



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-041 - DUODENOEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

Fernández Martínez, Daniel; Rodríguez Infante, Antonio; Gonzales Stuva, Jessica Patricia; Rodríguez Uría, Raquel; Sanz Álvarez, Lourdes; Rodicio Miravalles, José Luis; Vázquez Velasco, Lino; Turienzo Santos, Estrella Olga

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie o pinza aortomesentérica, descrita por primera vez por Von Rokitansky en 1861, consiste en una obstrucción de la tercera porción duodenal por compresión extrínseca debida a una disminución del ángulo formado entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Se trata de una entidad rara, con una incidencia de 0,013-0,3% de la población. Es más frecuente en el sexo femenino y adultos jóvenes; y la mayoría de los casos se manifiesta como una pérdida ponderal importante. Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de pinza aortomesentérica que se trató quirúrgicamente.

Caso clínico: Mujer de 24 años sin antecedentes personales de interés, que consultó por pirosis, dispepsia, náuseas y epigastralgia posprandiales de 4 años de evolución, asociado a pérdida de peso de 18 Kg. Exploración física: IMC 19 Kg/m². Exploración abdominal: molestias a la palpación en epigastrio. Analítica: normal. Endoscopia digestiva alta: no se apreciaron hallazgos patológicos hasta segunda porción duodenal, salvo leve gastritis antral. Ecografía abdominal: significativa disminución del ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. AngioTC de abdomen: compresión de la tercera porción duodenal por la arteria mesentérica superior, como consecuencia de una disminución del ángulo que conforma con la aorta (17°), y una distancia entre ambas de 6 mm. Con el diagnóstico de síndrome de Wilkie y tras fracaso del tratamiento conservador con suplementos, hábitos dietéticos personalizados y medidas posturales, se decidió cirugía. A través de abordaje laparoscópico, se realizó duodenoeyunostomía latero-lateral con reconstrucción en Y de Roux. El postoperatorio cursó sin incidencias. Fue alta al 9º día tras la cirugía. A los 6 meses de seguimiento está asintomática, con recuperación de pérdida ponderal y sin evidencia de estenosis, ni fuga de la anastomosis duodenoeyunal en estudio gastroduodenal de control.

Discusión: La etiología del síndrome de Wilkie es muy variada, incluyendo enfermedades consuntivas, trastornos de alimentación, postoperatorio prolongado o traumatismos severos. La presentación clínica es muy inespecífica (dolor epigástrico, pérdida de peso, saciedad precoz, náuseas y vómitos), por lo que su diagnóstico suele ser difícil y frecuentemente se realiza por exclusión. El estudio complementario con mayor sensibilidad es la angioTC abdominal, que manifiesta una disminución del ángulo aortomesentérico, considerándose patológico menor de 22°, y una distancia entre ambas estructuras vasculares menor a 8 mm. El tratamiento de esta entidad

suele iniciarse con medidas conservadoras, como corrección de alteraciones hidroelectrolíticas, maniobras posturales y recuperación del estado nutricional. En caso de fracaso, se indica cirugía. Existen diversas técnicas quirúrgicas, entre las que se destacan gastroyeyunostomía, duodenoyeyunostomía o la intervención de Strong. Según la literatura, la duodenoyeyunostomía es el procedimiento de elección, con una tasa de éxito superior al 90%. Debemos resaltar, que el empleo de técnicas mínimamente invasivas, como en nuestro caso, aporta numerosas ventajas, tales como disminución del dolor postoperatorio, reducción de la morbilidad y menor estancia hospitalaria.