

CASO CLINICO

Oclusión duodenal por pinza aortomesentérica

Un nuevo caso clínico

Dres. Daniel Czarnevicz Canavesi¹, Gerardo Secondo², Alvaro Radio¹, Martín Odriozola², Inés Rossi³, Julio Iacopino²

Resumen

Hemos querido traer este caso clínico como un nuevo aporte a la casuística nacional, y por su interés al corresponder a una patología poco frecuente que puede presentarse bajo formas graves, aun con riesgo vital, siendo pasible de una terapéutica relativamente sencilla.

Palabras clave: Obstrucción duodenal. Arterias

Summary

We bring this clinical case as a new contribution to national casuistry and because of its interest, as it corresponds to an infrequent pathology which can appear under serious forms, even with vital risk, a relatively simple therapeutic being possible.

Historia clínica

Paciente de 19 años, con retardo mental posmeningitis, desde los 5 años, aunque con buena actividad social, glomerulonefritis posestreptocócica a los 16 años.

Ingresa al Hospital Maciel el 6 de julio de 1990 por un cuadro de vómitos biliosos, abundantes, siendo interpretado como una glomerulonefritis. Dada la persistencia de los vómitos se realiza consulta con Servicio de Cirugía. Al examen (14 días luego del ingreso): paciente deshidratado, con desnutrición severa, SNG dando 500 ml de líquido bilio-

so, abdomen no distendido con reptación clapoteo y aumento de ruidos hidroaéreos en epigastrio. Al tacto rectal ampolla sin materias.

Paraclínica

Alcalosis metabólica hipoclorémica. El esófago gastro duodeno con Hypaque muestra una oclusión intestinal alta, topografiada a nivel de tercera porción de duodeno. Se pasa a CTI para mejor reposición y control con miras a la cirugía.

A las 48 horas es intervenido realizándose una mediana supraumbilical, comprobándose luego de una correcta exploración, despistando otras patologías, una oclusión de DIII por pinza aortomesentérica.

Se secciona el músculo de Treitz permaneciendo incambiada la situación; no se realiza la maniobra de Clairmont, o sea el decolamiento de tercera y cuarta porción de duodeno por la dificultad que creaba la primera arteria yeyunal y el temor a desvascularizar el duodeno; el procedimiento realizado fue una duodenoyeyunostomía laterolateral en un plano sobre la segunda rodilla duodenal. Buena evolución posoperatoria, se realiza E.G.D. de control que mostró buen pasaje a nivel de la anastomosis (cuadro 1). Alta a los 7 días en condiciones satisfactorias.

Comentario

Queremos destacar algunos hechos a propósito de este caso.

Se entiende como oclusión duodenal por pinza aortomesentérica, a la oclusión mecánica del duodeno, específicamente tercera porción, tipo obturación que se da en un individuo con desarrollo embriológico normal pero con predisposición anatómica a desarrollarla.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica 2 del Prof. C. Silva y de la Clínica Quirúrgica 3 del Prof. R. Praderi.
Hospital Maciel. Facultad de Medicina.

1. Asistente de Cirugía.

2. Residente de Cirugía.

3. Residente Clínica Médica.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de junio de 1991.

Correspondencia: Dr. Daniel Czarnevicz. Calle Dr. Gaston Ramón 2372. Montevideo CP 11600.

Cuadro 1. Cuadro clínico

Sexo masculino, 19 años

Antecedentes personales

- retardo mental posmeningitis
- glomerulonefritis posestreptocócica

Motivo de ingreso

- vómitos biliosos incoercibles

Examen físico

- deshidratado, desnutrición
- clapoteo en epigastrio
- reptación en epigastrio
- SNG: líquido bilioso abundante

PCL:

- alcalosis metabólica hipoclorémica
- tránsito con Hyaque

Cuadro 3. Etiopatogenia.

Factores predisponentes

1. Fijeza de duodeno III y IV
2. Topografía de duodeno II
3. Angulo "de despegue" aortomesentérico

Factores desencadenantes

1. Cierran la rama posterior
 - aneurisma de aorta
 - lordosis lumbar
 - cifoescoliosis
2. Cierran la rama anterior
 - adelgazamiento
 - decúbito dorsal
 - compresión extrínseca (yeso)
3. Aumentan el contenido
 - transgresión dietética
 - edema mesentérico
4. Posoperatorias
 - alt. dinámica regional (vagotomía)
 - alt. anatomía regional (ascensos gast.)

