



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4099 - ¿EN QUÉ BRAZO SE DEBERÍA TOMAR LA TENSIÓN ARTERIAL?

C. Huerta de Rojas^a, A. Herranz Yague^b y S. Songel Parra^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud Benicassim. Castellón. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Benicassim. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 68 años que consulta por primera vez solicitando analítica rutinaria. Como antecedentes personales destacan ansiedad, hipotiroidismo subclínico, cervicalgia y queratosis actínica/seborreica. Niega antecedentes quirúrgicos ni tratamiento habitual. Hábito tabáquico importante. Como sistemática instaurada en nuestro Centro de Salud se lleva a cabo el Programa de Salud del Adulto.

Exploración y pruebas complementarias: TA85/64 brazo derecho, TA140/85 brazo izquierdo. Extremidades: ausencia de pulso radial derecho, izquierdo conservado. Pulsos femorales conservados y simétricos. Resto: anodino. ECG: RS 75 ppm, Eje -20°, PR 0,12, QRS estrecho, BIRDDH, sin alteraciones de la repolarización. Rx raquis cervical AP/LAT: marcados signos degenerativos cervicales, sin evidencia costilla cervical. Casquete pleural apical izquierdo. Rx tórax PA y lateral: casquete pleural apical izquierdo. Sin otras alteraciones. Analítica: en rango. Interconsulta a cirugía vascular: eco-Doppler TSA: arteria vertebral derecha con onda de flujo retrógrado. Arteria vertebral izquierda con señal de flujo normal (baja resistencia y anterógrado). AngioTAC TSA: se evidencia estenosis proximal de la arteria subclavia derecha. Se inicia antiagregación.

Juicio clínico: Estenosis de la arteria subclavia (síndrome de robo de la subclavia).

Diagnóstico diferencial: Coartación de aorta. Compresión extrínseca.

Comentario final: El síndrome de robo de la subclavia se debe a una estenosis proximal de la misma que ocasiona un flujo retrógrado de la arteria vertebral ipsilateral actuando como flujo colateral. Su causa más frecuente es la aterosclerosis (> 50 años) y la enfermedad de Takayasu (> 30 años). Una diferencia TA ? 10 mmHg entre ambos brazos sugiere el diagnóstico, indicándose una ecografía de TSA (flujo retrógrado de la arteria vertebral) y a continuación una angiografía que confirmará el diagnóstico (estenosis proximal de la subclavia). El tratamiento es quirúrgico en pacientes sintomáticos. Se recomienda la toma de TA en el brazo con presiones más altas, pero también una toma periódica de TA en ambos brazos, tanto para el diagnóstico precoz de la estenosis de la subclavia como para la prevención de arteriopatía a otros niveles dada su alta asociación.

Bibliografía

1. Mancia G, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2013;34:2159-219.

2. Tendera M, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases. Eur Heart J. 2011;32(22):2851-906.

Palabras clave: Diferencia tensional. Oclusión subclavia. Síndrome de robo de la subclavia.