



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1744 - Lo que la exploración descubre

I.M. Gómez Martín^a, I. Gómez Bruque^b, J. Espejo Espejo^c, J.J. Castro Moreno^d, R. Medel Cortés^e y L. Ojeda López^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. UGC La Carlota. Córdoba. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años que acude a consulta de AP por presentar dolor en brazo izquierdo de meses de evolución y de características mecánicas, que se acentúa con mínimos esfuerzos y que le dificulta la realización de tareas sencillas. No antecedentes de traumatismo previo ni sobreesfuerzo. No dolor torácico ni cortejo vegetativo acompañante. También refiere mal control de TA en domicilio, obteniendo cifras elevadas a pesar de tomar el tratamiento médico correctamente. AP: no AMC, HTA, hiperlipemia. Macroadenoma hipofisiario desde hace 6 años, en seguimiento por Endocrinología. Osteoporosis en seguimiento por Reumatología. IQ: cataratas. Tratamiento: ibandronato, hidroferol, simvastatina, labetalol.

Exploración y pruebas complementarias: EF: BEG, COC, NH, NP, eupneica en reposo. Afebril. TA en MSD: 200/80, MSI: 100/70. ACR: tonos rítmicos, soplo pansistólico 5-6/6 audible en cuatro focos y en espalda. MVC. Pulso radial muy disminuido en brazo izquierdo respecto a derecho. Ante la sospecha de coartación de aorta se deriva a Cardiología. Rx de tórax: no cardiomegalia, AD aumentada, no claras muescas costales. ECG: RS a buena frecuencia, signos de crecimiento de VI no severos. Ecocardiograma: HVI no grave, Ao ascendente pequeña sin estenosis, IAO leve, FEVI 80%. No se visualiza zona de coartación. TC angiografía de aorta torácica con contraste: no imagen de coartación. Estenosis crítica en origen de subclavia izquierda. Estenosis cercana al 50% en origen de subclavia derecha. Estenosis leves en origen de ambas carótidas.

Juicio clínico: Estenosis de subclavia izquierda grave.

Diagnóstico diferencial: Coartación de aorta. Arteritis de Takayasu. Ductus arterioso permeable, otras alteraciones del desarrollo embrionario.

Comentario final: La HTA es una de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, se clasifica en HTA primaria o esencial e HTA secundaria. Para el diagnóstico correcto es imprescindible una anamnesis y correcta exploración física. Ante la detección de cifras elevadas de TA debe medirse en ambos brazos, siendo posible que exista una diferencia de hasta 10 mmHg entre ambos brazos sin significado patológico, y posteriormente, tomando como referencia para las siguientes mediciones el brazo con la cifra de TA más elevada. Una adecuada HC orientará una sospecha diagnóstica en función de la cual se deben pedir las pruebas complementarias y/o atención especializada pertinentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
2. Farreras Valentí, P, Rozman, C, et al. Medicina Interna, 16ª edición. Elsevier.
3. <http://www.revespcardiol.org/es/linkresolver/guias-practica-clinica-el-tratamiento/13109650/>
4. <http://www.uptodate.com>
5. <http://www.sahta.com>