

Manejo quirúrgico de urgencia en el síndrome de Wilkie. A propósito de un caso

Emergency surgical management in Wilkie syndrome. About a case

Gabriela Ruiz-Mar,* Oscar E Cárdenas Serrano,** Laura A Alvarez Correa,***
 Oscar T Moran Sierra,*** Ana L Sánchez Navarro López,***
 Yazmin Sánchez-Delgado,*** Sergio U Pérez Escobedo****

Palabras clave:

Síndrome de la arteria mesentérica superior,
 síndrome de Wilkie,
 obstrucción de la
 salida gástrica.

Key words:

Superior mesenteric
 artery syndrome,
 Wilkie's syndrome,
 gastric outlet
 obstruction.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal posterior a la pérdida masiva de peso. El diagnóstico definitivo se establece mediante estudios de imagen y el tratamiento inicial es conservador; cuando éste falla, es necesario el manejo quirúrgico. **Informe de caso:** Mujer de 43 años con síndrome de Wilkie se presenta con síntomas de obstrucción intestinal de tres semanas de evolución. La tomografía de abdomen demostró dilatación gástrica y duodenal considerable que requirió manejo quirúrgico de urgencia, se realizó una duodenoyeyunostomía abierta sin complicaciones. **Conclusión:** El síndrome de Wilkie es una complicación rara posterior a la pérdida acelerada de peso que puede requerir manejo quirúrgico de urgencia y debe considerarse en pacientes con dicho antecedente y un cuadro de oclusión intestinal.

ABSTRACT

Introduction: Superior mesenteric artery syndrome or Wilkie's syndrome is a rare cause of intestinal obstruction after massive weight loss. The definitive diagnosis is established by imaging studies and the initial treatment is conservative; when this fails, surgical management is necessary. **Case report:** We present the case of a 43 year old woman with Wilkie's syndrome who presents with symptoms of intestinal obstruction for three weeks. The abdominal tomography showed a large gastric and duodenal dilatation that required urgent surgical treatment, performing an open duodenoyejunostomy without complications. **Conclusion:** Wilkie syndrome is a rare complication after weight loss that may require urgent surgical treatment and must be in a patient with this history and a picture of intestinal occlusion.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la arteria mesentérica superior (AMS) o síndrome de Wilkie es una de las pocas causas de obstrucción del intestino delgado. Se desconoce su frecuencia exacta y se origina por el atrapamiento de la tercera parte del duodeno entre la aorta y la AMS.¹ Varios factores son responsables de tal condición, pero el más importante es sin duda la pérdida acelerada de peso. El diagnóstico es todo un desafío, pero debe sospecharse según la presentación clínica. El tratamiento conservador es la elección en la mayoría de los casos; sin embargo, si éste falla, se indica el manejo quirúrgico² que puede ser a través de abordaje abierto o cirugía laparoscópica.¹

Se presenta el caso de una paciente con obstrucción intestinal y antecedentes de pérdida acelerada de peso con hallazgo de síndrome de la arteria mesentérica superior.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 43 años de edad que presenta dolor en epigastrio asociado a náusea, vómito e intolerancia oral con tres semanas de evolución. Pérdida de 30 kilogramos de peso durante los tres meses previos a los síntomas y antecedente de una abdominoplastía en flor de lis. A la exploración se encontraron datos de deshidratación moderada, abdomen distendido, doloroso a la palpación y peristalsis disminuida. Su peso corporal y altura eran 45 kg y 158 cm, respectivamente. La radiografía abdominal reveló distención gástrica que alcanzaba ambas espinas ilíacas (*Figura 1*). La tomografía computarizada (TC) abdominal reveló una distensión prominente del estómago que alcanzaba la pelvis, así como dilatación de las tres primeras porciones del duodeno (*Figura 2*).

Estos hallazgos clínicos y radiológicos fueron compatibles con el síndrome de AMS.

* Residente de Cirugía General. Hospital General de México.

** Residente de Oncología Ginecológica. Centro Médico Nacional Siglo XXI.

*** Residente de Cirugía Plástica. Hospital General de México.

**** Cirujano Coloproctólogo adscrito al Servicio de Cirugía General. Hospital General de México.

Ciudad de México.

Recibido: 27/11/2017

Aceptado: 20/06/2018



Figura 1: Radiografía de abdomen con desplazamiento de las asas intestinales y dilatación gástrica importante.

