Síndrome de Wilkie: un caso de oclusión duodenal por pinza aortomesentérica

Dr. Martín Varela Vega[a], Dr. Federico Durán[a], Dra. Gabriela Larrosa[a], Dra. Susana Reyes[b], Dr. José Cabillón[b], Dr. Fernando Simonet[b]

(a) Dpto. de Cirugía General. Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
(b) Dpto. de Cirugía General. Servicio Médico Integral. Sanatorio Impasa. Montevideo. Uruguay.

RESUMEN

El síndrome de Wilkie o Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior, es la obstrucción duodenal en la tercera porción, por un estrechamiento del ángulo de la pinza aortomesentérica. Habitualmente evoluciona progresivamente con elementos de cronicidad, y gran distención gastroduodenal. Clínicamente se caracteriza por dolor tipo cólico en abdomen superior que calma con vómitos biliosos profusos.

Reporte de un caso de síndrome de la arteria mesentérica superior diagnosticado y resuelto por vía quirúrgica en nuestro servicio.

Paciente con elementos de una estenosis duodenal, con diagnóstico de síndrome de Wilkie, y tratamiento quirúrgico mediante derivación duodeno yeyunal, con buenos resultados.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior; Síndrome de Wilkie.

ABSTRACT

Wilkie´s syndrome or Superior Mesenteric Artery Syndrome, is the duodenal obstruction at its third portion, due to the narrowing of the aorto-mesenteric clamp angle. It usually evolves progressively with chronic elements and a great gastro-duodenal distention. Clinical characteristics are: colic-type pain on the upper abdomen area which improves with profuse and biliary vomiting.

Report of a Superior Mesenteric Artery Syndrome case, diagnosed and surgically solved in our Service.

Patient with elements of a duodenal stenosis, with a diagnosis of Wilkie´s syndrome and surgical treatment through the duodenal-jejune bypass, achieving good results.

KEY WORDS: Superior Mesenteric Artery Syndrome; Wilkie Syndrome

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de Wilkie o Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior (SAMS), es la obstrucción del duodeno en su tercera porción, por un estrechamiento del ángulo entre la aorta abdominal y la salida de la arteria mesentérica superior, sitio anatómico denominado pinza o compás aortomesentérico (cuyo ángulo de normalidad oscila entre 28° y 65°) (1-3). Descrito inicialmente por Rokitansky en 1842, fue D.P. Wilkie quien estudió más detenidamente la entidad, y publicó en 1927 una serie de 75 pacientes, describiendo los síntomas y el tratamiento quirúrgico (4).

La sintomatología clínica es variada, desde episodios esporádicos de dolor en epigastrio, a formas más severas de obstrucción duodenal, caracterizadas por dolor tipo cólico en abdomen superior que calma con vómitos biliosos profusos. Habitualmente evoluciona progresivamente con elementos de cronicidad, ocasionando gran distención gastroduodenal (algunos casos de verdadero “estómago en palangana”). Uno de los elementos más característicos del cuadro descrito por Wilkie es la disminución de los síntomas con la colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo (4).

Entre los factores predisponentes se encuentran la pérdida pronunciada de peso, traumatismos graves, deformidades óseas de la columna vertebral, casos congénitos de ligamento de Treitz corto, y aneurisma de aorta abdominal (5). Recientemente se han descrito algunos casos relacionados al descenso brusco de peso luego de cirugía bariátrica (6).

Recibido: Marzo 2017
Aceptado: Mayo 2017
Correspondencia: Av. 8 de Octubre 3020. C.P. 11600. Montevideo, Uruguay. Tel: (+598)2487 66 66 int. 7173.
E-mail: martinvarelav@gmail.com

En ocasiones la estrechez del ángulo aortomesentérico también genera compresión extrínseca de la vena renal izquierda, originando el síndrome de cascanueces (Nutcracker Syndrome). El mismo está caracterizado por dolor intenso lumbar izquierdo, asociado a hematuria, proteinuria y várices pelvianas o gonadales (es causa del 10% de los varicoceles en el hombre) (7).

Los estudios imagenológicos permiten sellar el diagnóstico, al comprobar la tríada radiológica (6):

1) duodeno dilatado
2) compresión duodenal por parte de la AMS
3) ángulo aortomesentérico menor a 20°

El tránsito contrastado esófago gastroduodenal permite observar la distención gástrica y duodenal hasta la tercera porción donde hay una interrupción abrupta del contraste y un retardo del vaciamiento gástrico (8). La tomografía computada con contraste vía oral descarta otras causas de oclusión duodenal alta, topografiando el nivel de la obstrucción en la pinza aortomesentérica (1).

La angiografía por tomografía de la aorta abdominal y sus ramas permite la reconstrucción arterial midiendo el ángulo aortomesentérico, que es normal entre 28° y 65°. Además mide la distancia entre la AMS y la aorta, que debe ser entre 10 y 34 mm, en su máxima longitud ánterposterior (1,3).

