



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

212/1011 - ¡Qué mareo!

V. Vázquez Rey^a, M. Menéndez García^b, L. Garrido Acosta^c, N. Díaz Ferreiros^d, Á. Ramos Fernández^e e I. Rodríguez Marcos^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Felguera. Langreo. ^cMédico de Familia; ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^fMédico Residente. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 63 años. HTA, diabetes, hiperlipidemia. IAM inferior 2005. Suboclusión rama superior temporal derecha. Cervicalgias. Acude por sensación de mareo-inestabilidad de dos años de evolución, aparece siempre con ortostatismo o giros forzados de la cabeza hacia la derecha, dura pocos segundos y se asocia a palidez. Ya valorado por Cardiología y ORL que descartan patología.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta de AP: Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. No soplos carotídeos. Pupilas isocóricas normorreactivas. MOE conservada. Pares craneales normales. Sensibilidad y fuerza conservadas. ROTs vivos. Barré y Mingazzini negativos. No dismetrías. Romberg negativo. TA decúbito: MSD 128/75, MSI 89/65. En bipedestación no se objetiva hipotensión. Se solicita: bioquímica, hemograma, coagulación y Rx columna cervical. Analítica sin alteraciones. Rx signos severos de artrosis, sin otros hallazgos. Se deriva para valoración por Neurología, donde solicitan: RM cervical: Importante espondilodiscoartrosis, mayor afectación C3-4 y C6-7 condicionando compresión y deformación del cordón medular. Doppler troncos supraaórticos: No se demuestran placas de ateroma ni otros hallazgos que supongan estenosis. TC aorta y troncos supraaórticos: Estenosis crítica obstructiva 100% primer centímetro de subclavia izquierda, aparente canalización posterior probablemente por robo de la subclavia. Es derivado a Neurocirugía y Cirugía vascular. Se recomienda tratamiento conservador y fisioterapia cervical, con lo que mejora su sintomatología.

Juicio clínico: Estenosis obstructiva en origen subclavia izquierda, recanalización posterior probablemente por robo de la subclavia. Mielopatía compresiva por raquiestenosis.

Diagnóstico diferencial: Crisis de vértigo. Hipotensión ortostática. Mareo de etiología cervico-artrósica.

Comentario final: La estenosis de la subclavia proximal al origen de la arteria vertebral hace que la presión distal a la estenosis sea menor. Como resultado la sangre es “robada” desde la circulación cerebral para perfundir el brazo. La sangre sube desde la arteria vertebral contralateral hasta la arteria basilar y baja hacia la vertebral del lado afecto para replecionar la subclavia distal a la estenosis, robándole flujo al tronco.

Bibliografía

1. Schmitt GE. Robo de subclavia ¿Clínica o imagen? 2012.

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. McGraw-Hill. 2012:139-43.
3. Spittell PC. Subclavian steal syndrom. 2015.

Palabras clave: Mareo. TA diferencial. Robo. Subclavia.