

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

PINZAMIENTO AORTO-MESENTÉRICO.
PRESENTACIÓN DE SEIS PACIENTES.

Por:

Dr. Jesús de Armas Prado¹, Dr. Rodolfo Morales Valdés² y Dra. Belkis Rodríguez Abreu³

1. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Principal de la Cátedra de Cirugía del Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" de Santa Clara. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau" de Santa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Radiología. Instructora. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

ENFERMEDADES DEL ILEON/cirugía
SINDROME DE LA ARTERIA MESENTERICA
SUPERIOR

Subject headings:

ILEAL DISEASES/surgery
SUPERIOR MESENTERIC ARTERY
SYNDROME

El pinzamiento aorto-mesentérico, también denominado enfermedad de Wilkie o íleo duodenal crónico, entre otras denominaciones, fue descrita en 1865 por Von Rokitansky y posteriormente analizado por Wilkie, Barrer y Sherman en 1963¹.

Su frecuencia es difícil de determinar, pues Joung y Trijonas de Glasgow lo encontraron en 34 pacientes en un período de ocho años.

Según Wayne y Buringeton², entre los factores que se consideran determinan esta enfermedad se halla la inmovilización prolongada en posición supina, la escoliosis severa y la brusca disminución del peso corporal. Wilkie la atribuyó a la presión que ejercen el íleon terminal y el ciego sobre los vasos mesentéricos, al comprimir el duodeno contra la aorta. Se considera que el 40 % es de origen ideopático.

El ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior normalmente se encuentra entre 50 y 60 grados (10-20 mm), pero en los enfermos con pinzamiento aorto-mesentérico se reduce entre 20-25 grados (3-4 mm).

La afección se caracteriza por síntomas digestivos de difícil interpretación, que en ocasiones recuerda la obstrucción intestinal alta. Generalmente se trata de mujeres con una larga historia de trastornos dispépticos, epigastralgia y vómitos biliosos, que se alivian en la posición de decúbito prono o de plegaria mahometana.

Los estudios radiológicos y endoscópicos del tracto digestivo superior generalmente son negativos, y la duodenografía hipotónica en posición de pie es la de mayor utilidad en el diagnóstico (Figs 1 y 2).

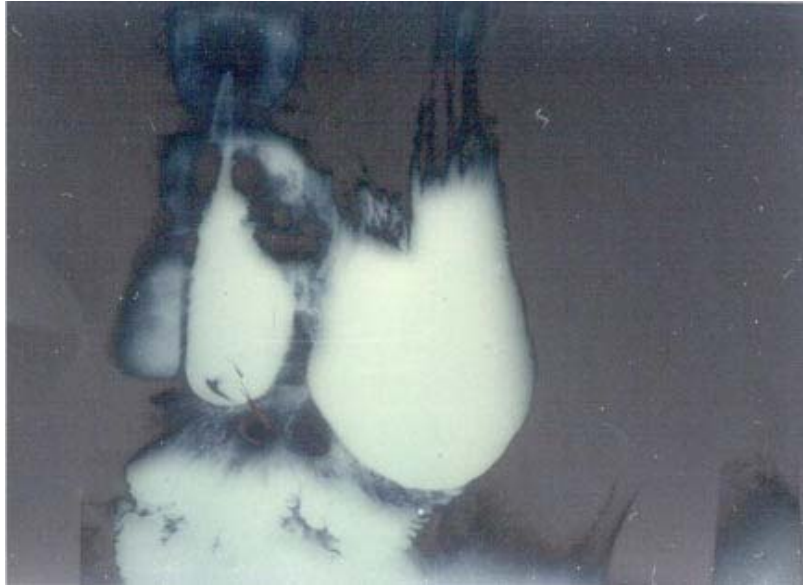


Fig 1 Duodenografía hipotónica de pie. Paciente 1: se observa dilatación de la tercera porción del duodeno y estrechamiento de la cuarta.



Fig 2 Radiografía contrastada de estómago y duodeno en el postoperatorio, donde se observa la duodenoyeyunostomía funcional.

Se han utilizado varias técnicas quirúrgicas en su tratamiento^{2,4}, y la duodenoyeyunostomía transmesocólica es la más utilizada y con mejores resultados*.

*(Codorniú Pruna D. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Cirugía, 1985).

Algunos intensivistas franceses han obtenido éxitos con la hiperalimentación parenteral, como procedimiento terapéutico³.

En nuestros 21 años de trabajo como especialista en Cirugía General, hemos tenido la oportunidad de diagnosticar y tratar seis pacientes con pinzamiento aortomesentérico, los cuales fueron tratados mediante una duodenoyeyunostomía transmesocólica: cinco del sexo femenino, con edades de 18, 23, 24, 31 y 50 años, y uno perteneciente al sexo masculino de 42 años de edad. Los seis presentaron como síntomas fundamentales los vómitos biliosos y epigastralgia; el diagnóstico de la enfermedad se realizó mediante duodenografía hipotónica, en vistas de pie.

La evolución postoperatoria de los pacientes fue satisfactoria, pues desaparecieron todos los síntomas y existió ganancia del peso corporal.

Comentario

Con la presentación anterior, de los seis casos diagnosticados con el síndrome de pinzamiento aortomesentérico en un período de 21 años, en el Hospital Universitario "Dr. Celestino Hernández Robau", se evidencia que nos encontramos ante una enfermedad poco frecuente, que según algunos autores puede pasar inadvertida ante la negatividad de los estudios radiológicos y endoscópicos habituales, y en su mayoría, estos pacientes han sido diagnosticados como neuróticos por la falta de evidencia clínica.

Queda demostrado, al igual que lo informado en la bibliografía consultada, que el estudio contrastado gastroduodenal en posición de pie y la duodenografía hipotónica son los medios diagnósticos de elección.

El tratamiento quirúrgico no tiene complejidad técnica, por lo que es de fácil realización, y la duodenoyeyunostomía transmesocólica constituye el procedimiento quirúrgico de elección; la variante terapéutica con hiperalimentación parenteral queda como método no quirúrgico en algunos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Schachelford RT. Lesiones del estómago y duodeno. En: Diagnóstico quirúrgico. Barcelona: Salvat; 1971. p. 721-3.
2. Trastornos gastrointestinales. (Monografía en CD-ROM). L Robert editor. Versión 3.0, Filadelfia: Raven; 2001.
3. Aslhey SW. Estómago. En: Schwartz SI. Principios de Cirugía. 7ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001. p. 1261-95.
4. Gustafsson L. Diagnosis and treatment of superior mesenteric artery syndrome. Brit J Surg 1999;98(3):499-501.