

## Tratamiento de la compresión vascular del duodeno mediante reimplante de la arteria mesentérica superior

### Treatment of vascular decompression of the duodenum by reimplantation of the superior mesenteric artery

La compresión del duodeno entre la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta, también conocido como síndrome de Wilkie, es una entidad originada por el pinzamiento del duodeno entre las 2 estructuras. El tratamiento quirúrgico clásico consiste en la división del ligamento de Treitz y duodenoyeyunostomía para salvar la obstrucción.

Presentamos el caso de una paciente de 24 años de edad, con una historia de meses de evolución, con dolor posprandial epigástrico, con plétora temprana y vómitos ocasionales. No presentaba antecedentes médicos ni quirúrgicos significativos y su índice masa corporal (IMC) era de 17 kg/m.

En el estudio de la paciente se detectó un enlentecimiento del vaciado gástrico en el tránsito gastrointestinal y un ángulo menor de 20° entre la AMS y la aorta, visualizado en una angiorresonancia de los vasos abdominales. También se evidenció una estenosis por compresión extrínseca del tronco celíaco. Con el diagnóstico de compresión vascular del duodeno, se la remitió a nuestro servicio tras el fracaso del tratamiento médico.

En la cirugía realizamos dos procedimientos: liberación del tronco celíaco en su origen con la sección del ligamento arcuato del diafragma y corrección de la compresión duodenal. La liberación de la pinza duodenal se logró con la sección del ligamento de Treitz, la disección del origen de la AMS y de su zona proximal para hacer a continuación una tunelización de la AMS a través del meso, por debajo del yeyuno proximal, y lograr su implante en la aorta infrarrenal (fig. 1).

En el postoperatorio, la paciente presentó gastroparesia, que se corrigió con nutrición parenteral y gastrostomía durante 10 días. En el momento del alta, el vaciamiento gástrico era normal y la reconstrucción era funcional (fig. 2). A los 5 meses del procedimiento, la paciente estaba asintomática con ganancia ponderal de 5 kg e IMC de 19 kg/m<sup>2</sup>.

La compresión vascular del duodeno es una entidad rara, que precisa un alto grado de sospecha y muchas veces tiene un factor precipitante, como una cirugía o una pérdida rápida de peso. Las publicaciones constan de casos o series de casos de un solo centro, y el tratamiento habitual es la liberación del duodeno y duodenoyeyunostomía<sup>1,2</sup>. En algunas publicaciones, el tratamiento se realiza mediante laparoscopia<sup>3</sup>. Otros autores incluso preconizan sólo tratamiento médico<sup>4</sup>.

El interés de nuestro caso está en que la filosofía del tratamiento es distinta a la tradicional. La tunelización de la AMS a través del mesoyeyuno y el implante en la aorta infrarrenal permiten liberar la obstrucción duodenal debida al efecto compresivo. Aplicamos así, un tratamiento etiológico

sin emplear materiales extraños y con mínimas alteraciones fisiológicas y anatómicas. Esta solución no la aporta el tratamiento convencional (que salva la obstrucción, no la resuelve), y que añade además las posibles complicaciones de la duodenoyeyunostomía.

La gastroparesia que presentó nuestra paciente puede interpretarse en el contexto de la atonía gástrica que caracteriza a esta enfermedad y que aparece con cierta regularidad tras la cirugía<sup>5</sup>. En nuestro caso se resolvió con rapidez y no ha reaparecido en el seguimiento a los 5 meses. Por esto creemos que no representa un inconveniente significativo ni específico.

En nuestro conocimiento sólo se ha publicado un caso con un tratamiento similar<sup>6</sup>. La diferencia estriba en que nosotros realizamos tunelización de la AMS por debajo del mesoyeyuno proximal, mientras Pourhassan et al, tras liberar la AMS, realizan su reimplante directamente en la aorta sin tunelización. Nosotros consideramos que la tunelización es una maniobra simple y que facilita mucho el reimplante en la aorta.

