CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):6

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-042 - DUODENOYEYUNOSTOMIA LAPAROSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE WILKIE

Roldán de la Rúa, Jorge; Hinojosa Arcos, Luis Carlos; Monje Salazar, Cristina; Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; Eslava Cea, Yolanda; de Luna Díaz, Resi; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta, causada por la compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta abdominal y la arteria mesentérica superior (AMS) en su origen. La incidencia es del 0,2% y los síntomas son inespecíficos, pudiendo aparecer dolor epigástrico postprandial, distensión abdominal, saciedad precoz, náuseas y vómitos. En los estudios angiográficos, los pacientes con SAMS presentan un ángulo aortomesentérico de 7º a 22º (normal: 28º a 65º) y la distancia entre la aorta y la AMS es de 2 a 8 mm (normal: de 10 a 34 mm). El tratamiento del SAMS es generalmente conservador y va encaminado inicialmente a la corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, y descompresión del tracto gastrointestinal. Está indicada la intervención quirúrgica cuando fracasa el tratamiento médico o la dilatación duodenal es persistente y progresiva.

Caso clínico: Presentamos en caso clínico de un varón de 31 años, con antecedentes de cefalea en racimos e HTA, que presentaba desde hacía un año plenitud postprandial y distensión abdominal, acompañadas de náuseas, vómitos y pérdida de peso. Acudió al Servicio de Urgencias por intolerancia alimentaria, dolor epigástrico y vómitos biliosos. El estudio radiológico simple mostró una dilatación gástrica, indicándose un tratamiento conservador con dieta absoluta, aspiración nasogástrica y fluidoterapia. El tránsito baritado esófago-gastroduodenal (EGD) objetivó esófago, estómago y bulbo duodenal de características normales, con dificultad de vaciamiento en la 3.ª porción duodenal, compatible con trastorno funcional o síndrome de arteria mesentérica superior (SAMS). Se realizó angioTAC abdominal donde se observó un ángulo entre la AMS y la aorta de 19°, y una distancia entre aorta y mesentérica superior también disminuida de 3,8 mm, hallazgos compatibles con pinza aortomesentérica o SAMS. La evolución clínica fue favorable y se programó un seguimiento clínico. Sin embargo, reapareció la sintomatología con mayor intensidad, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. El paciente fue intervenido por vía laparoscópica a través de 4 trocares, con disección de la segunda y tercera porción duodenal por vía inframesocólica y realización de una duodenoyeyunostomía laterolateral mecánica, entre la segunda y tercera porción duodenal, y yeyuno a unos 25 cm del ángulo de Treitz, con una endograpadora lineal de 45 mm y grapas de 2,5mm (carga blanca). El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio con tolerancia digestiva normal. El EGD realizado a los 3 meses de la intervención quirúrgica mostró paso de contraste desde duodeno a asas

yeyunales de calibre normal, sin imágenes de estenosis y con desaparición de la clínica.

Discusión: La duodenoyeyunostomía laterolateral es el procedimiento quirúrgico más empleado en el síndrome de Wilkie, con una tasa de éxito del 90%. El abordaje laparoscópico, permite el tratamiento definitivo mediante una técnica mínimamente invasiva, por lo que, desde nuestro punto de vista, debería considerarse en la actualidad como el tratamiento de elección.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados