



P-184 - SUPERIORIDAD DE LA DUODENOYEURONOSTOMÍA SOBRE LA TÉCNICA DE STRONG EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Muñoz Plaza, Nerea; León Miranda, Raquel; Vidal Doce, Óscar; Domínguez Arroyo, Idoia; Cabriada García, Guillermo; López Rodríguez, Beatriz; González Prado, Cristina; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal proximal por compresión de la tercera porción duodenal. Esto ocurre cuando el ángulo formado por la arteria mesentérica superior y la aorta está disminuido (entre 6 y 22 grados), o lo que es lo mismo, la distancia aortomesentérica es menor de lo que corresponde (entre 2 y 8mm). Este fenómeno puede estar precipitado por una pérdida severa de peso que provoque adelgazamiento de la grasa retroperitoneal en dicha localización. La prueba de imagen de elección es el estudio baritado, aunque los hallazgos en el angio-TC ayudan a corroborar la sospecha. El tratamiento es de inicio conservador para la ganancia de peso, en ocasiones con ayuda de sonda nasointestinal, yeyunostomía percutánea o nutrición parenteral. En los casos refractarios se recurre a la intervención quirúrgica, pudiendo optar por diferentes técnicas descritas efectivas: el procedimiento de Strong, la gastroyeyunostomía y la duodeno-yeyunostomía. La ganancia ponderal posoperatoria con la consecuente desaparición de los síntomas demuestra un exitoso tratamiento.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 19 años con un cuadro clínico de 4 meses de evolución que comienza en forma de diarrea con dolor abdominal y posteriormente continua con vómitos e intolerancia oral los últimos 2 meses. Como consecuencia había perdido 10 kg de peso y presentaba marcada debilidad muscular. Durante un ingreso hospitalario se le habían practicado pruebas complementarias (ecografía, gastroscopia, colonoscopia y cápsula endoscópica) con resultados normales. Tras acudir a urgencias por agudización clínica se le realiza finalmente una TC donde se diagnostica síndrome de Wilkie: se describe estrechamiento del espacio aortomesentérico con ángulo vascular aproximado de 22 grados y distancia aortomesentérica de 4 mm, generando impronta sobre la tercera porción duodenal. Tras 4 semanas de manejo hospitalario conservador no efectivo, se decide la indicación de intervención quirúrgica preferente. Se realiza una técnica de Strong por vía laparoscópica: se secciona el ligamento de Treitz y se disecciona hasta la completa liberación de duodeno y yeyuno para su lateralización a la derecha del paquete vascular mesentérico superior. En la evolución posoperatoria no se obtuvo remisión clínica, por lo que 4 semanas después se decide reintervención y realización de una duodeno-yeyunostomía laparoscópica. Finalmente se pudo observar una buena evolución temprana con mejoría clínica y ganancia ponderal progresiva.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una entidad rara para cuyo diagnóstico es necesario un elevado índice de sospecha, así como descartar otras patologías más frecuentes. El manejo conservador consigue la desaparición de la clínica en muchos casos, sin embargo, es necesario recurrir a la cirugía cuando tras 4-6 semanas no se consigue la evolución favorable. En adultos se debe considerar como primera opción la duodeno-yeyunostomía laparoscópica. No obstante, la técnica de Strong es de elección en pacientes pediátricos en los que el fenómeno se relaciona más con condiciones congénitas predisponentes. En el presente caso clínico se evidencia el fracaso de la técnica de Strong, siendo necesaria la reintervención y conversión a duodeno-yeyunostomía laparoscópica, finalmente con éxito.