



## VC-022 - DUODENOYEYUNOSTOMÍA ROBÓTICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE WILKIE

Ocharán Puell, Mariaclaudia; González, Rocio; Navarro, Gisela; Vázquez, Irene; Lenza, Patricia; de la Puente, Natalia; López, Candela; Maseda, Olga

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS), o síndrome de Wilkie, es una causa infrecuente de obstrucción duodenal alta, con una incidencia reportada entre 0,013% y 0,3%. Se produce por la compresión de la tercera porción del duodeno entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior. Esta compresión suele originarse por la pérdida del panículo adiposo mesentérico, crucial para mantener un ángulo y distancia aortomesentérica adecuados, siendo la pérdida ponderal significativa un factor etiológico preponderante. La sintomatología (dolor epigástrico, náuseas, vómitos) puede inducir una menor ingesta y mayor pérdida de peso, perpetuando el cuadro. El diagnóstico del SAMS representa un desafío debido a la naturaleza inespecífica de sus síntomas y su baja prevalencia, lo que puede simular otros trastornos y retrasar su identificación.

**Caso clínico:** Paciente de 21 años, sexo femenino, con historia de 2 años de saciedad precoz, dolor abdominal epigástrico postprandial, náuseas y vómitos biliosos. Posterior a pérdida de peso empeora la sintomatología por lo que consulta. Al examen físico dolor a palpación de epigastrio. La tomografía computarizada abdominal reveló un ángulo aortomesentérico de 20 grados (normalmente 38-65°) y una distancia aortomesentérica de 6 mm (normalmente 10-28 mm). Se valoró la dilatación duodenal con un tránsito esofagogástrico en donde describen distensión gástrica con abundantes contracciones por náuseas, indican que parece insinuarse una impronta en la porción horizontal del duodeno, si bien no se consigue demostrar clara dilatación duodenal. Se instauró tratamiento conservador nutricional con sonda de alimentación enteral, pero fracasó por persistencia de dolor abdominal y náuseas. A raíz de persistencia de síntomas se decide realizar una duodenoeyunostomía robótica. La evolución posterior a la cirugía ha sido favorable con control del dolor, aunque aún pendiente de reganancia ponderal.

**Discusión:** En este caso se optó por una intervención quirúrgica una decisión alineada con las recomendaciones para pacientes que no responden o presentan síntomas severos y progresivos. Existen distintas técnicas: la cirugía de Strong, la gastroyeyunostomía y la duodenoeyunostomía. La técnica de Strong permite evitar una anastomosis en una zona anatómica difícil, pero presenta una mayor recidiva de la sintomatología. La gastroyeyunostomía permite la resolución del cuadro oclusivo sin necesidad de realizar anastomosis a nivel duodenal, pero presenta inconvenientes para conseguir la descompresión duodenal completa que puede derivar en complicaciones como el

síndrome de asa cerrada o la úlcera péptica. La duodenoyeyunostomía es más compleja técnicamente por la necesidad de realizar la anastomosis a nivel de la 2.<sup>a</sup>-3.<sup>a</sup> porción duodenal, pero permite la resolución del cuadro en el mayor número de pacientes dada su tasa de éxito reportadas entre el 80% y el 100%. En este caso, se realizó una duodenoyeyunostomía robótica. Los abordajes mínimamente invasivos, han demostrado ser seguros y efectivos, ofreciendo menor dolor posoperatorio, estancia hospitalaria más corta y menor morbilidad en comparación con la cirugía abierta, sin comprometer los resultados en términos de resolución de síntomas. Este caso subraya la importancia de considerar la intervención quirúrgica de manera oportuna cuando el tratamiento conservador no logra los objetivos deseados en pacientes con SAMS.