Imágenes en Cirugía Torácica y Cardiovascular

Diagnóstico postoperatorio de un síndrome de robo coronario-subclavio

Postoperative diagnosis of a coronary-subclavian steal syndrome

Francisco Ramón Pampín-Huerta[a,*], Francisco Portela-Torrón[b], Nicolás Vázquez-González[c], Ramón Calviño-Santos[c] y David Freire-Moar[a]

[a] *Unidad de Cuidados Intensivos y Reanimación, Hospital HM Modelo, A Coruña, España*
[b] *Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital HM Modelo, A Coruña España*
[c] *Servicio de Hemodinámica, Hospital HM Modelo, A Coruña, España*

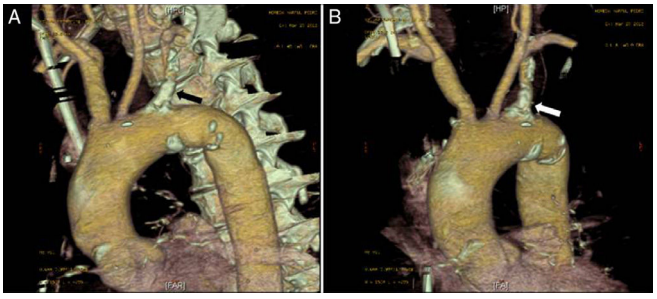

Figura 1. A y B) Angio-TC (reconstrucción 3D): placa de ateroma calcificada en el origen de la arteria subclavia izquierda (flechas).

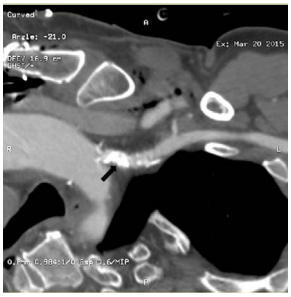

Figura 2. Angio-TC (reformateo curvo): placa de ateroma calcificada en el origen de la arteria subclavia izquierda (flecha).

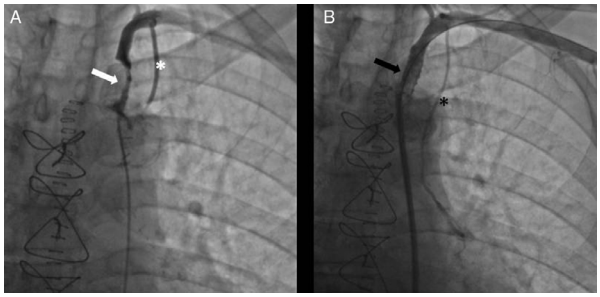

Figura 3. Angiografía: A) Estenosis crítica en origen de la arteria subclavia izquierda (flecha blanca), AMII con flujo invertido (asterisco blanco); B) *Stent* Assurant Cobalt® 9/30 mm (flecha negra), AMII con flujo normalizado (asterisco negro).

El síndrome de robo coronario de la subclavia es una complicación inusual en pacientes con injertos de arteria mamaria interna (AMI); su causa más frecuente: estenosis proximal en arteria subclavia (EAS) con inversión del flujo en el injerto y aparición de angina[1].

Varón de 62 años en postoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica mediante triple *bypass*; ambas AMI esqueletizadas conectadas en doble «Y» invertida: AMI izquierda (AMII) directa a obtusa marginal, originándose en su porción media 2 tramos independientes (doble «Y») de AMI derecha a descendente anterior y a primera diagonal. Asintomático, presentó una diferencia de presión arterial (PA) sistólica de 40 mmHg entre la medición invasiva en arteria radial izquierda y no invasiva en extremidad superior derecha. La angiotomografía computarizada (TC) confirmó una EAS izquierda (EASI) sin cuantificarla por artefacto del calcio (figs. 1 y 2). La angiografía evidenció una EASI crítica con flujos invertidos en AMII y arteria vertebral, se realizó angioplastia e implante de *stent* Assurant Cobalt® 9/30 mm con éxito (fig. 3).

La valoración prequirúrgica de diferencias en PA o pulsos de extremidades superiores son esenciales para sospechar la EAS[1]. La angioplastia es una opción de tratamiento eficaz y segura[1,2]; en caso de fracaso otra alternativa a considerar sería la recolocación de la arteria mamaria directamente en la aorta[1].

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Berenguer-Jofresa A, Martín-Ortuño F, de España F, Ruiz-Nodar JM, Oliver-Navarrete C, Mainar-Tello V. Angioplastia transluminal percutánea en pacientes con estenosis de la arteria subclavia e injertos de arteria mamaria. Rev Esp Cardiol. 2002;55:537–40.
2. Unzué L, García E, Gómez de Diego JJ. Tratamiento percutáneo de un síndrome de robo coronario-subclavio. Rev Esp Cardiol. 2015;68:146.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: franpampin@yahoo.es (F.R. Pampín-Huerta).

http://dx.doi.org/10.1016/j.circv.2015.06.002
1134-0096/© 2015 Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.