síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de Wilkie representa una entidad

clínica discutida desde hace años. Una vez descartada la patología orgánica y psiquiátrica, pacientes con una clínica típica, asociada a hallazgos radiológicos característicos y refractarios al tratamiento conservador son candidatos a un tratamiento quirúrgico. Distintas alternativas quirúrgicas han sido propuestas a lo largo de los años, sin embargo hoy en día no existe suficiente evidencia científica que defina unas indicaciones precisas de la cirugía o la estrategia quirúrgica más adecuada.