



P-311 - DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Conde Inarejos, Belén; Abad Martínez, María; Usero Rebollo, Servando; Rueda Martínez, Juan Luis; Luengo Ballester, Olga; Camacho Dorado, Cristina; Sánchez Gallego, Alba; Aguado Rodríguez, Beatriz

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM), síndrome de compresión del tronco celiaco o síndrome de Dumbard, es causado por compresión extrínseca del tronco celiaco por dicho ligamento. Representa una entidad poco frecuente de dolor abdominal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 50 años, sin AP de interés; refiere dolor abdominal posprandial crónico, localizado en epigastrio y asociado a náuseas y vómitos. A la exploración abdomen blando y depresible, no doloroso. Se le realizó gastroscopia sin hallazgos relevantes; test ureasa positivo. Colonoscopia hasta íleon terminal con aspecto normal, biopsia de colon derecho (mínimos cambios inflamatorios) y exéresis pólipo en recto (pólipo hiperplásico). Se realizó tratamiento erradicador *H. pylori* sin mejoría. Posteriormente, se realizó angioTAC donde se evidenció marcada disminución de calibre en la salida del tronco celiaco, con paso filiforme de contraste, compatible con estenosis significativa, a valorar compresión del ligamento arcuato medio como primera posibilidad, dado que no se aprecian placas de aterosclerosis ni otra etiología que lo justifique. Permeabilidad y grosor normal de arterias hepáticas, esplénica y GE. La paciente fue intervenida quirúrgicamente vía laparoscópica, donde se realizó sección amplia de dicho ligamento. El curso postoperatorio evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al 2º día postoperatorio. Actualmente, tras seis meses de la intervención, se encuentra asintomática. El SLAM es debido a una inserción anormalmente baja de dicho ligamento, estrechando el tronco celiaco, o, por origen excesivamente alto de éste. La clínica es muy variable, permaneciendo asintomáticos hasta en el 90% de los casos gracias al desarrollo de vasos colaterales. Es típico de mujeres jóvenes, complexión delgada, que aquejan dolor epigástrico, más intenso tras las comidas. El *screening* inicial se realiza con ecografía doppler-color con medición del flujo sanguíneo (> 200 cm/s), confirmando el diagnóstico con angioTAC abdominal. El tratamiento se basa en la división del ligamento arcuato y exéresis de las fibras constrictivas del plexo celiaco, con el objetivo de restaurar el flujo sanguíneo normal y eliminar la irritación neuronal. Si la pared arterial presenta lesión concomitante, está indicada la reconstrucción vascular.

Discusión: La liberación laparoscópica del ligamento arcuato medio es el tratamiento de elección, con una mejora de los síntomas hasta casi el 55% de los pacientes. El tratamiento endovascular (angioplastia/stent) se reserva para las estenosis residuales tras la descompresión extrínseca o daño crónico de la pared vascular.