



VP-010 - DUODENOYEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

Planells Roig, Manuel; Trullenque Juan, Ramón; Santarrufina, Sandra; González, Paula; Paya, Carmen; Sebastián, Juan Carlos; Díez, José Ángel; Armañanzas Villena, Ernesto

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie o pinza aortomesentérica, descrita por primera vez por Von Rokitsky 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 asociada a sintomatología gastrointestinal superior variable pudiendo diagnosticarse el paciente de múltiples entidades por el overlap sintomático que tiene. Se presenta un caso de una paciente con diagnóstico de pinza aortomesentérica que se trató quirúrgicamente por laparoscopia mediante duodenoyeyunostomía latero lateral.

Caso clínico: Mujer de 35 años con historia recurrente de epigastralgia no irradiada asociada a la ingesta y cambio progresivo de la dieta hasta reducir esta a una sola ingesta nocturna, pues el periodo que precisaba para la digestión ocupaba toda la noche y de hecho su única ingesta el resto del día era de líquidos. Fue intervenida previamente de colecistectomía laparoscópica por presentar lesiones polipoideas de vesícula biliar a las que se etiquetó de responsables del cuadro clínico. En los estudios preoperatorios se demostró dilatación gástrica y duodenal. La esofagogastroscoopia mostro esofagitis A sin hernia de hiato asociada y ausencia de patología duodenal junto a gastritis antral Hp negativa. La ecografía Doppler apuntó a la posible existencia de pinza aorto mesentérica que fue confirmada mediante estudio angioTAC al comprobar un ángulo aortomesentérico de 15 grados y una distancia aortomesentérica de 7 mm. Además la vena renal izquierda mostraba dilatación clara sin obstrucción por la compresión duodenal crónica y la reducción del espacio aortomesentérico. El estudio con angioTAC y Gastrografin confirmó el diagnóstico de estenosis duodenal de la tercera porción por pinza aortomesentérica y excluyó síndrome arcuato. A través de abordaje laparoscópico, se realizó duodenoyeyunostomía latero-lateral con autosutura. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dada de alta tras estudio TAC contrastado con Gastrografin al 5º día postoperatorio. La paciente manifestó desde el primer día postoperatorio su mejoría sintomática al desaparecer la epigastralgia posprandial inmediata que presentaba previamente con la ingesta. El vídeo muestra el procedimiento quirúrgico con abordaje laparoscópico, movilización del colon transverso y localización por transparencia de la tercera porción duodenal. Sección de la cubierta peritoneal duodenal y movilización de la primera asa yeyunal hasta una posición sin tensión que permita la anastomosis duodenoyeyunal latero lateral

que se realizo con una endogia carga vascular - media de 45 y cierre del ojal anastomótico con sutura barbada de 3/0. Se utilizo un drenaje aspirativo perianastomótico.

Discusión: En nuestra experiencia (3 casos en los últimos 5 años) y la de la literatura, la duodenoyeyunostomía laparoscópica es el procedimiento de elección con una tasa de éxito superior del 100%.