



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-020 - DUODENOYEYUNOSTOMÍA ROBÓTICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

Pérez Domene, María Teresa; Castellón Pavón, Camilo José; Sánchez Infante Carriches, Silvia; Caraballo Angeli, Claudia; Díaz Vico, Tamara; Ferrigni González, Carlos; García Muñoz Najar, Alejandro; Duran Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid).

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie (SW), también conocido como síndrome de compresión de la arteria mesentérica superior (AMS), se caracteriza por la compresión de la tercera porción del duodeno debido a una disminución del ángulo aortomesentérico (AAM), lo que reduce el espacio entre la AMS y la aorta. La causa más frecuentemente descrita es la pérdida de grasa mesentérica, que actúa como cojinete entre ambas estructuras. Otras etiologías incluyen malformaciones anatómicas o masas retroperitoneales. Presentamos el vídeo de una paciente con SW tratada mediante cirugía robótica como resolución definitiva del cuadro.

Caso clínico: Mujer de 26 años, sin antecedentes médicos de interés, que consulta por distensión abdominal posprandial, náuseas y vómitos de un año de evolución. Refiere pérdida ponderal de 8 kg en los últimos meses, con un índice de masa corporal (IMC) de 18 kg/m². Se solicitan múltiples pruebas complementarias (ecografía abdominal, gastrocolonoscopia y enterorresonancia), todas sin hallazgos patológicos. La tomografía computarizada (TC) informa un AAM de 35° y una distancia aortomesentérica de 4 mm, hallazgos compatibles con pinzamiento aortomesentérico, aunque sin dilatación retrógrada gástrica o duodenal. Pese a cumplir solo parcialmente los criterios diagnósticos, se decide tratamiento quirúrgico ante el deterioro de la calidad de vida. Se realiza una duodenoeyunostomía robótica sin incidencias. La paciente presenta buena evolución posoperatoria y es dada de alta al cuarto día tras iniciar tolerancia oral.

Discusión: El síndrome de Wilkie es una entidad infrecuente de obstrucción del intestino delgado causada por compresión de la AMS. La incidencia estimada es del 0,1-0,3% y afecta predominantemente a adultos jóvenes. La clínica es inespecífica, se manifiesta principalmente como dolor abdominal posprandial recurrente, náuseas, vómitos y, en algunos casos, alteraciones hidroelectrolíticas. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha basado en la historia clínica, sintomatología y estudios de imagen, especialmente la TC. La TC tiene una sensibilidad y especificidad cercana al 100%, los criterios diagnósticos por esta prueba son: obstrucción de la tercera porción duodenal con peristalsis activa, AAM menor a 25° (el normal oscila entre 38° y 65°) especialmente cuando la distancia de la aorta y la AMS es igual o menor a 8 mm (la normal es entre 13 y 34 mm), presenta una fijación alta del duodeno por el ligamento de Treitz u otras variantes anatómicas de la AMS. El tratamiento inicial es conservador, centrado en la recuperación del estado nutricional para aumentar la grasa mesentérica. La cirugía se reserva para casos refractarios o con

deterioro significativo de la calidad de vida. Como técnicas quirúrgicas descritas se incluye la gastroyeyunostomía, el procedimiento de Strong (división del ligamento de Treitz) o como en nuestro caso, la más frecuente realizada, la duodenoyeyunostomía. Existen diversos tipos de abordajes: abierto, laparoscópico o robótico, hay muy poca experiencia en este último, sin embargo, se plantea como una buena alternativa para resolución del episodio. El síndrome de Wilkie es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico. La cirugía robótica representa una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionados, con resultados favorables como tratamiento definitivo.