



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-054 - SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Puerta Vicente, Ana; Pedraza Muñoz, Antonio José; Vilar Tabanera, José Alberto; Álvarez Álvarez, Javier; Anchustegui Melgarejo, Pablo

Hospital de la Zarzuela, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) es una entidad rara. Se caracteriza por compresión extrínseca del tronco celiaco por el ligamento arcuato medio (LAM). Además asocia sintomatología vaga (dolor posprandial, vómitos, pérdida de peso...) que convierten a este síndrome en un reto diagnóstico.

Caso clínico: Varón, 44 años. Dolor epigástrico postprandial desde hace meses, con náuseas y vómitos continuos y pérdida de 20 kg de peso. A la exploración llama la atención la caquexia. En endoscopia no se objetivan alteraciones, test de *H. pylori* negativo. Por antecedentes de enolismo se inicia estudio de pancreatitis crónica. Valores analíticos normales, sin datos de insuficiencia pancreática. Ecoendoscopia sin datos morfológicos ni ductales de pancreatitis crónica. En angioTC abdominal destaca una angulación aguda del tronco celiaco que muestra morfología “en gancho” y un estrechamiento de la porción proximal del vaso en relación con la compresión directa del ligamento arcuato, con dilatación postestenótica, siendo sugestivo de síndrome de ligamento arcuato medio. Por vía laparoscópica se llevó a cabo la sección del LAM, quedando liberado de forma amplia el tronco vascular. Alta hospitalaria a las 48h sin complicaciones inmediatas. Al mes refiere mejoría de la sintomatología con reganancia de 5 kg. En AngioTC abdominal de control se demuestra ausencia de compresión sobre el tronco celiaco previamente visualizada.

Discusión: El SLAM o síndrome de Dunbar es una patología rara. Se caracteriza por el estrechamiento luminal del tronco celiaco secundario a compresión externa por el LAM. A día de hoy, existen muchas dudas acerca de su verdadero mecanismo fisiopatológico. El LAM es un arco fibroso que conecta las cruras diafragmáticas izquierda y derecha a nivel del arco aórtico, generalmente craneal al origen del tronco celiaco. La inserción más caudal del LAM o el origen más craneal del tronco vascular podrían dar lugar a la compresión del tronco celiaco. Recientemente se postula que, debido a la proximidad de los ganglios del plexo celiaco y la mejoría de la sintomatología tras la intervención sobre los mismos, la compresión asociada de las fibras nerviosas podrían contribuir con un componente de dolor neuropático en el SLAM. La forma de presentación es muy variable; generalmente aparece como dolor abdominal posprandial, náuseas, vómitos y pérdida de peso asociada. El diagnóstico es de exclusión. No existen criterios diagnósticos establecidos hasta el momento. Las técnicas de imagen de elección son el angioTC o RM abdominal, donde se evidencia la compresión del tronco celiaco por el LAM con dilatación vascular postestenótica asociada. El tratamiento quirúrgico consiste en sección amplia del LAM para liberación del tronco celiaco y las fibras nerviosas del plexo celiaco. Los resultados clínicos son muy variables, no siendo valorables hasta el primer mes desde la intervención. El SLAM es una entidad infrecuente que se debe a la compresión extrínseca del tronco celiaco

por el LAM del diafragma. La clínica es vaga y obliga a realizar un diagnóstico de exclusión. El tratamiento se basa en la sección quirúrgica del LAM con liberación del tronco vascular, siendo los resultados clínicos muy variables.