

## CASO CLÍNICO

# SÍNDROME DE LIGAMENTO ARCUATO MEDIO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

MEDIUM ARCUATO LIGAMENT SYNDROME AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ABDOMINAL PAIN. ABOUT TWO CASES.

Romero Moreno S, De Vicente Ortega A, Arroyo Arguelles JM, Tercero Lozano M

Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén.

### Resumen

El síndrome del ligamento arcuato medio es una patología infrecuente, que acontece tras la compresión extrínseca del tronco celiaco por parte de dicho ligamento<sup>2,5</sup>. Generalmente se caracteriza por un cuadro de dolor abdominal recurrente, con acentuación postprandial y en ocasiones asocia pérdida de peso, náuseas, vómitos y soplo en epigastrio, suponiendo en otros casos un hallazgo casual<sup>1,3,4,5</sup>. La descompresión quirúrgica representa el tratamiento de elección, dejando el tratamiento endovascular para los casos persistentes o con estenosis residual<sup>2,3,5</sup>. El tratamiento conservador se reserva para aquellos casos asintomáticos o leves. Presentamos dos casos leves, en los cuales se optó por un tratamiento expectante.

**Palabras clave:** síndrome del ligamento arcuato medio, dolor abdominal, compresión del tronco celiaco.

#### CORRESPONDENCIA

Sarai Romero Moreno  
Complejo Hospitalario de Jaén  
23007 Jaén  
[sarairomero2019@gmail.com](mailto:sarairomero2019@gmail.com)

Fecha de envío: 11/11/2020

Fecha de aceptación: 20/04/2021

### Abstract

The medium arcuate ligament syndrome is a rare pathology and it is secondary to extrinsic compression of the celiac artery by that ligament<sup>2,5</sup>. It is usually characterized by recurrent abdominal pain, especially following a meal. Sometimes it is associated with weight loss, nausea, vomiting and murmur in epigastrium, even it could be a chance finding in some patients<sup>1,3,4,5</sup>. Surgical decompression represents the standard treatment<sup>2,3,5</sup>. For persistent cases or patients with residual stenosis, endovascular treatment is the main option. Conservative treatment reserves for those asymptomatic or mild cases. We present two mild cases in which an expectant treatment was chosen.

**Keywords:** capsule endoscopy, bowel preparation, mucosal visualization.

### Introducción

El síndrome del ligamento arcuato medio (SLAM) es una alteración rara, causada por la compresión extrínseca del tronco celiaco por parte del ligamento arcuato medio, bandas fibrosas prominentes y/o tejido ganglionar periaórtico<sup>3</sup>. Normalmente este ligamento presenta una localización superior al tronco celiaco,

aunque en ocasiones su inserción es más baja, cruzando la porción proximal del tronco celíaco o bien éste presenta un origen más alto, siendo angulado por el ligamento en ambos casos<sup>3,4,5</sup>.

En más del 90% de los casos es asintomático y se halla de forma casual<sup>2</sup>. Suele acontecer en mujeres jóvenes y de constitución delgada<sup>1,2,5</sup>. Cuando presenta clínica, ésta se caracteriza por dolor epigástrico postprandial intermitente, náuseas, vómitos, diarrea y pérdida de peso<sup>3,4,5</sup>.

## Casos Clínicos

### Caso clínico 1:

Varón de 31 años con epigastralgia de larga evolución, con empeoramiento postprandial y alivio con la dorsiflexión y analgesia. Acompaña episodios de diarrea. Niega consumo de tóxicos o fármacos. En la gastroscopia se evidencia "gastritis bulbar y test de ureasa positivo", comprobando erradicación posterior. Por persistencia del dolor, se realiza ecografía y TAC abdominal hallando "litiasis biliar". Tras colecistectomía programada el dolor persistía. Analíticamente, sólo destaca aumento leve de transaminasas (GGT 112, GOT 101, GPT 163, Bilirrubina total 1,36), siendo el resto de los resultados y el estudio de heces normales. Se amplía estudio con resonancia magnética (RM) abdominal sin hallazgos significativos y un angio-TC abdominal que muestra "aorta de calibre normal, con mínima disminución del calibre en origen del tronco celíaco (15%), compatible con SLAM" (Figuras 1 y 2). Dado que el paciente mejora de los síntomas con analgesia habitual y presenta mínima disminución de calibre del tronco celíaco, se opta por tratamiento conservador.

