



V-017 - TÉCNICA DE STRONG ROBÓTICA EN EL SÍNDROME DE WILKIE

Acosta Mérida, M.^a Asunción; Callejas Vallejo, Inmaculada; Piñero González, Luis; Casimiro Pérez, José Antonio; Bañolas Suárez, Raquel; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Callejón Cara, M.^a del Mar; Suárez Cabrera, Aurora

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior también conocido como síndrome de Wilkie, se caracteriza por la compresión del duodeno en su tercera porción. Es debido a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. La clínica suele incluir síntomas de oclusión gastrointestinal alta, aunque es muy variable, pudiendo presentarse de forma aguda o ser de evolución crónica. La técnica de elección para su diagnóstico es el TAC, que puede evidenciar una reducción del ángulo aortomesentérico (el ángulo normal oscila entre 38 y 65°). Si bien se suele intentar un manejo inicial conservador y sintomático, el tratamiento definitivo es quirúrgico, con diferentes posibilidades técnicas y sin unanimidad sobre la preferencia de una u otra. Presentamos un vídeo que describe la técnica de Strong para el tratamiento de este cuadro, mediante abordaje robótico.

Caso clínico: Mujer de 23 años con antecedente de teratoma maligno ovárico tratado con quimioterapia y anexectomía izquierda laparoscópica seis años antes. Refiere episodios de epigastalgia no relacionada con la ingesta ni otros desencadenantes reconocibles, de más de dos años de evolución y acompañados vómitos alimentarios y diarreas. Ha perdido 5 Kg en este periodo (peso actual 57,5 kg). No asocia fiebre. El TAC abdominal objetiva reducción del ángulo y distancia aortomesentéricos (20° y 6 mm respectivamente). Tras falta de respuesta al tratamiento conservador se plantea intervención quirúrgica, cuyos pasos técnicos se resumen a continuación: (1) Acceso robótico con cuatro trócares de 8 mm alineados a nivel umbilical. (2) Revisión de la cavidad, lisis de adherencias y ascenso del epiplón mayor y colon transverso. (3) Exposición del ángulo de Treitz y sección del mismo mediante tijera robótica. (4) Liberación de la cuarta porción duodenal y descenso de la misma. (5) Apertura del mesocolon transverso a nivel del borde inferior de la tercera porción duodenal. (6) Liberación del borde inferior del duodeno y prolongación hacia la cuarta porción, elaborando un túnel por detrás de los vasos mesentéricos superiores. (7) Descenso holgado de la tercera y cuarta porción duodenal, que queda liberado y sin compresión. (8) Revisión, retirada de trócares bajo visión directa y cierre. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta dos días tras la intervención, sin dolor y con buena tolerancia oral. Seguimiento posterior en consulta de cirugía, sin clínica abdominal.

Discusión: Existen varias técnicas quirúrgicas para el manejo del síndrome de Wilkie. Algunas como la gastroyeyunostomía o la duodenoyeyunostomía, pretenden sortear la compresión duodenal mediante anastomosis. Sin embargo, la técnica de Strong realiza una liberación de la 3a-4a porción

duodenal tras sección del Treitz haciendo descender el duodeno a un lugar de mayor apertura del ángulo aortomesentérico. Esta intervención evita la apertura gastrointestinal y anastomosis, permitiendo una opción menos agresiva que, además, deja abierta la posibilidad de un *bypass* en caso de que no logre la resolución del cuadro. En tres cuartos de los pacientes sometidos a esta intervención se obtiene el éxito terapéutico. La asistencia robótica aporta un paso más en las ventajas en la mínima invasión, respecto a la laparoscopia.