Se proporcionó tratamiento conservador durante tres semanas sin mejoría, por lo que se ingresa a la paciente al servicio de urgencias donde es tratada inicialmente con descompresión nasogástrica e hidratación intravenosa sin remisión de la sintomatología. Se decide procedimiento quirúrgico de urgencia, se efectuó duodenoyeyunostomía abierta, en la cual se liberó el ligamento de Treitz y se realizó una anastomosis de la tercera porción de duodeno hacia yeyuno a 10 cm distal de la unión duodenoyeyunal (*Figura 3*). El periodo postoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente comenzó una dieta blanda el día dos. La paciente fue dada de alta al quinto día, con seguimiento en una clínica ambulatoria sin complicaciones.

DISCUSIÓN

En la literatura se describe que el ángulo normal entre la aorta y la AMS varía entre 38° y 65° , mientras que en el síndrome de Wilkie el ángulo se reduce a menos de 20° y conduce a la obstrucción de la salida gástrica.¹ En la anatomía normal, la tercera parte del duodeno pasa

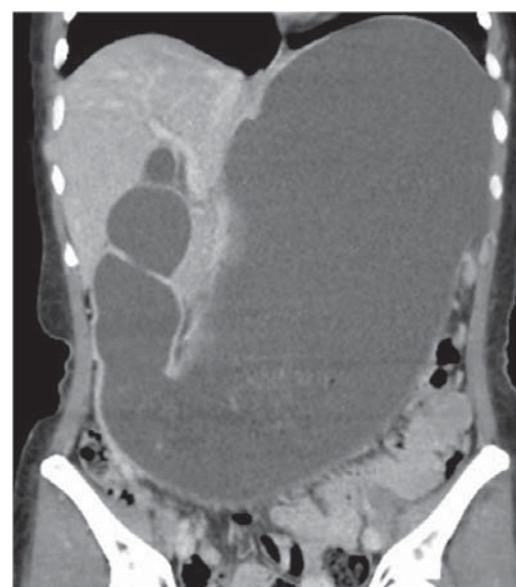


Figura 2: Tomografía abdominal con dilatación gastro-duodenal importante.

por delante de la aorta abdominal y posterior al AMS a nivel de la tercera vértebra lumbar. Estas tres estructuras, junto con la vena renal izquierda, están rodeadas por almohadillas de grasa mesentérica y ganglios linfáticos. La pérdida de grasa retroperitoneal debido a la pérdida acelerada de peso y, en el caso de la paciente aumentó la presión intraabdominal secundaria a la abdominoplastía, se encuentra entre los factores etiológicos más comunes del síndrome de AMS.

Ocurre con mayor frecuencia en adultos jóvenes.³ En una serie de 75 pacientes con síndrome de AMS, dos tercios de los casos involvieron hombres, con una edad promedio de 38 años.⁴ Se ha informado la presencia del síndrome AMS en pacientes después de derivación gástrica en Y de Roux y gastrectomía en manga.^{5,6}

El paciente puede presentar síntomas agudos de obstrucción intestinal, como en nuestro caso, y síntomas crónicos como dolor abdominal recurrente, saciedad precoz y plenitud postprandial.² La dilatación gástrica aguda puede dar lugar a varias complicaciones como la deshidratación, la alcalosis metabólica, la necrosis gástrica y la insuficiencia circulatoria sistémica.⁷ El diagnóstico definitivo se estable-

