

423/47 - CUANDO EL VÉRTIGO TE "ROBA" LOS PULSOS

M. Cobo Rossell¹, P. López Alonso Abaitua², L. Rodríguez Vélez³, L. Salag Rubio⁴, D. San José de la Fuente⁵, M. Esles Bolado⁶, A. Valdor Cerro⁷, R. Maye Soroa⁸, M. Alonso Santiago⁸, O. Casanueva Soler⁹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal.Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico.Santander, ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁷Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁸Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ⁹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, fumador de 40 paquetes/año. Antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 (antidiabéticos orales), vértigo periférico. Acude a Urgencias desde Atención Primaria por sensación de inestabilidad intermitente sin giro de objetos de 9 días de evolución, junto con náuseas. Presenta mala respuesta al tratamiento con sulpirida. Desde hace 4 días refiere parestesias en miembro superior izquierdo, a raíz de haber arado su huerta. No pérdida de fuerza asociada. No otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial 139/90 mmHg, resto de constantes en rango. Buen estado general, orientado, bien hidratado. Eupneico. Auscultación carotídea: soplo carotídeo izquierdo. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin hallazgos. Exploración neurológica normal. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 65 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Hipertrofia de ventrículo izquierdo. Hemograma, bioquímica, coagulación: no contributivas. TAC craneal sin contraste: isquemia crónica de pequeño vaso sin datos de isquemia o hemorragia agudas. Reexplorando al paciente, presenta disminución de pulso radial en extremidad superior izquierda. Resto de pulsos simétricos. Se realiza nueva determinación de presión arterial, en brazo contralateral (izquierdo), con cifras de 100/63 mmHg. Se realiza ecografía Doppler de troncos supraaórticos completado con angiotAC de cuello y tórax, con resultado de estenosis crítica de arteria subclavia izquierda próxima a su origen y flujo retrógrado en la arteria vertebral izquierda. Ateromatosis difusa de grandes vasos.

Juicio clínico: Síndrome de robo de la subclavia izquierda.

Diagnóstico diferencial: Accidente cerebrovascular subagudo (ictus vertebrobasilar), vértigo central, vértigo periférico, presíncope cardiógenico.

Comentario final: El síndrome de robo de la subclavia se caracteriza por la existencia de un flujo retrógrado en una arteria vertebral secundario a una obstrucción significativa al flujo de sangre en la arteria subclavia ipsilateral, cerca de su origen. Su prevalencia está infraestimada, ya que en la mayoría de los casos los pacientes se encuentran asintomáticos y el hallazgo suele ser incidental. Es más frecuente en hombres, siendo su etiología principal la aterosclerosis en mayores de 50 años, mientras que en menores de 30 años la primera causa de robo de la subclavia es la arteritis de Takayasu. En caso de presentar síntomas, los más frecuentes

son por isquemia del brazo ipsilateral, presentando dolor, parestesias, frialdad y fatiga inducidas por el ejercicio. La clínica vertebrobasilar es rara y se suele producir cuando concurren otras lesiones cerebrovasculares. Se puede presentar mareo, vértigo, ataxia, diplopía, síncope y otras alteraciones neurológicas. El ejercicio de extremidades superiores puede desencadenar la clínica neurológica. A la exploración se puede encontrar un soplo carotídeo, la disminución de pulso radial en el miembro superior afectado, así como una diferencia de presión arterial entre ambos brazos de al menos 15 mmHg. Por ello, es de extrema importancia en todos los casos de síncope y mareo inespecífico la exploración de pulsos periféricos y la auscultación carotídea. El tratamiento de elección es endovascular, junto con control de factores de riesgo cardiovascular.

Bibliografía

Spittell PC, et al, Subclavian steal syndrome. Uptodate.

Antón Vázquez V, et al. Síndrome del robo de la subclavia. Una causa olvidada de isquemia cerebral aguda. Neurología. 2017.

Vargas O, et al. Síndrome del robo de la subclavia. Descripción de un caso, aproximación diagnóstica y tratamiento.