

347/2412 - DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR

Á. Navas Moruno^a, I. Gómez Martín^b, A. Moscoso Jard^b y J. Gascón Jiménez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: AP: NAMC, HTA; EPOC bajo riesgo; Isquemia arterial periférica, gastropatía. Fumador 75 paq/año Tratamiento: omeprazol, amlodipino, enalapril, amitriptilina/medazepam, AAS 150 mg/24h, pentoxifilina, bromuro de tiotropio. EA: paciente 76 años acude a MAP por dolor epigástrico diario (distinto a molestias habituales) de 1 mes de evolución, irradiado a cuello-MMSS que cede en 10 minutos, sin cortejo vegetativo. No relacionado con esfuerzo/ingesta. Se realiza ECG, analítica y pauta nitroglicerina 1 mg SL si dolor. 15 días después persiste clínica, obligando a tomar > 2 CFN/D (cediendo dolor). Nuevo ECG sin cambios y se deriva a urgencias por sospecha de cardiopatía isquémica en paciente de alto riesgo. Al alta: probable ángor intestinal, derivado a Digestivo y Cardiología. Prescripción: AAS 300 mg, HBPM/24H 10 días, Nitroglicerina si dolor. Evolución: Cardiología descarta isquemia inducible; Digestivo, solicita angio-TAC y deriva a CCV (que descarta aneurisma como causa de isquemia intestinal o dolor) y posteriormente a Cirugía, para plantear posibilidad de tratamiento quirúrgico.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Abdomen doloroso a palpación, sin defensa o signos de irritación peritoneal. Analítica normal. ECG: RS con T(-) aVL, descenso ST V4-5 (impresiona sobrecarga sistólica), sin signos isquémicos agudos y sin cambios (en ECG posteriores). Rx tórax/abdomen: sin hallazgos. Angio-TC abdomen: aneurisma en aorta renal infrarrenal con trombo mural del 50% y estenosis a 3 cm del origen tronco celiaco posiblemente por compresión del ligamento arcuato.

Orientación diagnóstica: Síndrome del ligamento arcuato medial (SLAM).

Diagnóstico diferencial: Isquemia intestinal crónica, úlcera gástrica, cardiopatía isquémica, pancreatitis crónica.

Comentario final: El SLAM se debe al compromiso del flujo mesentérico por dicho ligamento, ocasionando clínica de angina intestinal. Puede ser asintomática o manifestarse como dolor epigástrico. Presenta una incidencia 2: 100.000, dándose especialmente en mujeres jóvenes (20-40 años). Se puede auscultar un soplo epigástrico. Para el diagnóstico son útiles la Eco-doppler, angio-TAC y angio-RM. El tratamiento es preferentemente quirúrgico.

Bibliografía

1. Schiappacasse F, Varela I, et al. Síndrome del ligamento arcuato medio. Rev Chil Radiol. 2013;20:149-55.
2. Caminero Pardo L, Villanueva Liñán J, Rozas Rodríguez ML, et al. Síndrome del ligamento arcuato medio. Una causa infrecuente de dolor abdominal. Oviedo: 2014.

Palabras clave: Dolor epigástrico. Ligamento arcuato.