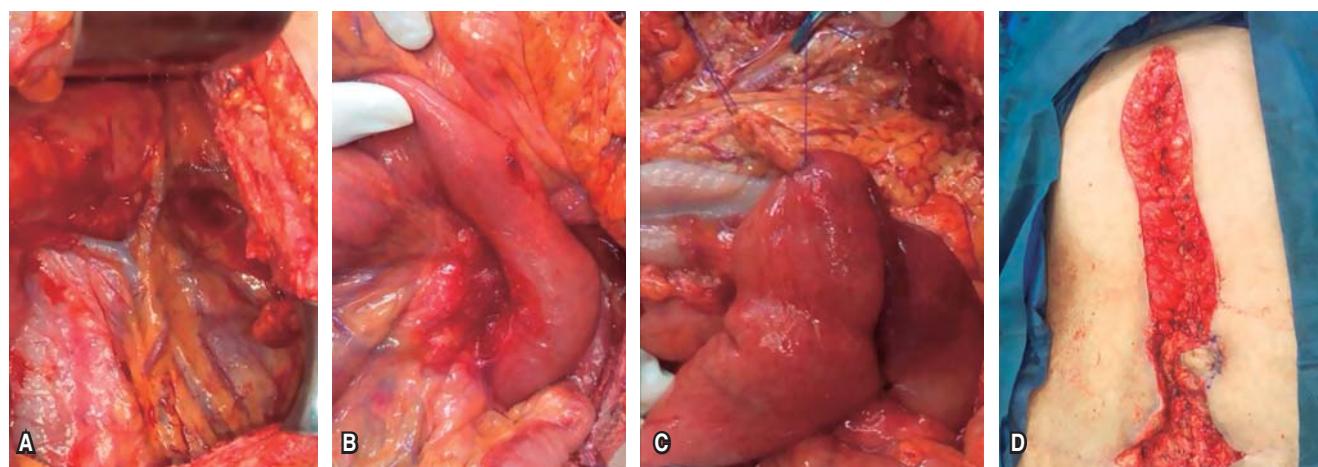


Figura 3: Manejo quirúrgico. (A) división del ligamento de Treitz, (B) zona de compresión entre la tercera y cuarta porción del duodeno, (C) duodenoyeyunostomía, (D) abdominoplastía.

ce mediante tomografía, resonancia magnética o angiografía.³ Los casos no complicados de síndrome de AMS generalmente se manejan de forma conservadora en primera instancia con el objeto de tratar los síntomas de la obstrucción intestinal con descompresión gástrica mediante la inserción de sonda nasogástrica, rehidratación y reemplazo de electrolitos, así como el manejo nutricional y la restauración del peso apropiado para conservar el ángulo normal entre las dos arterias involucradas para evitar la recurrencia.¹ Cuando falla el tratamiento conservador, se indica el manejo quirúrgico. Se dispone de varias opciones quirúrgicas como la división del ligamento de Treitz (procedimiento de Strong), duodenoyeyunostomía y gastroyeyunostomía.³ La duodenoyeyunostomía es el procedimiento que más se utiliza con una tasa de éxito mayor de 90%.¹ En nuestro caso, optamos por una duodenoyeyunostomía abierta después de optimizar el estado general de la paciente debido a la evolución de los síntomas.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Wilkie es una complicación infrecuente posterior a la pérdida acelerada de peso que puede requerir manejo quirúrgico de urgencia y debe considerarse en los pacientes con dicho antecedente y un cuadro de oclusión intestinal.

REFERENCIAS

- Khodeir Y, Al-Ramli W, Bodnar Z. Laparoscopic management of a complicated case of Wilkie's syndrome: A case report. Int J Surg Case Rep. 2017; 37: 177-179.
- Salem A, Al Ozaiib L, Nassif SMM, Osman RAGS, Al Abed NM, Badri FM. Superior mesenteric artery syndrome: A diagnosis to be kept in mind (Case report and literature review). Int J Surg Case Rep. 2017; 34: 84-86.
- Ruiz-Padilla FJ, Mostazo-Torres J, Vilchez-Jaimez M. Gran distensión gástrica en relación con síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie. Gastroenterol Hepatol. 2017; 40: 581-583.
- Singh S, Kappal V, Kaur V, Dabur S. Superior Mesenteric Artery Syndrome presenting with Acute Intestinal Obstruction: A Report of Two Cases and Review of Literature. JIMSA. 2014; 27: 2930.
- Neto NI, Godoy EP, Campos JM, Abrantes T, Quinino R, Barbosa AL, et al. Superior mesenteric artery syndrome after laparoscopic sleeve gastrectomy. Obes Surg. 2007; 17: 825-827.
- Barrett AM, Harrison DJ, Phillips EH, Felder SI, Burch MA. Superior mesenteric artery syndrome following sleeve gastrectomy: case report, review of the literature, and video on technique for surgical correction. Surg Endosc. 2015; 29: 992-994.
- Ugras M, Bicer S, Coskun FT, Romano E, Ekci B. Superior mesenteric artery syndrome: A rare but life threatening disease. Turk J Emerg Med. 2017; 17: 70-72.

Correspondencia:

Gabriela Ruiz Mar

Dr. Balmis Núm. 148,
Col. Doctores, 06726,
Cuauhtémoc, Ciudad de México.
Tel: 55 5458 8306
E-mail: rvgbay@hotmail.com