

SÍNDROME COMPRESIVO DEL TRONCO CELIACO

A propósito de un caso

C. VAQUERO PUERTA, J. R. LARRAÑAGA CALVO
A. M. MATEO GUTIERREZ

Sección de Cirugía Vascular (Dr. Mateo Gutiérrez). Departamento de Cirugía (Prof. Beltrán de Heredia). Hospital Universitario Valladolid (España)

Introducción

La presentación de un caso «puro» del Síndrome Compresivo del Tronco Celiaco, estudiado y tratado por nosotros, nos ha permitido realizar una serie de puntualizaciones con respecto a esta entidad, descrita por primera vez por **Dunbar** y col. (4) en mujeres jóvenes en las que la arteria estaba comprimida por tractos fibrosos que unían como un arco los dos pilares del diafragma y que, como se demostró posteriormente, participaban en algunas ocasiones en la formación de este cuadro nosológico estructuras ganglionares y nerviosas del Sistema Nervioso Vegetativo (7) o tractos cicatrizales postoperatorios en intervenciones gástricas (1).

Observación clínica

Se trata de un varón de 68 años sin antecedentes de interés, que sufre un primer episodio de violentísimo dolor epigástrico una hora después de la ingesta. El dolor no tiene irradiación pero sí era de intensidad creciente, cediendo a las cuatro horas de comenzado el mismo. No presentó náuseas, vómitos ni otra sintomatología acompañante. La exploración física realizada en el Servicio de Urgencias, donde acude tras este lapso de tiempo, no revelaba patología alguna, incluida la no existencia de soplo epigástrico. El estudio biológico de urgencia y la exploración radiográfica de tórax y simple de abdomen tampoco demostraron ningún dato de interés. Posteriormente ingresado el enfermo se procede a un estudio colecistográfico y tránsito esófago-gastro-duodenal que resultan también normales. Ante la desaparición del cuadro doloroso y la negatividad de las exploraciones practicadas se procedió a su alta, indicándole únicamente tratamiento dietético. Pasados treinta días, vuelve a presentar el paciente un episodio parecido al anterior haciéndose más ostensible su relación con la ingesta. Este dato y el hecho de haber disminuido, aunque de forma discreta, su peso, hacen sospechar un cuadro de angina abdominal. Ya ingresado, se procede al estudio angiográfico de las ramas viscerales impa-

res de la aorta abdominal, observándose en las proyecciones laterales una estenosis marcada del tronco celíaco en una longitud de unos 2 cm (fig. 1), imágenes que, por su morfología, sugieren compresión extrínseca por ligamento arqueado. Intervenido quirúrgicamente y abordada esta rama arterial a través de una incisión media supraumbilical y posterior disección a través de la transcavidad de los epiplones, se comprueba la existencia de un ligamento arqueado medio que comprime seriamente la arteria visceral. Se procede a la sección de este ligamento en unos 4 cm de longitud y a la liberación del tronco celíaco en unos 5 cm, incluida la cara anterior de la aorta donde se origina la arteria (fig. 2). Comprobándose la no existencia de patología en la pared del vaso, salvo un adelgazamiento del mismo, se da por terminado el acto quirúrgico. El postoperatorio evoluciona en perfecta normalidad y pasados 12 días se realiza un control arteriográfico, comprobándose en éste la desaparición de la imagen arteriográfica patológica (fig. 3).

Una vez dado de alta hospitalaria y pasados 10 meses, no se ha vuelto a constatar en sucesivas revisiones episodios dolorosos y el enfermo ha ganado peso.

Discusión

Parece ser que la existencia de sintomatología clínica de tipo álgico de la que sea responsable un ligamento arqueado medio es mucho menos frecuente que la propia existencia de dicho ligamento como alteración congénita (6).

Las series publicadas por los diversos autores especializados en el tratamiento de este tipo de patología no son muy amplias (5, 8, 11 y 12), y en algunos casos es dudosa su etiología al presentar las arterias lesiones estenóticas u oclusiones con patología asociada arteriosclerótica (3), donde el gesto único de la liberación del tronco celíaco no es suficiente y es necesaria la realización de reimplantaciones arteriales, pontajes, endarterectomías o plastias (2, 9) para restablecer la continuidad circulatoria. No obstante la mejoría clínica con la disminución o desaparición del dolor parece estar relacionada en parte con la sección de las fibras nerviosas del Sistema Nervioso Vegetativo que voluntaria o involuntariamente se realiza al cortar la banda fibrosa (13). De esta forma en la mejoría clínica influyen, aparte de la reparación de la lesión orgánica, otros factores que condicionan el resultado del tratamiento, hecho que a autores como Szilagyi y col. (10) les ha llevado a cuestionar sobre la existencia del Síndrome del Ligamento Arqueado. Nuestro enfermo presentado corresponde a un caso «puro» del Síndrome Compresivo del Tronco Celíaco, que por fortuna su sintomatología ha desaparecido con el tratamiento.

RESUMEN

Los autores presentan un caso «puro» del Síndrome de Compresión del Tronco Celíaco. Se discuten las implicaciones del cuadro clínico y tratamiento de este caso, en relación con los aportados en la literatura.