En cuanto a la reconstrucción vascular, se realizó con polipropileno de 5/0, que es la sutura no reabsorbible habitual en las suturas arteriales. No precisa tratamiento anticoagulante ni antiagregante a largo plazo, ya que son dos arterias nativas. Se realizó anticoagulación con heparina sódica intraoperatoria previa al pinzamiento y anastomosis arterial; en el postoperatorio inmediato se realizó profilaxis de TVP

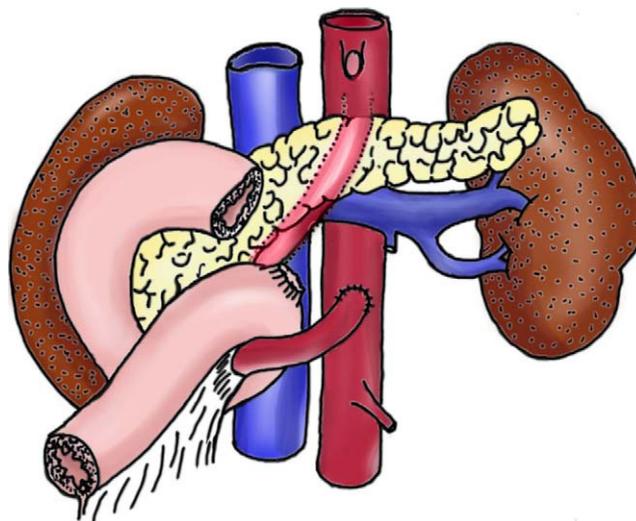


Figura 1 – Dibujo esquemático del tratamiento.



**Figura 2 - Reconstrucción vascular poscirugía mediante TAC.**

con heparina de bajo peso. Las posibles complicaciones de la técnica serían trombosis de la anastomosis, en general por

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.010

defecto técnico, o pseudoaneurisma, también por defecto técnico.

Como conclusión, creemos que en la compresión vascular del duodeno el implante de la AMS en la aorta infrarenal debe ser considerado como alternativa terapéutica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ylinen P, Kinnunen J, Höckerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. *J Clin Gastroenterol.* 1989;11:386-91.
2. Komai H, Naito Y, Fujiwara K. Superior mesenteric artery syndrome as a result of enlarged abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 1999;29:1162-3.
3. Gersin KS, Heniford DT. Laparoscopic duodenojejunostomy for treatment of superior mesenteric artery syndrome. *JLS.* 1998;2:281-4.
4. Lippl F, Hannig C, Weiss W, Allescher HD, Classen M, Kurjak M. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. *J Gastroenterol.* 2002;37:640-3.
5. Aslam MI, Finch JG. Prolonged gastroparesis after corrective for Wilkie's syndrome: A case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:109.
6. Pourhassan S, Grotemeyer D, Fürst G, Rudolph J, Sandmann W. Infrarenal transposition of the superior mesenteric artery: A new approach in the surgical therapy for Wilkie syndrome. *J Vasc Surg.* 2008;47:201-4.

Javier Sánchez Abuin\*, Juan Carlos Fernández Fernández, Víctor Rodríguez Sáenz de Buruaga y José María Egaña Barrenechea

*Cirugía Vascular, Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanchezabuin@chdo.osakidetza.net (J. Sánchez Abuin).

## Tromboembolia pulmonar masiva y fulminante tras retirada de catéter central

### Massive and fulminant pulmonary embolism after central catheter removal

El uso de catéteres venosos centrales (CVC) es muy frecuente en nuestra práctica clínica. La asociación entre éstos y las complicaciones trombóticas son bien conocidas (ocurren en el 2 al 26% de los pacientes<sup>1</sup>). Sin embargo, la aparición de tromboembolia pulmonar masiva de forma súbita con muerte fulminante tras la retirada de un catéter central es algo

excepcional. Presentamos el caso de un varón de 69 años con antecedentes personales de alergia a la penicilina, hipertensión, asma, obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) en tratamiento con broncodilatadores y síndrome ansioso-depresivo. Se le practicó una colecistectomía abierta de forma urgente, por colecistitis aguda gangrenosa y purulenta