



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



**ESCUELA DE MEDICINA**

**5to Semestre**

**Grupo "B"**

**CARDIOLOGÍA**

## **INVESTIGACIÓN**

**Dr. RODRÍGUEZ ALFONZO MARCO POLO**

**Presenta:**

- **Adrián Espino Pérez**
- **Víctor Daniel González Hernández**
- **Diego Armando Hernández Gómez**
- **Adolfo Bryan Medellín Guillén**

## **Caso clínico**

Enfermedad oclusiva de la arteria subclavia proximal  
o Sx del robo de la subclavia

### **Presentación del paciente**

Femenino 59 años de edad.

Acude por iniciar hace tres días con ardor a la micción, polaquiuria, urgencia miccional, nicturia de dos días de evolución.

Refiere dolor punzante en región púbica, mismo tiempo de evolución.  
Antecedentes de dos episodios similares en el último año. El último episodio hace 6 meses.

S. V.

F.C.= 77 LPM

F.R.= 19 RPM

Temp= 36.7°C

SpO2= 96%

PABI= 110/70 lpm

Nota: Los ruidos de Korotkoff fueron difíciles de auscultar.

### **Definición:**

El "robo de la subclavia" se refiere a un fenómeno de inversión del flujo en una rama de la arteria subclavia que es el resultado de una lesión ipsilateral hemodinámicamente significativa de la arteria subclavia proximal. Sin embargo, las estenosis en la subclavia suelen ser asintomáticas y requieren una terapia específica distinta a la dirigida a la etiología subyacente. El "síndrome de robo de la subclavia" puede manifestarse en algunos pacientes con síntomas de insuficiencia arterial que afectan al cerebro, la extremidad superior, o incluso el corazón si parte de la circulación coronaria se suministra a través de un injerto de AMI.

### **Prevalencia:**

El robo de la subclavia tiene una prevalencia baja, que oscila entre 0,6% y el 6%. con una incidencia mayor en el hombre con respecto a la mujer.

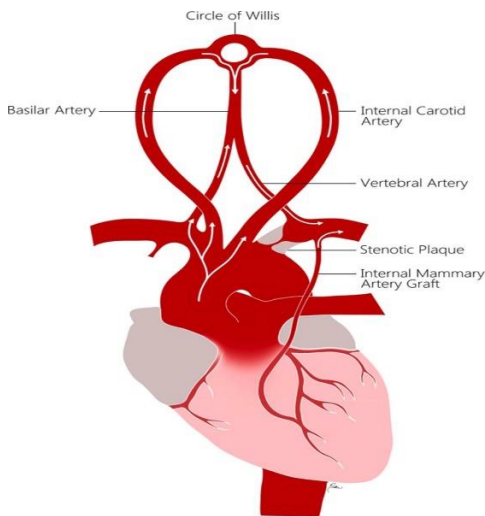
## Etiología:

Se presenta en pacientes mayores de 50 años cuando la causa principal es la aterosclerosis. En pacientes menores de 30 años la causa del síndrome es por enfermedad de Takayasu. Existen otros causales que pueden influir en el desarrollo, como antecedente familiar, consumo de cigarrillo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hiperhomocisteinemia, arteritis temporal y anomalías congénitas de la aorta o de la subclavia.

## Evolución clínica:

Puede ocurrir un síndrome de robo de la subclavia cuando una estenosis significativa en la arteria subclavia compromete la perfusión distal a la AMI, la arteria vertebral o la arteria axilar.

A medida que avanza el grado de estenosis subclavia, la presión distal a la estenosis eventualmente caerá por debajo de la presión transmitida por la arteria vertebral contralateral (no comprometida) a través de la arteria basilar o por la arteria carótida a través del Círculo de Willis y la arteria basilar.



En la imagen se observa la circulación involucrada en los fenómenos de robo subclavio y la adaptación del flujo en respuesta a una estenosis subclavia proximal.

Clínicamente, la mayoría de los pacientes pueden ser asintomáticos en reposo; pero, no así, al realizar algún tipo de actividad física con el brazo afectado. La presentación clínica es variada, con parestesia del miembro superior afectado, ataxia (25%), parálisis de un miembro, vértigo y mareo (50%), diplopía (25%), disartria (25%), síncope (50%) y alteraciones sensoriales en frecuencia variable. El 25% de los pacientes pueden desarrollar signos de infarto cerebral.

