



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-167 - ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL SÍNDROME DE WILKIE O DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIO A DESNUTRICIÓN ONCOLÓGICA

Lavín Montoro, Lucía; Vivas López, Alfredo A.; García Picazo, Alberto; Pérez Zapata, Ana; Pardo Díaz, Javier; Orellana León, María; García Borda, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior representa una causa infrecuente de obstrucción intestinal alta. Se presenta con frecuencia en mujeres de mediana edad (20-40 años). Etiológicamente se produce al reducirse el panículo adiposo presente entre la aorta y la arteria mesentérica superior, comprimiéndose de esta forma la tercera porción del duodeno por la arteria mesentérica superior al presentar un ángulo o distancia aortomesentérica menor a 25° o 10 mm. Por tanto, el factor de riesgo principal es la pérdida de peso ya sea por patología psiquiátrica o médica. El diagnóstico es radiológico (TAC abdominal con contraste intravenoso). La clínica se compone de intolerancia digestiva, con náuseas, vómitos y dispepsia. El tratamiento varía en función de la afectación clínica y del estado general del paciente, desde el tratamiento conservador con nutrición enteral o parenteral, hasta en el 75% de los casos la intervención quirúrgica, pudiéndose realizar duodenoyeyunostomía laparoscópica (90% de éxito), gastroyeyunostomía o duodenoyeyunostomía en Y de Roux.

Caso clínico: Paciente de 48 años, con antecedente quirúrgico de amputación abdominoperineal laparoscópica por adenocarcinoma de recto bajo T3N2 en marzo de 2021, con posoperatorio sin incidencias. Posteriormente presenta importante pérdida de peso en contexto posoperatorio, comenzando a las 2 semanas de la intervención quirúrgica con clínica obstructiva, por lo que acude al Servicio de Urgencias. Se solicita TAC abdominopélvico con contraste i.v, objetivándose disminución de calibre de duodeno en su tercera porción y compresión externa en pinza aortomesentérica. Dado el aceptable estado de la paciente, se opta por manejo conservador mediante optimización nutricional parenteral y enteral. Sin embargo, tras varias semanas la paciente persiste con los síntomas sin lograrse ganancia ponderal, por lo que se decide realizar dudodenoyeyunostomía laparoscópica. El posoperatorio transcurrió sin incidencias, iniciándose tolerancia oral en su cuarto día posquirúrgico. Al mes en consulta la paciente refería mejoría clínica y ganancia de 2-3 kg de peso.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una causa infrecuente de obstrucción del tracto digestivo superior. La etiopatogenia se asocia más a trastornos psiquiátricos que médicos, a diferencia de lo que ocurría en el caso. La clínica suele ser poco específica, por lo que es necesario un alto grado de sospecha clínica. El manejo terapéutico suele ser gradual, iniciándose medidas de soporte

nutricional para implementar la ganancia ponderal y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas. Sin embargo, frecuentemente estas medidas no son suficientes y es necesario recurrir a la cirugía. La técnica quirúrgica de elección es la duodenoyeyunostomía laparoscópica, que ofrece gran tasa de éxito. Nuestra paciente pudo por tanto beneficiarse de un abordaje quirúrgico mínimamente invasivo tanto a nivel del CCR como del síndrome de Wilkie. El síndrome de Wilkie es una causa infrecuente de dolor abdominal y obstrucción intestinal. El factor de riesgo principal es la pérdida de peso, siendo infrecuente la causa oncológica, aún así no debemos obviarla. Por ello hay que tener un alto grado de sospecha ante una clínica inespecífica de obstrucción digestiva con factores de riesgo asociados de pérdida de peso.