El primer caso clínico descrito corresponde a Rokitsky en 1861 en el curso de una autopsia si bien ya el mismo autor, en 1842, habría sugerido la posibilidad conceptual de la compresión vascular del duodeno⁽¹⁾.

Aparecen luego en la literatura dos casos más (Kussmaul y Cahn–1884⁽²⁾ y Albrecht–1889⁽³⁾). Posteriormente aparecen publicaciones esporádicas de casos clínicos hasta que en 1921, Wilkie⁽⁴⁾ hace la primera revisión exhaustiva del tema, muchos de cuyos conceptos permanecen en vigencia.

En nuestro medio Navarro en 1920 realiza un extenso trabajo de oclusión duodenal citando algunos casos de pinza aortomesentérica⁽⁵⁾. Las publicaciones ulteriores son escasas, y esporádicas, destacando la monografía de Beguristain–Voelker, po-

Cuadro 2. Sinonimia

- Ileo duodenal crónico (Wilkie)
- Sind. de la art. mesentérica superior
- Ileo duodenal arterio–mesentérico (Kauffman)
- Ileo crónico duodenal art.-mesentérico (Telford)
- Estenosis duodenal (Anders)
- Compresión vascular del duodeno (Mansberger)
- Sind. del yeso del tronco (Dorph)
- Sind. de Wilkie
- Ileo crónico gastromesentérico (Stavely)
- Oclusión arteriomesentérica del duodeno
- Estasis duodenal (Pool)
- Ocl. duodenal art.-mesent. intermitente (Goin)
- Compresión duodenal arterio–mesentérica (Jones)
- Pinza aortomesentérica
- Compás aortomesentérico
- Regurgitación duodenal

niendo al día el tema y presentando nuevos casos clínicos sobre la oclusión vascular duodenal^(6–12).

Es muy difícil evaluar la frecuencia real de esta afección, máxime que en sus formas leves tiene una presentación clínica inespecífica y sólo rara vez se presentan formas graves.

A lo dicho se suma el hecho de que algunos autores niegan incluso⁽¹³⁾, su existencia, además de la profusa sinonimia con que se presenta en la literatura (cuadro 2).

En la etiopatogenia de esta enfermedad debemos reconocer factores predisponentes y desencadenantes (cuadro 3).

Los primeros corresponden a determinados hechos anatómicos⁽¹⁴⁾.

- El duodeno tercera (III) y cuarta (IV) porción constituyen la parte más fija del tubo digestivo.
- El duodeno segunda porción (II) se ubica en el canal paravertebral derecho lo que hace que el duodeno III deba recorrer un trayecto anterior y transversal para cruzar las estructuras retroperitoneales.
- La variabilidad del ángulo "de despegue" aortomesentérico.

Destacamos que si bien el elemento compresor puede ser la arteria también lo pueden ser todos y cada uno de los elementos que componen la raíz del mesenterio.

Dentro de los factores desencadenantes se destacan los que acercan la rama posterior del compás A–M, su rama anterior, o los que aumentan el contenido de la pinza, además del posoperatorio por algunas particularidades.

De la clínica se destaca una forma crónica negada por muchos autores que responde en general a una oclusión incompleta, y una forma aguda que determina una oclusión duodenal de tipo obturación que por su topografía y su diagnóstico tardío, habi-

Cuadro 4. Signos radiológicos

1. Visualización de la oclusión DIII
2. Línea vertical que corta DIII
3. Dilatación g-d proximal
4. Movimiento antiperistálticos (sig. del péndulo)
5. Alivio de la oclusión en dif. decúbitos

tualmente conlleva una presentación grave como el caso que nos ocupa.

En suma, no es más que un síndrome de estenosis gastroduodenal infravateriano.

Refiriéndonos exclusivamente a la forma aguda, como en toda oclusión, el diagnóstico es clínico radiológico.

En la radiografía simple de abdomen se observa una gran dilatación gastroduodenal con mínimo aire en el delgado, pudiendo apreciarse el signo de la doble burbuja.

La radiología contrastada pocas veces se emplea en el cuadro agudo, siendo los criterios para el diagnóstico radiológico los que se ven en el cuadro 4⁽¹⁵⁾.

No nos extenderemos en el estudio de los casos crónicos dado que exceden el objetivo de esta presentación.

De más está decir que la forma grave requiere una correcta valoración hidroelectrolítica y general del paciente.

Con respecto al tratamiento, y reiteramos, referidos exclusivamente a la forma aguda, es de indicación quirúrgica formal, cuya oportunidad dependerá de cada caso en particular sin olvidar la urgencia que impone todo paciente ocluido.

Básicamente existen dos procedimientos:

- 1) Liberación duodenal seccionando el músculo de Treitz (de poca eficacia según la mayoría de los autores), con lo cual soltaríamos la fijación del ángulo duodenoeyunal. No describiremos los pasos de la liberación duodenal, lo que fuera muy bien descrito por Chifflet⁽¹⁶⁾.

Algunos autores como Burrington⁽¹⁷⁾ van más allá de la sola liberación del ángulo duodenoeyunal y proponen la decusación de duodeno III y duodeno IV por debajo de la arteria mesentérica superior dejándoles a su derecha.

- 2) By-pass duodenal. Preconizada por Stavely⁽¹⁸⁾, actualmente es la técnica más aceptada universalmente, y consiste en una duodenoeyunosto-

Cuadro 5. Directivas en cirugía duodenal

- Conocimiento anatómico
- Saber movilizar el duodeno
- Evitar la lesión pancreática
- No actuar en duodeno distorsionado
- Evitar maniobras rudas
- Evitar la contaminación con liq. duodenal
- Resecar bordes irregulares
- Suturar cuidadosamente
- Reponer a la topografía habitual
- Evitar contacto con drenajes

mía latero-lateral anisoperistáltica entre la primera asa yeyunal y duodeno III (cuadro 5).

En suma podemos afirmar que la oclusión duodenal vascular no sólo existe sino que debe conocerse para ser correcta y oportunamente diagnosticada y tratada.

Bibliografía

1. **Bockus HL.** Gastroenterology W.B. Saunders: Philadelphia, 1946.
2. **Cantor MD, Reynolds RP.** Gastrointestinal obstruction. Baltimore: Williams and Wilkins, 1957.
3. **Capellet F, Carelli M, Forri M.** La síndrome dell'arteria mesenterica superiore. Minerva Chir 1979.
4. **Wilkie D.** Chronic duodenal ileus. Br J Surg 1921.
5. **Navarro A.** Obstrucción crónica y total del duodeno. An Fac Med Montevideo 1920; 5: 641.
6. **Chavarría O, Saccone R.** Oclusión duodenal subaguda recidivante. Cir Uruguay 1974; 44: 184.
7. **Lattaro D.** Oclusiones duodenales. Cir Uruguay 1973; 43: 285.
8. **Merola L, Nario C.** Un caso de megadrodeus. Consideraciones clínicas y terapéuticas. An Fac Med Montevideo 1924; 9: 1053.
9. **Piquinela JA.** Cirugía de duodeno. Congreso Uruguayo de Cirugía, 13º, Montevideo, 1962: 7.
10. **Prat D.** Oclusión duodenal por arteria mesentérica superior. In: Ilco. Montevideo: Kachette, 1931.
11. **Beguiristain A.** Oclusión duodenal. Monografía 1980. Montevideo: Facultad de Medicina, 1980.
12. **Voelker R.** Oclusión duodenal mecánica por pinza aortomesentérica. Monografía Facultad de Medicina, 1981.
13. **Cimino C.** Arteriomesenteric occlusion of the duodenum. An entity? Radiology 1961; 76: 828.
14. **Chifflet A.** Estudio anatómicoquirúrgico del ángulo duodeno yeyunal. Tesis doctorado. Montevideo: Facultad de Medicina, 1932.
15. **Hearne JB.** Duodenal ileus with special reference to superior mesenteric artery compression. Radiology 1966; 86: 305.
16. **Chifflet A.** La exploración operatoria de la 3ª porción duodenal. Bol Soc Cir Urug 1951; 22: 533.
17. **Burrington JD, Wayne EK.** Obstruction of the duodenum by the superior mesenteric artery. J Pediatr Surg 1974; 9: 733.
18. **Stavely AL.** Chronic gastromesenteric ileus. Surg Gynecol Obst 1910; 11: 288.