## **Diagnostico:**

### Semiológicamente

La estenosis subclavia debe sospecharse en cualquier paciente con síntomas neurológicos en el territorio vertebrobasilar, claudicación del brazo o isquemia coronaria. Los hallazgos de la exploración física sugestivos de estenosis subclavia incluyen una discrepancia de  $> 15$  mm Hg en las lecturas de presión arterial tomadas en ambas extremidades superiores, pulsos de amplitud retardados o disminuidos en el lado afectado y un soplo en la fosa supraclavicular. soplo en el área suboccipital también se puede escuchar. Se debe examinar la piel y las uñas del lado afectado para descartar cambios atróficos atribuibles a insuficiencia arterial. Un hallazgo de pulsos disminuidos en múltiples sitios sugiere arteritis de Takayasu.

### De elección

Se pueden utilizar de forma selectiva una variedad de modalidades de imagenología no invasivas para diagnosticar la estenosis subclavia cuando se sospecha un fenómeno de robo. El Doppler de onda continua y la ecografía dúplex son de fácil acceso, económicos y precisos cuando los realiza un operador experimentado. El Doppler transcraneal puede ser más útil en el contexto de síntomas neurológicos. La angiografía por resonancia magnética y la angiografía por tomografía computarizada también son alternativas, pero quizás se utilicen mejor para cuantificar el grado de estenosis de la arteria subclavia cuando las técnicas Doppler no son concluyentes, si la etiología de la estenosis subclavia es incierta o para planificar intervenciones. La angiografía por resonancia magnética ofrece una resolución comparable a la angiografía por tomografía computarizada, pero, por razones de costo y disponibilidad, se usa con mayor frecuencia cuando la angiografía por tomografía computarizada está contraindicada o es indeterminada.

## **Tratamiento:**

El tratamiento médico que incluye ácido acetilsalicílico, bloqueo  $\beta$ , inhibición de la enzima convertidora de angiotensina y una estatina reduce la mortalidad a largo plazo en la enfermedad de las arterias periféricas de las extremidades inferiores.

Este régimen se recomienda para pacientes con estenosis subclavia.

La estenosis subclavia incidental, en ausencia de síntomas, rara vez requiere terapia de revascularización, incluso si se demuestra la inversión del flujo. La única excepción es entre los pacientes en los que se planea un injerto de derivación de arteria coronaria con un injerto de AMI ipsilateral. Aquí se recomienda el tratamiento preventivo de la estenosis subclavia.

Nuestra paciente refiere síntomas leves, ya que no se ve comprometida el estado de conciencia ni tiene datos de disfunción cardiaca aparentes, el único dato que refiere es el de parestesias al realizar esfuerzos, en este sentido, para pacientes con síntomas leves, la terapia farmacológica se iniciará a la brevedad y se mantendrá bajo observación, porque se ha descrito una mejoría sintomática sin intervención, aunque se derivará a interconsulta con angiólogo para su evaluación y posible tratamiento quirúrgico de así requerirse.

Los pacientes con síntomas graves y enfermedad oclusiva de la arteria subclavia proximal pueden tratarse con éxito de forma quirúrgica o percutánea. Se puede realizar una angioplastia con balón y una endoprótesis cuando es poco probable que la endoprótesis comprometa la circulación vertebral. El éxito técnico del abordaje percutáneo se puede lograr en > 90%, con tasas de permeabilidad a 5 años del 85%. La inversión del flujo continuo parece ser un marcador de un mayor riesgo de reestenosis en comparación con aquellos con inversión del flujo intermitente al inicio. En última instancia, hasta el 10% de los pacientes presentarán reestenosis sintomática, el 95% de los cuales puede tratarse mediante la repetición de la terapia endovascular.

- Cambios terapéuticos en el estilo de vida
- Tratamiento antihipertensivo: con ARA II (telmisartan 40 mg/día)/ calcio antagonista
- (amlodipino 5mg/día), AAS de 100 mg/día
- Trimetopin con sulfametoxazol 800/160 mg c/12hrs

## Bibliografía

Schatzl S, Karnik R, Gattermeier M. Coronary subclavian steal syndrome: an extracoronary cause of acute coronary syndrome. **Wien Klin Wochenschr.** 2013; 125:437–438.

Cuenca Hernández, R. (2017). Síndrome del robo de la subclavia. Una causa olvidada de isquemia cerebral aguda. Sociedad Española de Neurología. Elsevier España, S.L.U.