



## CASO CLÍNICO

---

### Síndrome del ligamento arcuato: una rara causa de dolor abdominal

---

Cristina Soriano<sup>1</sup>, Antonio Manuel Molina<sup>2</sup>

1. R4 Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Muchamiel (Alicante).
2. Médico Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Muchamiel (Alicante).

Contacto: Cristina Soriano; cristina.sori.maldo@gmail.com

Citar como: Soriano C, Molina AM. *Síndrome del ligamento arcuato: una rara causa de dolor abdominal*. fml. 2021; 26(2):3p

---

### Resumen

El dolor abdominal es una consulta frecuente en el día a día de los médicos de Atención Primaria, por ello es necesario que los profesionales llevemos a cabo una buena historia clínica, realizando un adecuado diagnóstico diferencial. El síndrome del ligamento arcuato es una causa poco frecuente de epigastralgia, pero debe ser considerada en pacientes con dolor abdominal sin filiar. La prueba de elección para la confirmación es el TAC con contraste y la liberación quirúrgica del tronco celíaco es una técnica segura que puede mejorar el dolor de esta entidad.

fml. Enero 2021; Volumen 26, número 1.

Publicación oficial SVMFiC.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:

Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

---

## Introducción

El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en Atención Primaria y en urgencias, suponiendo entre el 5-10% de las consultas. Aunque en muchas ocasiones se trata de un proceso banal, en otros casos puede corresponder una verdadera emergencia<sup>1</sup>. El manejo correcto del dolor abdominal agudo o recurrente requiere una anamnesis detallada y una exploración física exhaustiva, acompañado del uso apropiado de las exploraciones complementarias desde Atención Primaria<sup>1</sup>. Además, en el diagnóstico diferencial se debe tener presente la existencia de patologías más y menos frecuentes para llegar a un diagnóstico precoz correcto.

## Descripción del caso clínico

Presentamos el caso de un hombre de 54 años que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por episodios recurrentes de dolor abdominal de intensidad moderada, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 6 meses de evolución. El dolor se incrementa tras la ingesta y tras la realización de esfuerzos físicos y en alguna ocasión se ha acompañado de vómitos. No presenta alteraciones en las deposiciones ni en la orina. Por este motivo había solicitado atención en urgencias hasta en 3 ocasiones, siendo dado de alta con diagnóstico de "epigastralgia inespecífica" tras la mejoría parcial con metamizol + metoclopramida. El paciente no presenta factores de riesgo cardiovascular ni refiere hábitos tóxicos. Había sido intervenido de apendicectomía en la infancia y refiere antecedentes familiares de colelitiasis. No presenta otros antecedentes personales de interés y no tiene pautado ningún tratamiento crónico. A la exploración física en consulta presenta buen estado general, afebril, manteniendo las

constantes vitales estables. No se objetiva ictericia. El abdomen es blando y depresible, con molestias a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni hernias. Los pulsos a todos los niveles están presentes.

Con los datos obtenidos hasta el momento y ante un paciente con dolor localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de instauración brusca, nos planteamos como diagnóstico diferencial las siguientes patologías: ulcus gastroduodenal (mejoraría tras la ingesta), apendicitis (la instauración de una apendicitis es progresiva en horas o días), pancreatitis aguda (esta entidad no suele mejorar de manera espontánea), hernia estrangulada (no se objetiva en la exploración física de nuestro paciente), rotura de aneurisma aórtico/disección de aorta (presentaría mal estado general y el dolor no remitiría de manera espontánea), isquemia intestinal (el dolor tendría un curso continuo), cólico nefrítico (habitualmente no presenta relación con la ingesta y el dolor no suele localizarse en epigastrio), patología biliar (aunque parece la causa más probable en este caso, se debería confirmar el diagnóstico con una prueba complementaria)

