



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Síndrome del robo a la subclavia

Karla Gpe. Alvarado López

Ismael Lara Vega

Thania Gpe. López Guillén

Cardiología

Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonzo

Definición: consiste en una estenosis de la arteria subclavia antes de la urgencia de la arteria vertebral, 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, es característico poder observar la diferencia significativa de la presión arterial en los brazos.

En algunos casos de pacientes asintomáticos pueden llegar a manifestar síncope, vértigo y ataques isquémicos transitorios de localización vertebrobasilar.

Incidencia: En la mayoría de los casos, la oclusión de la arteria subclavia es asintomática, no requiere estudios invasivos ni tratamiento. Se estima una prevalencia entre el 0.6 – 6% de la población. Es más común que los pacientes asintomáticos presenten estenosis de la arteria subclavia izquierda que de la derecha.

Etiología: Aterosclerosis como causa principal pero no la única, ya que en algunos casos puede ser congénita.

Fisiopatología: El diagnóstico se realiza de manera accidental al encontrar la diferencia entre ambos brazos. Con la formación de placas ateroscleróticas, lo más común es que estas se instalen en las bifurcaciones de las arterias. Durante la sístole, al eyectar el volumen sanguíneo, a través de la aorta, por sus ramas, al intentar llevar el flujo hacia la subclavia izquierda, esta ejerce mayor presión para poder mantener el flujo a sus estructuras. Si recordamos de manera anatómica, de la arteria subclavia nace la arteria vertebral, que posterior se convertirá en vertebrobasilar, esta arteria irriga al lóbulo occipital, donde encontramos la visión que sería la explicación a el escotoma que la paciente presentó una vez al realizar mayor esfuerzo con el brazo izquierdo.

Evolución clínica: paciente asintomático hasta que ocurre una estenosis casi completa, posterior ocurre un cambio en pulsos donde en el brazo izquierdo tenía una PA “normal” de 110/70 mmHg mientras que en el brazo derecho una PA de

180/120 mmHg, esta variación de PA toma el signo que traduce a un síndrome de robo a la subclavia secundario a una probable placa de ateroma.

Estudios indicados de primera y segunda elección: doppler color de los troncos supraaórticos (se verá 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, telmisartán (40 mg) + Amlodipino (5mg) VO/24hrs durante las mañanas,

AAS 100 mg vo/24hrs por las noches

Cilostazol 100 mg/12 hrs media hora antes del desayuno y cena.

Bibliografía

Bayat, I. (9 de Abril de 2019). *Subclavian Steal Syndrome*. Obtenido de MedScape: <https://emedicine.medscape.com/article/462036-overview>

Cilostazol. (2018). Obtenido de VADEMECUM: <https://www.vademecum.es/principios-activos-cilostazol-b01ac23>

Cuenca Hernández, R. (2017). *Síndrome del robo de la subclavia. Una causa olvidada de isquemia cerebral aguda*. Obtenido de Elsevier: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485317302785>