



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-040 - ROBO A PLACA ARMADA

C. Moreno de Juan<sup>a</sup>, C. Bellido Moyano<sup>b</sup>, E. Rodríguez Guerrero<sup>b</sup>, R. Mateos Ortega<sup>b</sup>, A. Blanco Mora<sup>c</sup> y L. Delgado Fernández<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Lucena II. <sup>b</sup>CS Lucena I. <sup>c</sup>CS Cabra. <sup>d</sup>CS Castro del Río.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 57 años de edad, alérgico a metamizol, fumador de 60 paquetes/año, bebedor habitual. Dislipémico. Intervenido quirúrgicamente de úlcera duodenal y Dupuytren. En tratamiento habitual con atorvastatina. Acude al Servicio de Urgencias por sensación de mareo e inestabilidad, acompañado de frío y sudoración profusa mientras jugaba al dominó. No presentó alteración de la visión. No dolor torácico ni palpitaciones. En una ocasión sufrió un cuadro sincopal, siendo estudiado por Cardiología, donde se descartó patología alguna.

**Exploración y pruebas complementarias:** El paciente se encontraba con buen estado general y hemodinámicamente estable. Exploración cardiorrespiratoria y neurológica normales. Los pulsos estaban presentes en miembros inferiores, pero al proceder a tomar la tensión arterial (TA) en miembros superiores, se pudo descubrir una diferencia importante entre el MSD con TA de 189/106 y el MSI con una TA de 118/86. En cuanto a las pruebas complementarias, mostró una bioquímica normal, salvo colesterol de 356 mg/dl, así como el hemograma. El ECG era de ritmo sinusal a 80 lpm con T picuda en precordiales sin cambios evolutivos; y la radiografía de tórax no mostraba signos clínicos de interés. Tras comentar el caso con Medicina Interna se decide ingreso en planta. En dicho servicio se le realizó un ecocardiograma que no mostró patología estructural alguna y tomografía computarizada (TC) de cráneo con signos de ictus isquémico crónico, sin más hallazgos. En el ecodoppler de vasos del cuello se pudo comprobar una reversión del flujo de la arteria vertebral izquierda. Finalmente se realizó una angioRMN que mostró obstrucción de la arteria subclavia izquierda proximal al origen de la arteria vertebral izquierda, condicionando la inversión del flujo y robo de la subclavia izquierda, con la consiguiente hipoperfusión cerebral, presuntamente responsable del motivo de consulta.

**Juicio clínico:** Síndrome del robo de la subclavia.

**Diagnóstico diferencial:** Coartación de aorta, disección de aorta, compresión externa de la arteria subclavia, arteritis de Takayasu, hemiparesia tras ictus por aumento de TA en el miembro parético.

**Comentario final:** El síndrome de robo de la subclavia se produce cuando una estenosis de la arteria subclavia proximal al origen de la arteria vertebral provoca un flujo retrógrado en la arteria vertebral ipsilateral. La mayoría de las estenosis se deben a arterioesclerosis. El diagnóstico precoz es importante. La ecografía doppler de vasos del cuello es un examen útil y fácil de realizar. Cuando aparecen los síntomas, se debe completar el estudio con tomografía computarizada, resonancia magnética o angiografía por RNM. Estas pruebas pueden determinar la gravedad de la estenosis y anatomía vascular, siendo esta información útil para programar el tratamiento quirúrgico. El by-pass carotídeo-subclavio tiene alta tasa de éxito en pacientes con

estenosis por ateromatosis. Sin embargo el método endovascular con stents está consiguiendo resultados clínicos comparables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spittell PC. Subclavian steal syndrome. Up to date (Julio 2014).
2. Unzué L, García E, Gómez de Diego J. Tratamiento percutáneo de un síndrome de robo coronario-subclavio. Rev Esp Cardiol. 2015;68: