



## V-086 - DUODENOYEUUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

*Martí Gelonch, Laura; Eizaguirre Letamendia, Emma; Asensio Gallego, José Ignacio; Larburu Echániz, Santiago; Enríquez Navascués, José María*

*Hospital Donostia, San Sebastián.*

### Resumen

**Objetivos:** Dar a conocer las manifestaciones clínicas y diagnóstico del síndrome de Wilkie (síndrome de la arteria mesentérica superior) y mostrar el tratamiento recibido. Se presenta un caso tratado en nuestro centro. Se revisa la literatura publicada hasta la fecha y se confecciona un vídeo con los puntos clave del caso y el tratamiento recibido.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 23 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, estudiado por el Servicio de Digestivo por clínica de dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómitos y pérdida de peso de 10 kg en los últimos 2 años. Se realizan analítica y gastroscopia sin presentar hallazgos patológicos y posteriormente TAC abdominopélvico y estudio esofagogastroduodenal (EGD). En el TAC se objetiva una compresión de la tercera porción duodenal de causa vascular, entre la arteria aorta (AA) y el origen de la arteria mesentérica superior (AMS), con un ángulo entre ambas arterias de 19°. El EGD confirma dicha compresión, por lo que tras ser diagnosticado de síndrome de Wilkie (o síndrome de la AMS) se plantea tratamiento quirúrgico mediante la realización de una duodenoyeyunostomía laparoscópica. Durante la cirugía se observa dilatación de la segunda porción duodenal secundaria a la obstrucción vascular. Se proceder a disecar la segunda y tercera porción duodenal, a la derecha de la AMS. Posteriormente se localiza el ángulo de Treitz y se realiza una duodenoyeyunostomía latero-lateral mecánica a nivel de la segunda porción duodenal, sin presentar complicaciones intra/postoperatorias. En la actualidad el paciente se encuentra asintomático, con buena tolerancia a la dieta oral y no ha presentado ninguna complicación tras la cirugía.

**Discusión:** El síndrome de Wilkie o de la AMS es una causa poco frecuente (0,2-1%) de obstrucción intestinal, de origen vascular, producida por una compresión extrínseca del duodeno entre la MAS y la AA. Es más habitual en mujeres y puede ser de origen congénito (ligamento de Treitz corto, origen bajo de la AMS) o bien adquirido (secundario a una importante pérdida de peso o a deformaciones óseas que determinen una hiperextensión dorsal). Habitualmente se manifiesta como dolor abdominal postprandial junto con vómitos y pérdida de peso. El diagnóstico se suele realizar mediante TAC o EGD, objetivando la compresión de la tercera porción duodenal entre la AA y la AMS, con un ángulo entre ambas  $< 25^\circ$ . Entre las opciones terapéuticas, se ha descrito el procedimiento de Strong (liberación del ligamento de Treitz) con tasas de fracaso de hasta el 25% de los casos, la realización de una gastroyeyunostomía o bien, como en nuestro caso, una

duodenoyeyunostomía, con tasas de éxito de hasta el 90% de los casos.