Ante esta situación, se solicita analítica sanguínea completa donde destaca una leucocitosis de  $12,9 \times 10^9/L$  sin neutrofilia y una proteína C reactiva de 0,64 mg/dL, y un sedimento de orina que es anodino. Además, se realiza radiografía de abdomen y ecografía abdominal en las cuales no se objetivan hallazgos significativos y se solicita antígeno de H.Pylori en heces, el cual resulta positivo y se inicia tratamiento con terapia OCAM durante 14 días. Tras la finalización del tratamiento y ante la persistencia de los episodios, se remite a medicina digestiva para completar estudio, sin embargo, días posteriores el paciente presenta un empeoramiento agudo del dolor por lo

que acude a urgencias hospitalarias, donde se decide realizar un TAC abdominopélvico con contraste ante la ausencia de patología objetivable. En esta prueba se objetiva un tronco celíaco filiforme en su extremo proximal condicionado por ligamento arcuato.

## Discusión

Si bien es cierto que, ante cualquier dolor abdominal, "el origen más probable es, en primer lugar, la patología más común", debemos tener presente patologías menos frecuentes, como se trata en este caso del síndrome del ligamento arcuato.

El síndrome del ligamento arcuato es una causa rara de dolor abdominal, de hecho, la presentación clínica es muy variable y su diagnóstico se realiza habitualmente por exclusión<sup>2-3</sup>. Entre el 76 y el 90% de las ocasiones se demuestra su existencia sin el desarrollo de síntomas, principalmente por el hecho del desarrollo de vasos colaterales<sup>2</sup>. No obstante, la mayoría de las pacientes que presentan dolor son mujeres jóvenes delgadas, localizando el dolor en epigastrio con empeoramiento tras las comidas y tras el ejercicio<sup>2-3</sup>. Aunque el mecanismo aún es desconocido, parece que la causa del dolor es la isquemia intestinal debida al incremento de la demanda de sangre<sup>3</sup>. Además del dolor, puede asociar náuseas, vómitos y diarrea. En cuanto al diagnóstico, la arteriografía aórtica es el *gold standard*<sup>2</sup>, sin embargo, en nuestro paciente se detectó mediante la realización de un TAC con contraste, una prueba complementaria al alcance de los médicos de Atención Primaria y de rápida realización si se sospecha esta entidad como causa del dolor. El tratamiento es habitualmente la descompresión del tronco celíaco mediante liberación quirúrgica<sup>3</sup>, aunque en ocasiones no es suficiente para eliminar los síntomas en todos los

casos y es necesario realizar intervenciones de revascularización<sup>4</sup>. En el momento actual nuestro paciente se encuentra pendiente de intervención por parte del servicio de cirugía general.

## Conclusiones

Mediante la presentación de este caso clínico se pretende resaltar la importancia de una historia clínica completa y una exploración física minuciosa, con uso de estudios complementarios sencillos y accesibles desde Atención Primaria para llegar a un diagnóstico precoz. Destacar que se debe tener siempre presente entidades menos prevalentes, como lo es el síndrome del ligamento arcuato, en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal no filiado.

## Bibliografía

1. Abreu Galán M.A, García Criado E.I, Otero Cacabelos M, et al. Guía de buena práctica clínica en situaciones de urgencia [Internet] Madrid: International Marketing & Communications, S.A. 2003. P64-80 [Citado 10 enero 2021] ISBN: 84-688-4762-3. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_urgencia.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_urgencia.pdf)
2. San Norberto E.M, Montes J.M, Romero A, et al. Síndrome del ligamento arcuato medio: a propósito de tres casos y revisión de la literatura. *Angiología*. 2012; 64(4):167-172. DOI: 10.1016/j.angio.2011.11.004
3. Kim EN, Lamb K, Relles D, Moudgill N, DiMuzio PJ, Eisenberg JA. Median Arcuate Ligament Syndrome-Review of This Rare Disease. *JAMA Surg*. 2016;151(5):471-7
4. Tracci MC. Median arcuate ligament compression of the mesenteric vasculature. *Tech Vasc Interv Radiol*. 2015;18(1):43-50. DOI: 10.1053/j.tvir.2014.12.007