



P-257 - SÍNDROME DE WILKIE; REVISIÓN DEL TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO

Sepúlveda Martín, Irene; Hernández Gutiérrez, Jara; López Pardo, Rafael; Aranzana Gómez, Aurelio Francisco; Trinidad Borrás, Anna

Complejo Hospitalario, Toledo.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie es una enfermedad poco habitual caracterizada por la compresión de la tercera porción del duodeno por la arteria mesentérica superior. Clínicamente, se puede presentar como náuseas y vómitos persistentes, dolor epigástrico posprandial, reflujo esofágico, saciedad precoz, intolerancia alimentaria, anorexia u obstrucción duodenal. Su diagnóstico es de exclusión e incluye técnicas radiológicas como la TC, endoscopia y el estudio gastroduodenal con contraste (EGD), entre otros. El tratamiento inicial puede ser conservador; con reposición de líquidos y electrolitos, reposo intestinal y ganancia de peso, o quirúrgico, siendo de elección la duodenoyeyunostomía laparoscópica. Revisión de la evidencia científica disponible sobre el síndrome de Wilkie, a propósito de un caso clínico.

Caso clínico: Mujer de 24 años con antecedente de síndrome de Wilkie en tratamiento conservador. Acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico irradiado a tórax con náuseas y vómitos. A la exploración, únicamente presenta dolor a la palpación epigástrica. En la analítica destacan leucocitosis con neutrofilia y alcalosis respiratoria. Se solicita EGD urgente donde se objetiva tránsito enlentecido por marco duodenal con leve aumento de calibre. Se decide ingreso para control del dolor y estudio. En la TC se objetiva un ángulo aortomesentérico reducido (17°), con compresión extrínseca significativa de la vena renal izquierda y de la porción horizontal duodenal (síndrome de Wilkie). Y en la gastroscopia, únicamente una gastritis erosiva antral. Ante los hallazgos, se decide practicar una duodenoyeyunostomía laparoscópica, previa optimización de la paciente. Se realiza neumoperitoneo con aguja de Veress subcostal y abordaje laparoscópico mediante 4 trócares; infraumbilical de 11 mm, 2 de 5 mm en flanco izquierdo y uno 12 mm en flanco derecho. Se objetiva dilatación de 2^a-3^a porción duodenal y se moviliza dicha porción mediante maniobra de Kocher. Se realiza duodenoyeyunostomía semimecánica mediante anastomosis latero-lateral duodenoyeyunal con endoGIA 45mm y sutura de enterotomía con sutura doble plano, a 30 cm de ángulo de Treitz, y fijación del asa yeyunal a mesocolon. El EGD tras la cirugía no mostró extravasación del contraste ni otras alteraciones, con un tiempo de tránsito en límites normales, por lo que se decidió alta hospitalaria. La paciente reingresó 2 meses después por dolor abdominal epigástrico intenso asociado a náuseas, vómitos y diarrea. En la TC no se objetivaron signos de dehiscencia de sutura ni obstrucción con un ángulo aortomesentérico normal (30° respecto a 17° en TC previo a cirugía), si bien, no pudiendo descartar estenosis de la luz intestinal a nivel anastomótico. Ante estos hallazgos se realizó una gastroscopia con hallazgos de reflujo biliar y bypass gastroduodenal con boca anastomótica sin lesiones. Se decidió alta con recomendaciones para el tratamiento del reflujo biliar.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una enfermedad poco común cuyo tratamiento quirúrgico de elección es la duodenoyeyunostomía laparoscópica, con una tasa de 90% de éxito y las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva.