



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-040 - Abordaje laparoscópico del síndrome de la pinza aortomesentérica mediante lisis del ligamento de Treitz y liberación duodenal

Pintor Tortolero, José; Castell, José Tomás; Gutiérrez, Eduardo; Acevedo, Anais; Díaz, Joaquín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir la presentación clínica, diagnóstico y el abordaje laparoscópico como alternativa en el tratamiento del síndrome de la pinza aortomesentérica (síndrome de Wilkie) Es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta de origen vascular producida por una compresión extrínseca de la tercera porción duodenal a su paso entre el origen de la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta abdominal (AA). Presenta una incidencia del 0,013-1%, es más frecuente en mujeres jóvenes y de constitución delgada. El cuadro clínico característico es pérdida de peso, hiporexia, vómitos y dolor abdominal posprandial de larga evolución. Éste mejora con las maniobras que aumentan el ángulo aortomesentérico como la posición genupectoral en sedestación. El diagnóstico de imagen mediante EGD y TC objetiva una disminución del ángulo aorto-mesentérico ($< 25^\circ$) y de la distancia AMS-AA (< 1 cm). El manejo inicial es conservador, reservándose la cirugía para los casos refractarios.

Caso clínico: Mujer de 21 años que presenta dolor abdominal epigástrico y vómitos de 2 años de evolución. El dolor es posprandial, tipo cólico y mejora con cambios posturales como la posición genupectoral en sedestación. Refiere pérdida de peso de 4 kg e hiporexia secundaria a sitofobia. En tratamiento con suplementos nutricionales durante 3 meses sin evidenciarse ganancia ponderal. No otros antecedentes de interés. Tratamiento habitual: motilium, ranitidina. Se realiza estudio con pruebas complementarias. Endoscopia: sin hallazgos de interés. Manometría esofágica: Esfínter esofágico inferior normotenso con disfunción leve. Trastorno motor de cuerpo esofágico inespecífico leve con hipercinesia en 2/3 distales. Esfínter esofágico superior normotenso con buena función. EGD: Hipotonía del asa duodenal con impronta extrínseca longitudinal sobre tercera porción duodenal que produce un antiperistaltismo del asa duodenal más acusado en decúbito prono que en supino así como dilatación de tercera porción duodenal llegando a alcanzar los 37 mm. Resto de tercera y cuarta porción duodenales normales. TC abdominal: disminución de la grasa mesentérica con un ángulo aortomesentérico disminuido de 18° y dilatación retrógrada de segunda y tercera porción duodenal. No compresión de vena renal izquierda. Ante estos hallazgos y fallo del tratamiento médico, se decide tratamiento quirúrgico con sección del ligamento de Treitz y liberación duodenal laparoscópica con 3 trócares (técnica de Strong). Evolución favorable. Inicia tolerancia oral en 1^{er} día postoperatorio, y alta al 4^o día postoperatorio, sin complicaciones y con EGD de control, que muestra buen paso de contraste a nivel de tercera porción duodenal y del ángulo duodenoeyunal sin observarse antiperistaltismo. Tránsito por yeyuno proximal sin alteraciones. Seguimiento en consulta al primer y sexto mes, mejoría clínica, desaparición de

vómitos y ganancia ponderal.

Discusión: Se han propuesto distintas alternativas quirúrgicas sin que exista suficiente evidencia científica de cuál es la técnica más adecuada. Pensamos que la sección del ligamento de Treitz y liberación duodenal por abordaje laparoscópico es una alternativa inicial segura y adecuada ya que presenta un porcentaje de éxito del 75%, evita someter al paciente al riesgo de una anastomosis, asocia los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva y en los casos de recidiva permite realizar técnicas más invasivas de forma segura.