



P-695 - RUPTURA DE QUISTE HEPÁTICO SIMPLE COMO COMPLICACIÓN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A SÍNDROME DE WILKIE

Hurtado de Rojas Grau, Cristina; Castillo Tuñón, Juan Manuel; Rubio Castellanos, Cristina; Gil Olarte, María Ángeles; Reguera Rosal, Julio; García García, Alberto; López Ruiz, José Antonio; Morales Conde, Salvador

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie constituye una causa rara de obstrucción intestinal alta ocasionada por la compresión extrínseca de la 3.^a porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Las principales complicaciones de esta enfermedad son sangrado, úlcera esofágica, gástrica y duodenal, isquemia y necrosis gástrica. El objetivo de este trabajo es presentar una rara complicación del síndrome de Wilkie, que, hasta nuestro conocimiento, no ha sido descrito en la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 56 años con antecedentes personales de esclerosis múltiple y un quiste hepático simple diagnosticado en 2015. Acude a urgencias por dolor abdominal acompañado de vómitos y estreñimiento de 1 semana de evolución. A la exploración destaca estabilidad hemodinámica y distensión abdominal, palpándose la cámara gástrica hasta región suprapúbica, sin signos de irritación peritoneal. En el TAC abdomino-pélvico realizado se observa una gran dilatación gástrica que comprime el lóbulo hepático izquierdo y condiciona la ruptura del quiste simple, todo ello ocasionado por un síndrome de Wilkie. Dada la estabilidad hemodinámica se decide tratamiento conservador de entrada. Sin embargo, debido a la falta de respuesta al tratamiento instaurado se decide optimización y cirugía. Se realiza laparotomía exploradora evidenciándose un gran quiste hepático roto (10-12 cm), el lóbulo hepático izquierdo comprimido y desplazado por la compresión extrínseca del estómago y gran dilatación gastroduodenal hasta 3.^a porción del duodeno. Dado los hallazgos se decide aspirado y destechamiento del quiste hepático con duodenoyeyunostomía como tratamiento de la pinza aortomesentérica. La paciente fue dada de alta a las 3 semanas de la intervención con un tránsito intestinal restablecido y sin complicaciones.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una patología infrecuente con una incidencia mayor en mujeres que en hombre, con una proporción 3:2 respectivamente. Su etiología es variada, siendo alguna de las causas más frecuentes la pérdida de peso excesiva, patología raquídea, cirugías intestinales, o alteraciones congénitas como un ligamento de Treitz corto o hipertrófico. Característicamente los síntomas son inespecíficos siendo las más frecuentes náuseas, vómitos, dolor epigástrico, saciedad temprana, malestar postprandial, distensión abdominal y pérdida de peso. Sin embargo pueden condicionar un cuadro agudo de obstrucción intestinal alta con dilatación gástrica. En cuanto al diagnóstico se requiere de un alto índice de sospecha, siendo el angio-TAC la técnica de elección. Existen diversas complicaciones de este síndrome, constituyendo las más frecuentes son las

gastrointestinales las más frecuentes con un 25-59%. El tratamiento inicial es conservador y se basa en corrección hidroelectrolíticas, soporte nutricional y descompresión del tracto gastrointestinal con maniobras posturales y colocación de SNG. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento conservador. Estando indicada, principalmente, la duodenoyeyunostomía. Otras opciones son la gastroyeyunostomía y el procedimiento de Strong. En este caso nos encontramos con una paciente con factores de riesgo para el desarrollo de un síndrome de Wilkie: mujer joven, IMC bajo, escoliosis y encamamiento prolongado debido a su esclerosis múltiple. La gran dilatación gástrica que presentaba genero una compresión extrínseca del hígado con la consecuente ruptura del quiste simple.