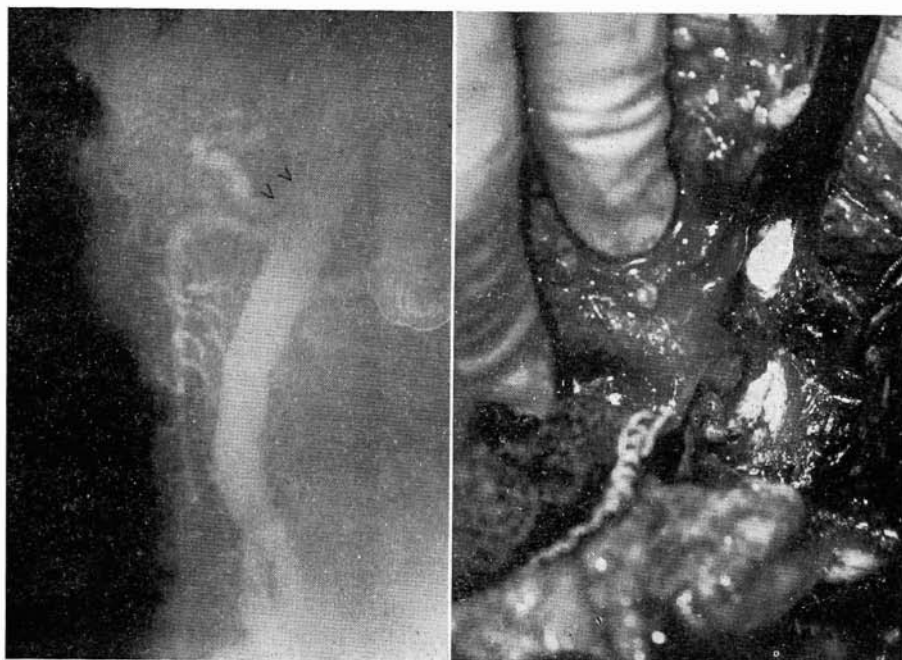


Fig. 1. — Angiografía que demuestra en la proyección lateral una marcada estenosis del tronco celíaco en una extensión de unos 2 cm.

Fig. 2. — Se procedió a la liberación del tronco celíaco en unos 5 cm, incluida la cara anterior de la aorta donde se origina la arteria.



Fig. 3. — La arteriografía de control a los 12 días de la intervención demuestra la desaparición de la imagen patológica preoperatoria.

AUTHORS'S SUMMARY

A case of «pure» celiac axis compression syndrome is reported. The implications of the clinical picture and treatment of this case in relation to those reported in the literature is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. Carey, J. P.; Stemer, E. A.; Connolly, J. E.: Median Arcuate Ligament Syndrome. «Arch. Surg.», 99: 441, 1969.
2. Cooley, D. A. y Wukasch, D. C.: «Techniques in Vascular Surgery». Philadelphia, W. B. Saunders. Co., p. 113, 1979.
3. Derrick, J. R.; Pollard, W. S.; Moore, R.M.: The pattern of arteriosclerotic narrowing of the celiac and superior mesenteric arteries. «Ann. Surg.», 149: 684, 1959.
4. Dunbar, G. D.; Molnar, W.; Beman, F. F.; Marable, S. A.: Compression of the Celiac Trunk and Abdominal Angina: preliminary report of 15 cases. «Am. J. Roentgenol.», 95: 731, 1965.
5. Evans, W. E.: Long-term evaluation of the celiac band syndrome. «Surgery», 76: 867, 1974.
6. Rob, C.: Stenosis and thrombosis of the celiac and mesenteric arteries. «Am. J. Surg.», 114: 363, 1967.
7. Snyder, M. A.; Mahoney, E. B.; Rob, C. G.: Symptomatic Celiac Artery Stenosis due to constriction by neurofibrous tissue of the celiac ganglion. «Surgery», 61: 372, 1967.
8. Stanley, J. C. y Fry, W. J.: Median arcuate ligament syndrome. «Arch. Surg.», 103: 252, 1971.
9. Stoney, R. J. y Olcott, C.: Visceral artery syndromes and reconstructions. «Surg. Clin. North. Am.», 59: 637, 1979.
10. Szilagyi, D. E.; Rian, R. L.; Elliott, J. P.; Smith, R. F.: The Celiac artery compression does it exist? «Surgery», 72: 849, 1972.
11. Tusciano, G.; Maletti, O.; Pompei, G.; Belluzzi, E.: La sindrome da compressione del tripode celiaco. «Atti del 1.º Congresso Nazionale di la Società Nazionale Italiana di Chirurgia Vascolare», p. 285, 1980.
12. Wylie, E. J. y Stoney, R. J.: «Management of visceral arterial occlusions In Management of arterial occlusive Disease». W. A. Dale. Chicago, Year Book Medical Publishers, p. 291, 1971.
13. Zanella, E.: Stato attuale delle conoscenze sulle compressione del tronco celiaco. «Atti del 1.º Congresso Nazionale di la Società Nazionale Italiana di Chirurgia Vascolare», p. 225, 1980.