



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-018 - DUODENOYEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SÍNDROME DE WILKIE

Leal García, Iván; Navío Seller, Ana; Vives Manjón, Cristina; Vicente López, Marta; Soler Ferriz, Vicente; Ots Gutiérrez, José Ramón; Ripoll Martín, Roberto; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior, o síndrome de Wilkie, es una entidad rara causada por la compresión extrínseca de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta. Esta compresión se debe a una reducción del ángulo aortomesentérico (normal entre 38 y 65°) y de la distancia entre la aorta y la AMS (normal entre 10 y 28 mm), generando una obstrucción intestinal proximal. Afecta con mayor frecuencia a mujeres jóvenes y delgadas y las manifestaciones clínicas son náuseas, vómitos posprandiales, dolor epigástrico y pérdida de peso progresiva que puede llevar a desnutrición. El diagnóstico suele ser de exclusión y se confirma mediante pruebas de imagen siendo la tomografía computarizada abdominal con reconstrucción sagital la técnica de elección. El tratamiento inicial es conservador con soporte nutricional pero si no hay mejoría, se requiere intervención quirúrgica. La técnica más utilizada actualmente es la duodenoyeyunostomía laparoscópica.

Caso clínico: Paciente mujer de 35 años sin antecedentes de interés, en seguimiento por digestivo durante 2 años por vómitos, dolor abdominal posprandial y pérdida de peso a pesar de aporte nutricional. Se realizan pruebas complementarias evidenciándose en el tránsito gastroduodenal un retraso en el pase de contraste en la tercera porción duodenal y en TAC se visualiza ángulo aortomesentérico de 21 y distancia entre aorta y AMS de 6 mm. Dada la mala evolución clínica de la paciente con tratamiento médico se decide intervención quirúrgica programada, en este caso se realiza duodenoyeyunostomía laparoscópica. En primer lugar se colocan cuatro trócares y se expone el retroperitoneo tras elevar el epiplón mayor y el colon transverso. Posteriormente se procede a la apertura del retroperitoneo para exponer la tercera porción duodenal y así iniciar su liberación. Una vez liberado el duodeno, se identifica el ángulo de Treitz y se realiza recuento de unos 20-25 cm para ascender el yeyuno y proceder a la anastomosis duodenoyeyunal laterolateral mecánica. Se procede al cierre de orificio de entrada de endograpadora con sutura continua barbada de monofilamento absorbible y se comprueba la estanqueidad de la anastomosis con azul de metileno a través de sonda nasogástrica.

Discusión: El síndrome de Wilkie, a pesar de ser poco frecuente, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales. Cuando fracasa el manejo conservador, la duodenoyeyunostomía laparoscópica es el tratamiento quirúrgico de elección por su alta tasa de éxito, menor riesgo de complicaciones y recuperación más rápida. Puede realizarse con o sin resección de la cuarta porción duodenal,

aunque se prefiere preservarla, ya que mantiene la continuidad fisiológica, disminuye el riesgo de fugas o síndrome de asa ciega y reduce el tiempo quirúrgico. Otras opciones quirúrgicas como el procedimiento de Strong que consiste en la sección del ligamento de Treitz o la gastroyeyunostomía presentan menor eficacia o mayor alteración anatómica. La evidencia actual apoya la duodenoyeyunostomía laparoscópica como el *gold standard* quirúrgico en casos refractarios con tratamiento conservador.