

location Case report. *Cir Cir (English Ed)*. 2020;88:75–8, <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.20000393>.

6. Fiore M, Rimareix F, Mariani L, et al. Desmoid-type fibromatosis: A front-line conservative approach to select patients for surgical treatment. *Ann Surg Oncol*. 2009;16:2587–93, <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-009-0586-2>.
7. Lobato Bancalero L, Roldán de la Rúa J, Álvarez Rey IA, et al. Case Report: Desmoid Tumor of the Abdominal Wall: Presentation of a Case of Exeresis and Reconstruction of the Abdominal Wall. *Cirugía Andaluza*. 2023;34:462–4, <http://dx.doi.org/10.37351/2023344.8>.

M.A. Urbina^a, O. Melin^a, P. Galindo^a, E. Sánchez^a
y J.E. González^{b,*}

^a *Departamento de Cirugía, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Veracruz, México*

^b *Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Calle del Puente n.º 222, Col Ejidos de Huipulco, C.P.14380 Tlalpan, Ciudad de México, México. Teléfono: 5517286526.

Correo electrónico: josemiliano0203@gmail.com (J.E. González).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2024.12.004>

0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Gastroyeyunostomía guiada por ultrasonido endoscópico para manejo de síndrome de pinzamiento de la arteria mesentérica superior: reporte de caso con seguimiento a 18 meses

Endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy for managing superior mesenteric artery syndrome: A case report with follow-up at 18 months

El síndrome de pinzamiento de la arteria mesentérica superior (SAMS), también conocido como síndrome de Wilkie, es una causa benigna infrecuente de obstrucción mecánica secundaria a la compresión del duodeno en su tercera porción por la disminución del ángulo de emergencia de la arteria mesentérica superior en relación con la aorta. Los valores de angulación y distancia aorto-mesentérica considerados normales son de 38° a 65° y de 10 a 33 mm, respectivamente. Una distancia <8 mm tiene una sensibilidad y una especificidad del 100%, mientras que un ángulo <22° tiene una sensibilidad del 42.8% y una especificidad del 100% para el diagnóstico de SAMS. La gastro-yeyuno anastomosis, quirúrgica o endoscópica, es una alternativa eficaz de tratamiento del SAMS¹.

Se presenta el caso de un hombre de 18 años quien cursó con cuadro de perforación de colon ascendente con sepsis abdominal como síntoma debut de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn. Se le realizó hemicolectomía derecha con ileostomía, cursando con neumonía nosocomial y necesidad de apoyo mecánico ventilatorio por 21 días. Posterior a 4 semanas de estancia hospitalaria desarrolló intolerancia oral con desnutrición severa por criterios Glim (pérdida de peso de 15 kg; IMC: 18 kg/m²) y albúmina baja (1.6 g/dl), documentándose en tomografía disminución del ángulo y distancia entre la arteria mesentérica superior y la aorta (10° y 3.1 mm, respectivamente) con dilatación retrógrada gastroduodenal compatible con SAMS (fig. 1). Recibió tratamiento conservador con sonda naso-

gástrica descompresiva, nutrición parenteral y procinético intravenoso por 2 semanas sin lograr mejoría en tolerancia oral. En la discusión clínica interdisciplinaria se consideró mal candidato para gastroyeyunostomía quirúrgica por mal estado nutricional, por lo que fue planteada la realización de gastro-yeyuno anastomosis guiada por ultrasonido endoscópico (GYA-USE), la cual se hizo sin complicaciones colocando prótesis de aposición luminal (LAMS) de 15 mm de diámetro con dispositivo Hot Axios (Boston Scientific, Marlborough, Massachusetts, USA). Se ha realizado seguimiento clínico-radiológico seriado con evolución favorable teniendo adecuada tolerancia oral, ganancia de peso de 8 kg (IMC: 21 kg/m²), incremento de albúmina (3.8 g/dl) con mejoría del ángulo y distancia aorto-mesentérica (27° y 8 mm, respectivamente). Ha permanecido con la LAMS por 18 meses sin mostrar complicaciones relacionadas con la misma (fig. 2).



