



## V-018 - DUODENOEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

*Crespo García del Castillo, Vanesa; Morandeira Rivas, Antonio; Valentín Madrid, Ana Begoña; Arias Ortega, María; Corral Sánchez, Miguel Ángel; López Saiz, María; Herrero Bogajo, María Luz; Moreno Sanz, Carlos*

*Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.*

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta. Se produce por compresión de la tercera porción duodenal debido a la disminución del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Su tratamiento inicial es conservador, reservándose la cirugía para los casos refractarios al tratamiento médico. Presentamos en este vídeo el tratamiento quirúrgico de esta patología mediante duodenoyeyunostomía laparoscópica.

**Caso clínico:** Mujer de 18 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor epigástrico de predominio posprandial de un año de evolución que mejora con la posición genupectoral. Refiere vómitos y pérdida de 10 Kg de peso por lo que se realiza ecografía abdominal donde se objetiva disminución de la distancia entre las arterias aorta y mesentérica superior. El estudio gastroduodenal muestra dilatación gástrica y del marco duodenal, identificándose en la angio-resonancia una disminución tanto del ángulo aorto-mesentérico ( $13^\circ$ ) como de la distancia aorto-mesentérica (3 mm). Ante estos hallazgos se establece el diagnóstico de síndrome de Wilkie y se inicia tratamiento conservador con soporte nutricional y procinéticos. A pesar del tratamiento médico la paciente no presenta mejoría, planteándose tratamiento quirúrgico mediante duodenoyeyunostomía laparoscópica. En decúbito supino, se realiza neumoperitoneo con trócar de Hasson infraumbilical y colocación de trócar de 12 mm en fosa ilíaca izquierda y dos trócares de 3 mm en región subcostal derecha y fosa iliaca derecha. La cirugía comienza con la identificación y disección de la segunda y tercera porción duodenal. A continuación se localiza el ángulo de Treitz y se escoge un asa yeyunal adecuada que se anastomosa latero-lateral al duodeno utilizando endograpadora lineal. El estudio gastroduodenal tras la cirugía muestra una anastomosis con buen paso del contraste. La paciente comienza la ingesta oral al segundo día y es dada de alta en el sexto día postoperatorio, encontrándose, a los 6 meses de la intervención, asintomática desde el punto de vista digestivo y con recuperación del peso perdido.

**Discusión:** Se han propuesto diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento del síndrome de Wilkie sin que exista suficiente evidencia de cuál de ellas es la más adecuada. La duodenoyeyunostomía laparoscópica se ha convertido en la técnica más empleada en los últimos años debido a su alta tasa de éxito.