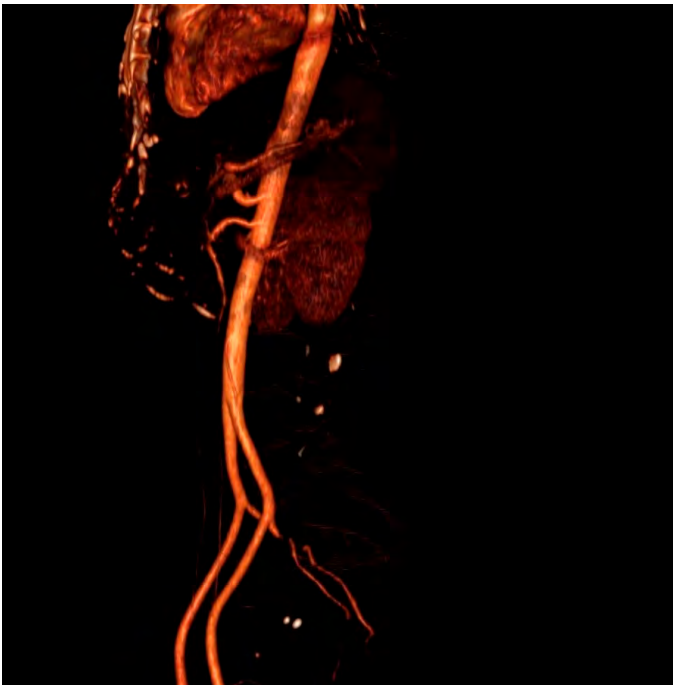


Figura 1



Figura 2

### Caso clínico 2:

Varón de 25 años sin antecedentes personales de interés, ingresa por cuadro de epigastralgia severa con necesidad de opioides para su control y con empeoramiento postprandial, sin asociar otros síntomas. Tras TAC de abdomen con contraste al ingreso, se evidencia a nivel del tronco celíaco una muesca provocada por el ligamento medio diafragmático o ligamento arcuato (Figura 3). Tanto en angio-TAC como angio-RM se halla la estenosis a nivel de la salida del tronco (10%) con dilatación postestenótica. Se completa estudio endoscópico que no evidencia hallazgos patológicos, con analítica completa y estudio de heces dentro de la normalidad. Dada la mejoría del paciente con analgesia, descartando datos de gravedad en las pruebas de imagen y analíticas, se decide una actitud conservadora.

## Discusión

El SLAM es una patología infrecuente. Hasta en el 24% de la población<sup>2,5</sup> el ligamento cruza anterior a la arteria celíaca, y en algunos individuos puede comprometer el flujo sanguíneo, lo que lleva a una sintomatología concurrente. Varios estudios informan que esta condición llevaría a una isquemia postprandial intestinal o bien, a una irritación del ganglio celiaco, provocando los síntomas gastrointestinales y condicionando la gravedad de la clínica en función del grado de estenosis-isquemia. Una parte significativa de la población general puede tener algún grado de compresión sin sintomatología, con compresión observada en el TC del 10 al 24% en una revisión exhaustiva de la literatura<sup>2,5</sup>.



Figura 3

Como muestran nuestros casos y se reporta en otras series, es una patología con predominio en personas jóvenes y delgadas<sup>2,5</sup>, aunque a diferencia de nuestro artículo, acontece con más frecuencia al sexo femenino<sup>2</sup>. Siendo característico un dolor abdominal con empeoramiento postprandial y con el ejercicio, mejorando con la dorsoflexión<sup>2,3,5</sup>.

En cuanto al diagnóstico, como técnicas de imagen se han utilizado la arteriografía aórtica, descartada actualmente por su carácter invasivo. La ecografía doppler abdominal con la medición de flujos que puede ser una buena opción, pero con el inconveniente de ser observador-dependiente y presentar dificultades con la ventana del paciente o la interposición de gas. La angio-TC y la angio-RM, serían las técnicas de elección, con la medición del diámetro del tronco celíaco y la determinación de colaterales y/o aneurismas, datos fundamentales puesto que la gravedad determina la necesidad de cirugía.

El SLAM es un diagnóstico de exclusión<sup>5</sup>, por lo que siempre debemos descartar otras causas de dolor abdominal. Como podemos ver en nuestra serie, se realizan múltiples pruebas previas con resultados dentro de la normalidad, llegando a un diagnóstico de certeza por medio de angio-TAC y RM<sup>1-5</sup>, con evidencia en ambos casos de una estenosis leve inferior al 20%.

Históricamente, el tratamiento consistía en técnicas quirúrgicas, aunque debido a la rareza del síndrome las opciones terapéuticas deben considerarse de forma individualizada en el contexto de la edad y la gravedad de los síntomas<sup>4</sup>. En el manejo terapéutico, la liberación laparoscópica del ligamento arcuato representa la técnica de elección<sup>1-4</sup>. El tratamiento endovascular debe reservarse para aquellos casos que presenten estenosis residuales y que supongan una persistencia de la clínica a pesar del tratamiento quirúrgico previo<sup>1,2,3</sup>.

En la serie de casos expuestos, teniendo en cuenta la edad de ambos pacientes y sintomatología leve, con control mediante analgesia habitual en el primer caso y el hallazgo probablemente

casual en el segundo, se opta por un tratamiento conservador, reservando la cirugía en caso de no mejoría o recurrencia de los síntomas a pesar de tratamiento médico.

## Bibliografía

1. Novo Martínez GM, Rodríguez Morata A, Alonso Arguello G, et al. Dolor abdominal crónico recurrente, a consecuencia del síndrome del ligamento arcuato medio. *CIR ESP*. 2016; 94(5): 301-309.
2. San Norberto SM, Montes JM, 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
3. Jiménez Fuentes M, Díaz García G, Ruíz Tovar J, et al. Síndrome de compresión del ligamento arcuato medio en el adulto: a propósito de dos casos. *Cir Cir*. 2019; 87: 85-87.
4. Goodall R, Langridge B, Onida S, et al. Median arcuate ligament syndrome. *J Vas Surg*. 2020 Jun; 71(6): 2170-2176.
5. Sapadin A, Misek R. Atypical presentation of median arcuate ligament syndrome in the emergency department. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019 Oct 21; 3(21): 413-416.