



V-017 - TÉCNICA DE STRONG ROBÓTICA EN EL SÍNDROME DE WILKIE

Acosta Mérida, M.^a Asunción; Callejas Vallejo, Inmaculada; Piñero González, Luis; Casimiro Pérez, José Antonio; Bañolas Suárez, Raquel; Alonso-Lamberti Rizo, Laura; Callejón Cara, M.^a del Mar; Suárez Cabrera, Aurora

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior también conocido como síndrome de Wilkie, se caracteriza por la compresión del duodeno en su tercera porción. Es debido a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. La clínica suele incluir síntomas de oclusión gastrointestinal alta, aunque es muy variable, pudiendo presentarse de forma aguda o ser de evolución crónica. La técnica de elección para su diagnóstico es el TAC, que puede evidenciar una reducción del ángulo aortomesentérico (el ángulo normal oscila entre 38 y 65º). Si bien se suele intentar un manejo inicial conservador y sintomático, el tratamiento definitivo es quirúrgico, con diferentes posibilidades técnicas y sin unanimidad sobre la preferencia de una u otra. Presentamos un vídeo que describe la técnica de Strong para el tratamiento de este cuadro, mediante abordaje robótico.

Caso clínico: Mujer de 23 años con antecedente de teratoma maligno ovárico tratado con quimioterapia y anexectomía izquierda laparoscópica seis años antes. Refiere episodios de epigastralgia no relacionada con la ingesta ni otros desencadenantes reconocibles, de más de dos años de evolución y acompañados vómitos alimentarios y diarreas. Ha perdido 5 Kg en este periodo (peso actual 57,5 kg). No asocia fiebre. El TAC abdominal objetiva reducción del ángulo y distancia aortomesentéricos (20º y 6 mm respectivamente). Tras falta de respuesta al tratamiento conservador se plantea intervención quirúrgica, cuyos pasos técnicos se resumen a continuación: (1) Acceso robótico con cuatro trócares de 8 mm alineados a nivel umbilical. (2) Revisión de la cavidad, lisis de adherencias y ascenso del epiplón mayor y colon transverso. (3) Exposición del ángulo de Treitz y sección del mismo mediante tijera robótica. (4) Liberación de la cuarta porción duodenal y descenso de la misma. (5) Apertura del mesocolon transverso a nivel del borde inferior de la tercera porción duodenal. (6) Liberación del borde inferior del duodeno y prolongación hacia la cuarta porción, elaborando un túnel por detrás de los vasos mesentéricos superiores. (7) Descenso holgado de la tercera y cuarta porción duodenal, que queda liberado y sin compresión. (8) Revisión, retirada de trócares bajo visión directa y cierre. La paciente evoluciona favorablemente siendo dada de alta dos días tras la intervención, sin dolor y con buena tolerancia oral. Seguimiento posterior en consulta de cirugía, sin clínica abdominal.

Discusión: Existen varias técnicas quirúrgicas para el manejo del síndrome de Wilkie. Algunas como la gastroyeyunostomía o la duodenoyeyunostomía, pretenden sortear la compresión duodenal mediante anastomosis. Sin embargo, la técnica de Strong realiza una liberación de la 3a-4a porción duodenal tras sección del Treitz haciendo descender el duodeno a un lugar de mayor apertura del ángulo aortomesentérico. Esta intervención evita la apertura gastrointestinal y anastomosis, permitiendo una opción menos agresiva que, además, deja abierta la posibilidad de un bypass en caso de que no logre la resolución del cuadro. En

tres cuartos de los pacientes sometidos a esta intervención se obtiene el éxito terapéutico. La asistencia robótica aporta un paso más en las ventajas en la mínima invasión, respecto a la laparoscopia.