

Síndrome del robo de la subclavia

Subclavian steal syndrome

Francois Alves¹, Helena Brito¹, Carlos Basilio², Idálio Mendonça¹

Servicio de Medicina Interna¹. Hospital de Faro. Faro. Portugal

Servicio de Neurología². Hospital de Faro. Faro. Portugal

Resumen

El síndrome del robo de la subclavia fue descrito por primera vez por Contorni y se debe a la oclusión o estenosis severa de la arteria subclavia, proximal al origen de la arteria vertebral. En este síndrome hay una inversión del flujo en la arteria vertebral, causando hipoperfusión cerebral y como consecuencia síntomas tales como mareos, síncope y alteraciones visuales. Los autores pretenden describir un caso de síndrome de robo de la subclavia y hacer una revisión del diagnóstico y tratamiento de este síndrome.

Palabra clave: síndrome del robo de la subclavia, hipoperfusión cerebral

Abstract

The subclavian steal syndrome was first described by Contorni and is due to the occlusion or severe stenosis of the subclavian artery, proximal to the origin of the vertebral artery. In this syndrome there is an inversion of the flow in the vertebral artery, causing symptoms due to cerebral hypoperfusion, such as dizziness, syncope and visual disturbances. The authors intend to describe a case of Subclavian Steal Syndrome and review the diagnosis and treatment of this disease.

Keywords: subclavian steal syndrome, cerebral hypoperfusion

Introducción

El síndrome del robo de la subclavia fue descrito por primera vez en 1960 por Contorni¹ y se debe a la oclusión o estenosis severa de la arteria subclavia, proximal al origen de la arteria vertebral. Debido a la reducción de la presión de la arteria subclavia, distal a la obstrucción, la sangre fluye anterógrada por la arteria vertebral contralateral, llegando a la arteria basilar y luego desciende por la arteria vertebral ipsilateral, produciendo un flujo retrógrado. Por lo tanto, la sangre

es secuestrada en el sistema basilar y se puede comprometer el flujo sanguíneo cerebral, causando síntomas debido a la hipoperfusión cerebral. La isquemia afecta al cerebro del lado de la estenosis manifestándose con síntomas neurológicos, tales como mareos, síncope y alteraciones visuales.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón adulto de 53 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, que fue llevado al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar un cuadro

Figura 1: Ecografía doppler de vasos de cuello que muestra reversión del flujo de la arteria vertebral izquierda

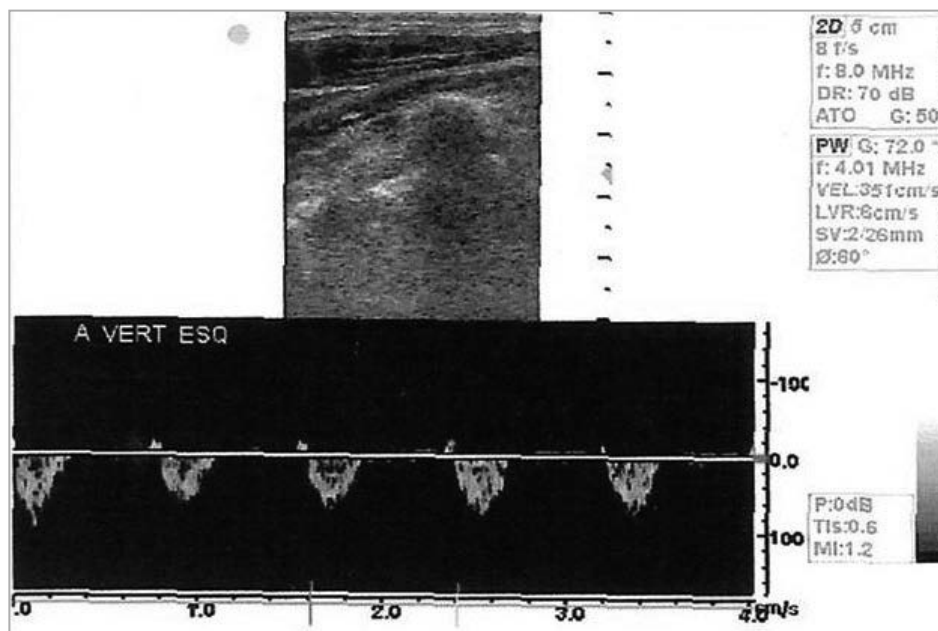
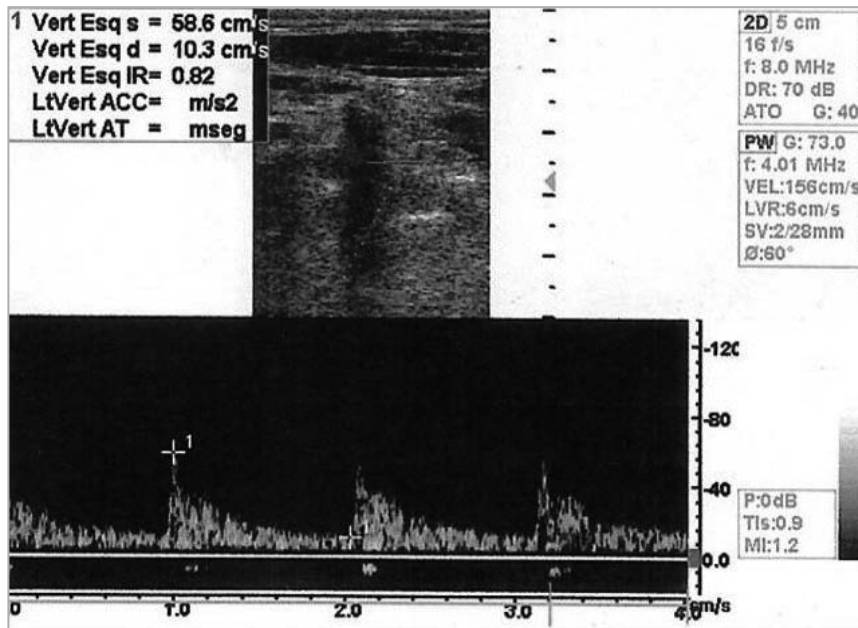


