



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-111 - SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO: LIBERACIÓN LAPAROSCÓPICA

Blanco Rodríguez, Angélica; González Bermúdez, Manuel; Aguirrezabalaga Martínez, Irene; Madarro Pena, Carla; Taboada Ameneiro, María; Quiros Rodríguez, María; Aguirrezabalaga González, Javier; Noguera Aguilar, Jose Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Objetivos: El síndrome del ligamento arcuato o síndrome de Dunbar, es una entidad rara que resulta de la compresión extrínseca del tronco celiaco por bandas fibrosas prominentes y tejido ganglionar periaórtico, en ciertas ocasiones puede provocar cambios histológicos en la pared del vaso. El ligamento arcuato es un arco fibroso que une ambos pilares del diafragma a sendos lados del tronco celiaco.

Métodos: Se diagnostica en 2 de cada 100.000 pacientes con dolor abdominal donde se han excluido otras causas. Se estima que entre el 10-24% de la población general el ligamento arcuato pasa anterior al tronco celiaco, sin embargo solo el 1% presentan clínica. Esto se explica por la circulación colateral proveniente de la arteria mesentérica superior, sobre todo por vasos pancreatoduodenales. Más del 90% de los casos son asintomáticos, siendo un hallazgo casual; otros presentan la tríada clásica de dolor recurrente posprandial, pérdida de peso y soplo o *thrill* epigástrico. Asocian a veces, vómitos, dispepsia, disminución del apetito, incluso miedo a comer. Hay varias teorías y estudios sobre el origen de los síntomas, provocados por una isquemia posprandial intestinal o una irritación del ganglio celiaco, entre otras. El diagnóstico es de exclusión. Se utilizan distintas pruebas de imagen para apoyarnos: ecografía *doppler* con medición del flujo (observador dependiente), arteriografía aórtica (invasiva), angioRM (niños y adolescentes) y angioTC. Estas dos últimas, se consideran de elección, permiten reconstrucciones 3D, se pueden realizar con maniobras respiratorias. El tratamiento de elección es el quirúrgico, pudiendo realizarse cirugía abierta, laparoscópica (año 2000, Royae et al) o robot (año 2007), con combinación en pacientes seleccionadas de procedimientos endovasculares para estenosis residuales. Consiste en la restauración del flujo sanguíneo normal y eliminación de la irritación neuronal producida por fibras del ganglio celiaco. En los casos leves o asintomáticos se mantiene una actitud expectante.

Resultados: Presentamos el caso de dos mujeres de 57 y 19 años, sin antecedentes relevantes, estudiadas por dolor abdominal posprandial recurrente de 1 año de evolución, una de ellas además asocia pérdida de peso (18 kg). Se realiza diagnóstico de exclusión, y las pruebas de imagen pertinentes, TC y arteriografía con maniobras respiratorias en ambos casos, que demuestran una estenosis del tronco celiaco por compresión extrínseca por el ligamento arcuato. Se propone intervención quirúrgica programada con liberación laparoscópica del mismo, a nivel de la cara anterior aórtica. Evolución satisfactoria en el posoperatorio inmediato, alta en 10 y 3 días respectivamente, y control en consultas externas.

Conclusiones: A pesar de ser una entidad poco frecuente, una vez más vamos a favor de que el uso de la laparoscopia en comparación con la vía abierta, es una técnica segura y factible con una recuperación precoz, temprana movilización, corta estancia hospitalaria y escaso dolor.