El tratamiento del cuadro agudo es inicialmente médico, con reposo digestivo y descompresión mediante sonda nasogástrica. Sin embargo, la tasa de recaída es alta, lo que lleva a plantear tratamiento quirúrgico, especialmente en las formas crónicas. Ya hace casi un siglo Wilkie, Kellog, Albretch y otros promovieron la duodenoyeyunostomía como cirugía de derivación que debido a sus buenos resultados sigue siendo la más empleada en la actualidad (9). En los últimos años ha crecido el uso del abordaje laparoscópico, con menor injuria parietal (1,6).

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de sexo masculino de 81 años de edad, que consulta en la emergencia por vómitos biliosos abundantes de todo lo ingerido, dolor tipo cólico y distención de abdomen superior. Relataba cuadros similares en los meses anteriores, con adelgazamiento pronunciado.

La Tomografía Computada (TC) con contraste intravenoso (iv) y vía oral (vo), evidencia gran distención gastroduodenal con estrechez de la tercera porción del duodeno a nivel de la pinza aortomesentérica, dada fundamentalmente por aneurisma de aorta abdominal, sin elementos de complicación reciente.

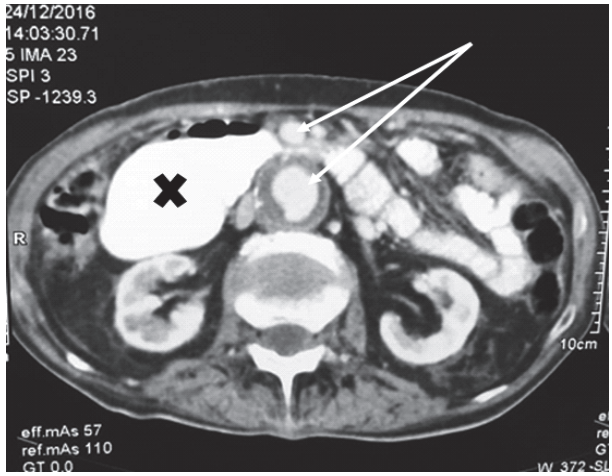

Figura 1. TC con contraste iv y vo: Pinza aortomesentérica (flecha blanca). Duodeno dilatado (x).

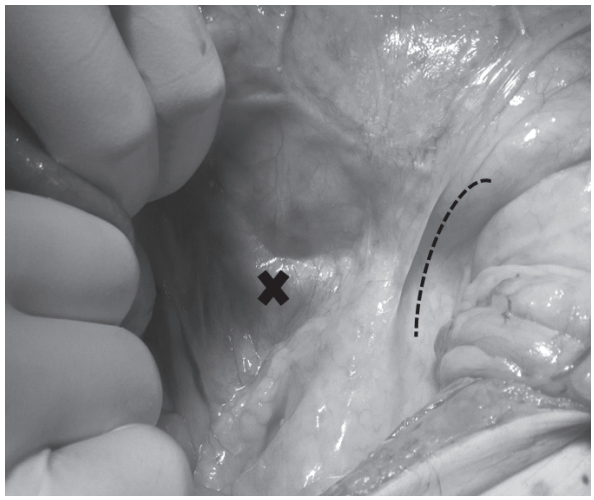

Figura 2. Cirugía: vía de Narciso Hernández a la derecha de la arteria cólica media (arteria marcada con línea punteada). Se puede ver la segunda rodilla duodenal a través del mesocolon transverso (x).

En consulta con cirujano vascular se opta por no actuar sobre el aneurisma abdominal. Se decide realizar derivación duodenoyeyunal quirúrgica por laparotomía, latero mesentérica derecha (vía de Narciso Hernández). Cirugía sin incidentes. Postoperatorio sin complicaciones, alta a los 5 días con buena tolerancia a la vía oral y tránsitos conservados.

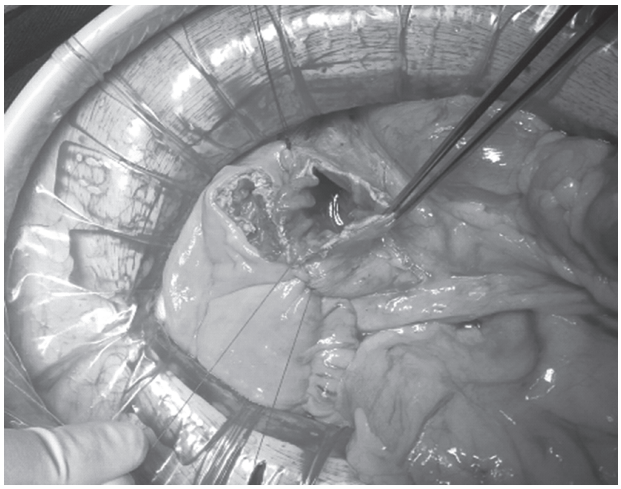

Figura 3. Cirugía: apertura longitudinal del duodeno y de segunda asa yeyunal.

