



VC-090 - DESCENSO DUODENAL LAPAROSCÓPICO EN EL SÍNDROME DE WILKIE

Carrillo Molina, María de los Llanos; González Revilla, Elena; Cano Padilla, Carlos; López Pérez, Pilar; García Rosique, Adrián; Lacasa Martín, David; del Barrio Anaya, Sandra; Aís Conde, Juan Guillermo

Complejo asistencial de Segovia, Segovia.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie (o síndrome de la arteria mesentérica superior) es una entidad poco frecuente que consiste en compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta y la arteria mesentérica superior (AMS). Afecta principalmente a mujeres jóvenes, con clínica de dolor postprandial, saciedad y pérdida de peso. El descenso duodenal (técnica de Strong) consiste en la lisis del ligamento de Treitz, liberando la tercera porción duodenal para descolgarla del ángulo aortomesentérico. La utilización de técnicas mínimamente invasivas (laparoscopia o cirugía robótica) supone una mejor recuperación e inicio precoz de la tolerancia oral.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 22 años en seguimiento por servicio de Digestivo desde hace 6 años por dolor posprandial, saciedad precoz y pérdida de peso (índice de masa corporal 17,58). Test de aliento, gastroscopia y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Ausencia de mejoría tras iniciar tratamiento conservador y retirada de gluten y lactosa en la dieta. Valorada por salud mental sin objetivar patología subyacente, por lo que es derivada a consulta de Cirugía General. Ante la sospecha de síndrome de Wilkie se realizó TAC abdominal objetivando ángulo aortomesentérico de 13°, con compresión de la tercera porción duodenal y de la vena renal izquierda. Tránsito esófago-gastro-duodenal con baja motilidad gástrica y evacuación enlentecida, marco duodenal sin dilataciones o compresiones. Ante fracaso del tratamiento conservador con dieta fraccionada y soporte nutricional se propone tratamiento quirúrgico, optando por realizar un descenso duodenal laparoscópico según técnica de Strong. Evolución posoperatoria favorable, pudiendo reanudar dieta oral con buena tolerancia, desaparición del dolor postprandial y ganancia ponderal mantenida en el primer año posoperatorio.



Discusión: El síndrome de Wilkie se define como compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la AMS. El ángulo aortomesentérico normal es de entre 38 y 65 grados. La distancia aortomesentérica normal es de 10 a 34 mm. En el síndrome de Wilkie ambos parámetros se encuentran disminuidos. Esta entidad tiene una incidencia estimada del 0,1 al 0,3% y afecta principalmente a mujeres jóvenes. Los síntomas suelen ser vagos e inespecíficos, destacando dolor epigástrico postprandial, saciedad y pérdida de peso. El TAC abdominal nos permite medir el ángulo y la distancia aortomesentéricos y el tránsito esofagogastroduodenal puede mostrar dilatación duodenal. El tratamiento inicial es conservador mediante soporte nutricional, cuando fracasa está indicado el tratamiento quirúrgico. Entre las técnicas utilizadas para el tratamiento del síndrome de Wilkie se encuentran la gastroyeyunostomía, el descenso duodenal (técnica de Strong) y la duodenoyeyunostomía. La duodenoyeyunostomía se considera el tratamiento de elección, con tasas de éxito de hasta el 90%. La técnica de Strong es una alternativa menos invasiva, ya que no implica anastomosis. Consiste en seccionar el ligamento de Treitz para movilizar el duodeno y separarlo de la zona más estrecha del ángulo aortomesentérico. Tiene tasas de éxito entre el 70-80% de los casos y permite realizar una yeyunostomía posteriormente si hay persistencia de los síntomas. La utilización de abordajes mínimamente invasivos supone menor estancia operatoria y rápida recuperación funcional.