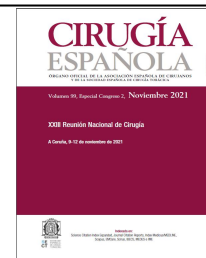




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-172 - SÍNDROME DE LA PINZA AORTOMESENTÉRICA EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Ruiz Frías, María Piedad; Rodríguez Cano, María Araceli; Molina Barea, Rocío; Cózar Ibáñez, Antonio

Complejo Hospitalario Universitario de Jaén, Jaén.

Resumen

Introducción: El síndrome de la pinza aortomesentérica o síndrome de Wilkie es una entidad infrecuente de obstrucción intestinal alta producida por la compresión de la tercera porción del duodeno por una disminución del ángulo aortomesentérico inferior a 25° y/o distancia entre la arteria mesentérica superior y el borde duodenal inferior a 8 mm. Sobre todo es debido a malformaciones anatómicas o pérdidas importantes del tejido adiposo perivascular.

Caso clínico: Presentamos dos casos clínicos: el primero es un varón de 61 años sin antecedentes de interés estudiado en consulta de Digestivo por vómitos, epigastria y pérdida ponderal significativa, sospechándose un síndrome constitucional. Se completa estudio mediante TAC abdominopélvico que evidencia una distancia entre aorta y arteria mesentérica superior en zona de cruce de la vena renal de aproximadamente 6 mm existiendo un ángulo aortomesentérico de 24°, compatibles con pinza aortomesentérica, y por tanto de un síndrome de Wilkie asociado. Se interviene quirúrgicamente de manera programada por laparoscopia realizándose una anastomosis duodenoyeyunal latero-lateral mecánica. El segundo paciente se trata de un varón de 82 años con antecedentes de cistectomía radical y derivación ureteral en asa de Bricker que ingresa en Medicina Interna por vómitos incoercibles que han producido una descompensación hidroelectrolítica, insuficiencia renal y pérdida de peso asociada a una desnutrición severa, por intolerancia oral alimentaria, diagnosticándose en TAC de abdomen urgente una dilatación patológica de la tercera porción duodenal y hallazgos de pinza aortomesentérica con un ángulo aortomesentérico menor de 25°. El paciente es intervenido durante el ingreso realizándose, a través de una laparotomía media, una anastomosis duodenoyeyunal latero-lateral mecánica, presentando buena evolución clínica posterior.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una enfermedad cuyo origen es multifactorial. Puede estar asociado a alteraciones estructurales como la rotación incompleta del duodeno, la inserción alta del ligamento de Treitz o una arteria mesentérica superior de implantación baja. También puede aparecer tras tratamiento correctivo de escoliosis. Debe considerarse en pacientes con desnutrición o hipercatabolismo como sucede en ambos casos descritos. La presentación clínica aguda de dolor postprandial, plenitud, náuseas y vómitos es subsidiaria de un manejo inicial conservador con medidas de higiénico-dietéticas. No obstante, la pérdida de peso acompañante implica un cuadro más crónico y grave que precisa intervención quirúrgica. El tratamiento de elección continúa siendo la realización de una derivación duodenoyeyunal a través de una duodenoyeyunostomía laterolateral, siendo la laparoscopia un procedimiento efectivo, mínimamente invasivo y con resultados favorables a largo plazo, en los casos indicados.