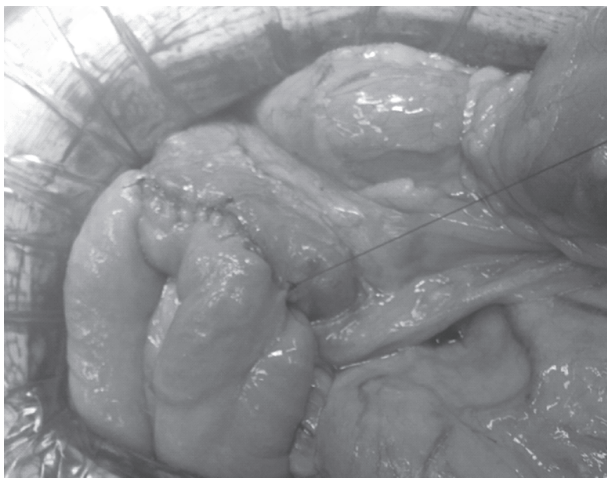

Figura 4. Cirugía: Confección de amplia boca de anastomosis duodenoyeyunal látero-lateral con hilo reabsorbible.

DISCUSIÓN

El SMAS o síndrome de Wilkie es una patología infrecuente, con una incidencia descrita de 0.2% (1). Al presentar una sintomatología clínica de inicio algo inespecífica, no es de extrañar que muchas veces el diagnóstico sea tardío y luego de numerosas consultas. El paciente puede presentar elementos de una obstrucción duodenal infravateriana (dolor y vómitos biliosos), y en ocasiones asociar sintomatología renal por atrapamiento de la vena renal izquierda (síndrome del cascanueces), tales como hematuria, proteinuria, cólicos nefríticos a repetición o hipertensión arterial.

En nuestro caso el paciente era portador de una historia de varios meses de evolución con vómitos biliosos postprandiales y adelgazamiento de más de 10 kilos. No presentaba elementos de atrapamiento de la vena renal izquierda. Presentaba un aneurisma de aorta abdominal de lento crecimiento y sin elementos que sugirieran complicación actual. Interpretamos que el crecimiento lento del aneurisma jugó un factor decisivo en el estrechamiento del ángulo aortomesentérico.

Ante un paciente de 81 años y habiéndose descartado el tratamiento quirúrgico o endoluminal percutáneo del aneurisma debido al alto riesgo de una cirugía, se decidió realizar la cirugía de derivación digestiva a modo de duodenoyeyunostomía látero-lateral, procedimiento bien tolerado, sin complicaciones y buenos resultados en este caso. Si bien hay otras alternativas quirúrgicas, como la gastroyeyunostomía, o la duodenoyeyunostomía en Y de Roux, ambas tienen mayor tasa de complicaciones (úlcera de la boca anastomótica por reflujo alcalino en el caso de la gastroyeyunostomía, y mayor incidencia de fístula y estenosis intestinal en el caso de la Y de Roux) (1).

El síndrome de Wilkie es infrecuente, pero debe ser tenido en cuenta en pacientes con dolor postprandial y vómitos recurrentes.

REFERENCIAS

(1) Etxebarria Beitia E, Díez del Val I, Loureiro González C, González Serrano C, Bilbao Axpe JE. Duodenoyeyunostomía laparoscópica como tratamiento del síndrome de la arteria mesentérica superior.
Cir Esp 2014; 92(2):129-31.

(2) Rodríguez Caraballo L, Carazo Palacios ME, Ibáñez Pradas V, Rodríguez Iglesias P. Síndrome de Wilkie: diagnóstico diferencial de dolor abdominal.
An Pediatr (Barc) 2015; 82(6):445-46.

(3) Rodriguez A, Romero Vidomlansky S, Ferrarotti C, Larrañaga N, Gallo JC, Kozima S. Síndrome de la arteria mesentérica superior. Presentación de un caso.
Rev Argent Radiol 2014; 78(2):96-98.

(4) Lundell L, Thulin A. Wilkie's syndrome-a rarity?
Br J Surg 1980; 67(8):604-06.

(5) Núñez Gaviño P, Vázquez Ferro D, Bazarra Carou R, Deza Garrote T. Síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie. FMC 2013; 20(2):114-5.

(6) Jo JB, Song Y, Park CH. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome: report of a case. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2008; 18(2):213-215.

(7) Kurklinsky A, Rooke T. Nutcracker phenomenon and nutcracker syndrome.
Mayo Clin Proc 2010; 85(6):552-59.

(8) Gustafsson L, Falk A,Lukes PJ, Gamklou R. Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery síndrome. Br J Surg 1984; 71(7):499-501.

(9) Kellog E, Kellog W. Chronic duodenal obstruction with duodenojejunostomy as a method of treatment. Report of forty-one operations. Ann Surg 1921; 73(5):578-608.