



V-079 - SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO: LIBERACIÓN QUIRÚRGICA ASISTIDA POR ROBOT

Otalora Mazuela, Leire; Artime Rial, María; Pérez Corbal, Lara; Cordovés Weiler, Iván; Lois Silva, Elena; Castrodá Copa, David; Pascual Gallego, Miguel; Parajó Calvo, Alberto

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Introducción: El síndrome del ligamento arcuato es una entidad poco frecuente caracterizada por dolor abdominal posprandial, pérdida de peso, náuseas, vómitos y/o soplo epigástrico. Los síntomas se atribuyen habitualmente a la compresión vascular del tronco celiaco por una inserción baja del ligamento arcuato (fibras musculares diafragmáticas). La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos debido a la compensación del tronco celiaco por la arteria mesentérica superior, proponiéndose como posible origen del dolor, la afectación del plexo celiaco. La técnica clásica consiste en la sección del ligamento arcuato y la exéresis de las fibras constrictivas del plexo celiaco. El tratamiento endovascular (angioplastia o *stent*) no se aplica primariamente para resolver esta compresión extrínseca, sino en casos de estenosis residual tras la liberación quirúrgica.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 64 años con antecedentes de diabetes y cistectomía total por vejiga neurógena que acude a urgencias en numerosas ocasiones por clínica de dolor abdominal, náuseas y pérdida de 10 kg de peso en 3 meses (IMC 18,9 Kg/m²). Tras descartar otras patologías gastrointestinales, el angio-TAC revela una estenosis significativa del tronco celiaco compatible con síndrome del ligamento arcuato medio. Se decide realizar una descompresión quirúrgica del tronco celiaco asistida por robot. Se incide el ligamento gastrohepático, se referencia la arteria gástrica izquierda y se exponen los pilares diafragmáticos. En este caso se realiza una linfadenectomía de la arteria hepática común para exponer el tronco celiaco que se disecciona cuidadosamente, seccionando posteriormente las fibras musculares del ligamento arcuato. Finalmente, se completa la neurectomía del tronco celiaco quedando expuesta la cara anterior aorta unos 5 cm en sentido proximal. La paciente evoluciona favorablemente con alta el segundo día posoperatorio, manteniéndose asintomática tras 3 meses de seguimiento.

Discusión: El síndrome del ligamento arcuato requiere un estudio preoperatorio exhaustivo y establecer la causalidad, siendo la liberación quirúrgica el tratamiento con mejores resultados en la actualidad. La incorporación de la cirugía robótica facilita la realización de la técnica, combinando una visualización tridimensional de alta definición y una destreza manual superior que permiten una disección más precisa y segura con resultados óptimos.