



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

CASO CLINICO 2

PRESENTA

Angel Jose Ventura Trejo

Roberto Gómez Albores

Tarsis Andrea Guillen Narváez

Cardiología

Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonzo

Comitán De Domínguez, Chiapas, 29 de agosto de
2020

Coartación aortica (caso clínico 1)

Definición: consiste en una estenosis de la arteria subclavia antes de la bifurcación de la arteria vertebral, esta patología se da principalmente por la formación de placas de ateroma, que motiva la existencia de flujo retrógrado de la arteria vertebral ipsilateral, acompañado de síntomas neurológicos transitorios, secundarios a la isquemia del territorio afectado. Al igual se menciona que es un tipo de defecto congénito, resultado de anomalías en el desarrollo de la aorta antes del nacimiento.

Incidencia, prevalencia: Se estima una prevalencia entre el 0.6 – 6% de la población la mayoría de estos siendo asintomáticos, tiene una prevalencia mayor en mujeres mayores de 50 años

Etiología: aterosclerosis como segunda etiología pero con menor frecuencia, vasculitis, las arteritis de la temporal y las alteraciones embriológicas del arco aórtico.

Evolución clínica: paciente asintomático hasta que ocurre una estenosis casi completa, posterior ocurre un cambio en pulsos, al igual que existen variaciones de PA importantes, como en este caso el paciente presenta en el brazo izquierdo presenta una PA “normal” de 110/70 mmHg mientras que en el brazo derecho presenta una elevación de la PA siendo esta de 180/120 mmHg, esto nos orienta a sospechar en un síndrome de robo a la subclavia, originado a una coartación aortica de origen aun no confirmado.

De igual forma se presentan manifestaciones de tipo neurológicas, por la no adecuada irrigación, por lo consiguiente puede presentar parstesias, mareos, escotomas, cefaleas, debilidad muscular (brazo izquierdo) al esfuerzo

Estudios indicados de primera y segunda elección: se realizaría doppler color de los troncos supraaorticos (se vera un patrón bifásico en la arteria subclavia izquierda) de segunda opción en caso de nuestra paciente una TAC craneal para descartar isquemia o principios y una angiorresonancia en caso de ser posible.

Tratamientos recomendados: CTEV rigurosos, tratamiento antihipertensivo, un IECA o ARA II + calcio antagonista DHP, telmisartan (40 mg) + Amlodipino (5mg) VO/24hrs durante las mañanas, AAS 100 mg vo/24hrs por las noches y cilostazol 100 mg/12 hrs media hora antes del desayuno y cena.

Bibliografía

Ministerio de sanidad politica, s. e. (2013). ficha técnica. *Ministerio de sanidad politica, social e igualdad*, 11.

PALACIO, A. M. (2016). SINDROME DESINDROME DE ARTERIA SUBCLAVIA, MANEJO ABIERTO Y ENDOVASCULAR. *REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR*, 6.

Vademecum. (2015). Cilostazol. *Vademecum*, 1.

Dr. Yoany Mesa Barrera, L. D. (2014). Síndrome del robo de la subclavia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 1-5.

Michel Tendra, V. A.-L. (s.f.). Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 1-35.