Figura 1 A) Tomografía de abdomen con contraste intravenoso en corte sagital que muestra disminución del ángulo y distancia aorto-mesentérica (10° y 3.1 mm). B) Tomografía de abdomen con contraste oral en corte coronal que muestra compresión a nivel de emergencia aorto-mesentérica con dilatación gastroduodenal retrógrada (flecha).

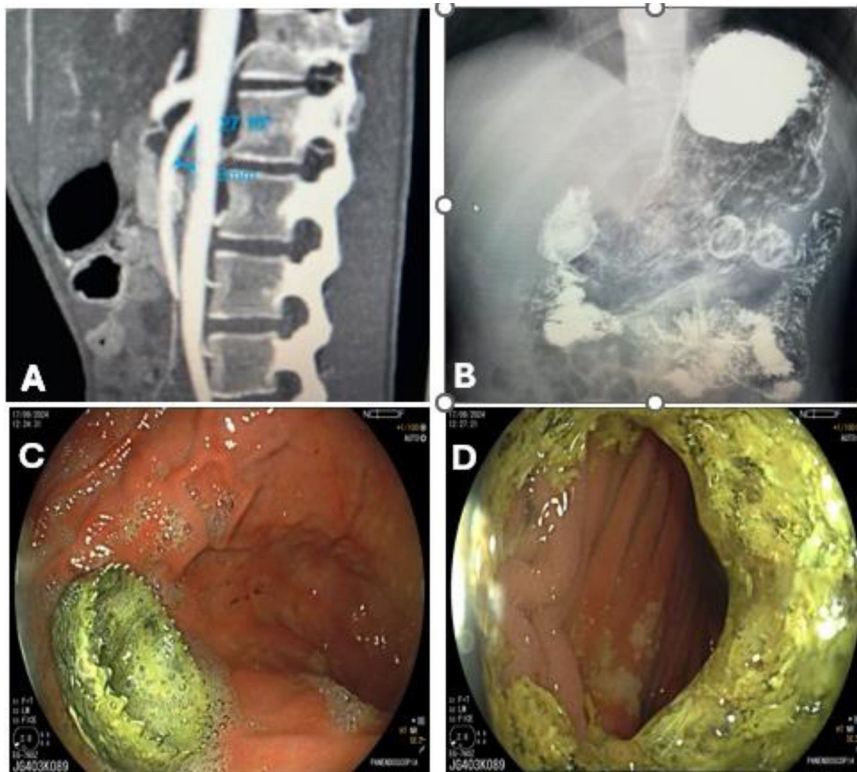


Figura 2 A) Tomografía de abdomen con contraste intravenoso, corte coronal 12 meses después con mejoría de ángulo y distancia aorto-mesentérica (27° y 8 mm). B) Serie gastrointestinal 6 meses después de GYA-USE con avance de medio gastroduodenal y gastroyeyunal. C) Imagen endoscópica de extremo proximal de LAMS 18 meses después. D) Imagen endoscópica extremo distal de LAMS 18 meses después.

GYA-USE: gastro-yeyuno anastomosis guiada por ultrasonido endoscópico; LAMS: prótesis de aposición luminal.

La GYA-USE es una alternativa eficaz y segura para el manejo de la obstrucción al vaciamiento gastroduodenal, con un éxito técnico del 92% (IC 95%: 88-95%), éxito clínico del 90% (IC 95%: 85-94%) y tasa de complicaciones del 12% (IC 95%: 8-16%)². La mayor parte de la evidencia científica de la GYA-USE ha sido generada en el manejo paliativo de obstrucción gastroduodenal de etiología maligna, y existe poca información en la literatura relacionada a la GYA-USE en patología benigna. Uno de los estudios con mayor número de casos de GYA-USE en patología benigna mostró que el éxito clínico, el éxito técnico, el tiempo de procedimiento y la estancia hospitalaria son similares en patología maligna en comparación con patología benigna³. Una interrogante es la permeabilidad y la seguridad de las LAMS en el largo plazo en la GYA-USE en patología benigna. Un estudio reciente que evaluó pacientes con GYA-USE en patología benigna mostró adecuada permeabilidad en el largo plazo de la LAMS, con una mediana de permanencia de 286 días (rango 88-1444 días) describiendo incluso 3 pacientes que rebasaron los 900 días (944, 1408 y 1444 días)⁴. En la literatura hay escasos reportes de GYA-USE para el tratamiento del SAMS⁵⁻⁹. El presente caso demuestra que la GYA-USE es una alternativa de mínima invasión eficaz y segura a largo plazo en pacientes con obstrucción benigna gastroduodenal no candidatos a cirugía y/o con falla al tratamiento conservador.