Figura 2: Ecografía doppler de vasos de cuello que revela la desaparición del fenómeno de robo



de inicio agudo de un episodio maniaco seguido por discurso incoherente. La exploración física inicial, incluyendo el examen neurológico fue normal. La tomografía cerebral reveló una hipodensidad en la región frontal compatible con un accidente cerebrovascular isquémico en el lóbulo frontal. El paciente fue hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna para estudio adicional. En las exploraciones complementares, la analítica sanguínea mostró una dislipidemia grave (colesterol total 330mg/dl, HDL 43 mg/dl, LDL 237 mg/dl, triglicéridos 249 mg/dl). El ecocardiograma fue normal. La ecografía doppler de vasos de cuello mostró una reversión del flujo de la arteria vertebral izquierda (figura. 1). La resonancia magnética cerebral mostró una lesión en el territorio vascular de la unión de la arteria cerebral media con la arteria cerebral posterior izquierda. Se realizó una angiografía por resonancia magnética que reveló una obstrucción del arco aórtico de 90% de la arteria subclavia izquierda, que condicionaba inversión del flujo y robo de la arteria vertebral izquierda. Fue sometido a angioplastia y colocación de stents a nivel de la zona de la estenosis con la desaparición del fenómeno de robo. Posteriormente realizó una nueva ecografía doppler de vasos de cuello que reveló la desaparición del fenómeno de robo (Figura. 2). El paciente sigue en seguimiento en la consulta de Medicina Interna, con un buen control de sus factores de riesgo cardiovascular.

Discusión

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 aterosclerosis, pero también han sido descritas en el curso de otras enfermedades incluyendo las disecciones, arteritis de Takayasu, compresión externa de la arteria subclavia o asociado a alteraciones del desarrollo embriológico del arco aórtico y troncos supraaórticos². La mayoría de los pacientes

con este síndrome tienen pocos o ningún síntoma en la fase inicial y deben ser tratados de forma conservadora. El diagnóstico precoz de esta enfermedad infrecuente es importante y permite establecer un plan de acción curativo. La ecografía doppler de vasos del cuello y las pruebas de doppler transcraneal son exámenes útiles y fáciles de realizar para diagnosticar el síndrome de robo de la subclavia³. Cuando aparecen los síntomas (mareos, diplopía, ataxia, o síncope), aquellos pacientes deben completar el estudio mediante tomografía computarizada con multidetectores, resonancia magnética, ambas con reconstrucción tridimensional de imágenes, o angiografía por resonancia magnética para un análisis topográfico y valoración de lesiones asociadas en territorio carotideo. Estas pruebas pueden determinar la gravedad de la estenosis y la anatomía vascular, siendo esta información útil para programar el tratamiento quirúrgico o endovascular. Actualmente, el by-pass carótido-subclavio tiene una alta tasa de éxito en pacientes con estenosis provocada por una placa de ateroma⁴. Sin embargo, el tratamiento por el método endovascular está ganando popularidad con resultados clínicos comparables, lo cual puede lograrse a través de una abordaje mínimamente invasivo y anestesia local⁵.

Bibliografía

1. Cantorni L. In Circolo Collaterale vertebra vertebrale nela obliterazione dell'arteria subclavia all sua origine. *Min Chir* 1960; 15: 258.
2. Pollard H, Rigby S, Moritz G, Lau C. Subclavian steal syndrome: a review. *Australas Chiropr Osteopathy*. 1998; 7: 20-8
3. Päivänsalo M, Heikkilä O, Tikkaoski T, Leinonen S, Merikanto J, Suramo I. Duplex ultrasound in the subclavian steal syndrome. *Acta Radiol* 1998; 39: 183-8.
4. Vitti MJ, Thompson BW, Read RC, et al. Carotid-subclavian bypass: a twenty-two-year experience. *J Vasc Surg* 1994; 20: 411-8
5. Lee DH, Leung TW, Yu SC, Chan JW, Wong LK. Subclavian steal syndrome. *Hong Kong Med J*. 2009; 15: 311-2