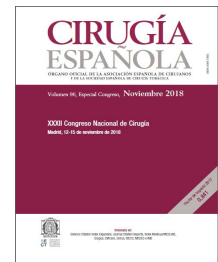




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-336 - DUODENOYEURONOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Barquín, José; Priego, Pablo; Juez, Luz Divina; Cuadrado, Marta; García-Moreno, Francisca; Ballester, Araceli; Galindo, Julio

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) es una entidad infrecuente (0,2-1%). El síndrome se caracteriza por una obstrucción extrínseca de la tercera porción del duodeno a nivel de la salida de la AMS en la aorta. La clínica es variada y por tanto difícil de diagnosticar.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mujer de 24 años con historia de un año de evolución de dolor y distensión abdominal, vómitos postprandiales, pérdida importante de peso (20 kg) y anorexia secundaria al dolor. El dolor mejora con cambios posturales como la posición genu-pectoral en decúbito lateral izquierdo. Se realiza una endoscopia oral, que fue normal. En el angio-TAC y el tránsito gastrointestinal (TGI), se observa una dilatación de la 2ª y 3ª porción duodenal debido a una compresión extrínseca secundaria a la salida de la arteria mesentérica superior de la aorta abdominal. Se realiza duodenoyeuronostomía laparoscópica que transcurre sin incidencias, siendo dada de alta al 4º día postoperatorio. Caso clínico 2: mujer de 31 años con clínica desde la infancia de dolor abdominal en epigástrico/hipocondrio derecho, que relaciona con las comidas junto con vómitos para aliviar el dolor. Como antecedentes personales únicamente destaca un síndrome de ovario poliquístico y dos intervenciones de abscesos perianales. Se realiza angio-TAC que objetiva un mínimo grado de angulación entre la aorta y la AMS, así como disminución del espacio para el paso de la 3ª porción del duodeno y de la vena renal izquierda, que se encuentra dilatada. En el TGI el bulbo duodenal presenta morfología normal, sin evidencia de úlcus ni alteraciones en la mucosa. El asa duodenal muestra a nivel de la tercera porción cierto estrechamiento con paso del contraste prácticamente normal. Asas de yeyuno sin alteraciones. Endoscopia oral normal. La paciente es intervenida realizándose duodenoyeuronostomía laparoscópica que transcurre sin incidencias y es dada de alta al 3º día postoperatorio. La paciente refiere desaparición de la sintomatología con ausencia de dolor abdominal ni vómitos con la ingesta, así como reganancia de peso. Caso clínico 3: varón de 59 años con clínica de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo y pérdida de peso de varios años de evolución. Aparentemente no asocia vómitos con la ingesta, aunque el dolor es más acusado por la noche tras la cena. El estudio mediante endoscopia oral, colonoscopia y TGI son normales. En angio-TAC se observa un pinzamiento del duodeno y de la vena renal izquierda con una angulación entre la aorta y la AMS de 14º. La distancia entre la aorta y la AMS es de 3 mm. El paciente es intervenido realizándose duodenoyeuronostomía laparoscópica, siendo dado de alta al 5º día. Tras la intervención, el paciente refiere desaparición del dolor invalidante que tenía en

hipocondrio izquierdo.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una entidad poco frecuente, que implica un reto diagnóstico en pacientes con síntomas de tubo digestivo proximal como dolor epigástrico, náusea, vómito y pérdida de peso. El tratamiento debe ser quirúrgico y de las alternativas existentes la derivación duodenoyeyunal laparoscópica es la mejor opción.