Financiación

Ninguna.

Consideraciones éticas

El presente trabajo cumple con la normativa vigente en investigación bioética. Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Declaración de la inteligencia artificial (IA) generativa en la escritura científica

En el presente trabajo no se utilizó IA.

Contribución de los autores

E. Murcio-Pérez: concepción y diseño, adquisición de datos, análisis y redacción del manuscrito. I. Bartnicki-Navarrete: concepción y diseño, revisión crítica del contenido. J.C. Pintor-Belmontes: concepción y diseño, revisión crítica del contenido. O.M. Solórzano-Pineda: revisión crítica del con-

tenido. O.V. Hernández-Mondragón: concepción y diseño, revisión crítica del contenido. Todos los autores aprobaron la versión definitiva que se presenta.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Oka A, Awoniyi M, Hasegawa N, et al. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management. *World J Clin Cases*. 2023;11:3369–84, <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v11.i15.3369>.
2. Iqbal U, Khara HS, Hu Y, et al. EUS-guided gastroenterostomy for the management of gastric outlet obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Endosc Ultrasound*. 2020;9:16–23, <http://dx.doi.org/10.4103/eus.eus.70.19>.
3. Kahaleh M, Tyberg A, Sameera S, et al. EUS-guided gastroenterostomy: A multicenter international study comparing benign and malignant diseases. *J Clin Gastroenterol*. 2024;58:570–3, <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000001903>.
4. Abel WF, Soliman YY, Wasserman RD, et al. Endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy for benign gastric outlet obstruction (GOO): A retrospective analysis of patients and outcomes. *Surg Endosc*. 2024;38:3849–57, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-024-10897-6>.
5. Kouanda A, Watson R, Binmoeller KF, et al. EUS-guided gastroenterostomy for duodenal obstruction secondary to superior mesenteric artery syndrome. *VideoGIE*. 2020;6:14–5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vgie.2020.09.008>.
6. Xu MM, Dawod E, Gaidhane M, et al. Reverse endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy for the treatment of superior mesenteric artery syndrome: A new concept. *Clin Endosc*. 2020;53:94–6, <http://dx.doi.org/10.5946/ce.2018.196>.
7. Bronswijk M, Fransen L, Vanella G, et al. Successful treatment of superior mesenteric artery syndrome by endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy. *Endoscopy*. 2021;53:204–5, <http://dx.doi.org/10.1055/a-1190-3228>.
8. Sobani ZA, Rustagi T. Endoscopic ultrasound-guided gastrojejunostomy for the management of superior mesenteric artery syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2020;115:634–5, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000000567>.
9. Jiang J, Ramsey M, Crilley T, et al. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided gastrojejunostomy for management of superior mesenteric artery (SMA) syndrome. *BMJ Case Rep*. 2024;17:e260757, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2024-260757>.

E. Murcio-Pérez*, I. Bartnicki-Navarrete,
J.C. Pintor-Belmontes, O.M. Solórzano-Pineda
y O.V. Hernández-Mondragón

Departamento de Endoscopia, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia. Av. Cuauhtémoc 330 Col. Doctores. Código Postal 06720, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México. Teléfono: 5556276900 extensión 21317. Correo electrónico: murcio@hotmail.com (E. Murcio-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.01.007>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).