



CASO CLÍNICO

Estenosis de arteria subclavia: importancia de medir la presión arterial en ambas extremidades y su asociación con el riesgo cardiovascular



G. Miranda Muñoz^{a,*}, M.A. Zarca Díaz de la Espina^b, C. Mora Fernández^a, M.D. Sánchez de la Nieta^a, I. Ferreras García^a y F. Rivera Hernández^a

^a Sección de Nefrología, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Recibido el 4 de julio de 2013; aceptado el 25 de septiembre de 2013

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Estenosis arteria subclavia;
Hipertensión arterial;
Enfermedad vascular periférica;
Enfermedad arterial oclusiva;
Arteriosclerosis

KEYWORDS

Subclavian artery stenosis;
Hypertension arterial;
Peripheral vascular disease;
Occlusive diseases;
Arteriosclerosis

Resumen La incidencia de la estenosis de la arteria subclavia oscila entre el 3-4% en la población general. Una diferencia de presión arterial de ≥ 10 mmHg entre ambas extremidades superiores sugiere el diagnóstico. La angiografía es la prueba diagnóstica definitiva y el control de los factores de riesgo cardiovascular es obligado. El abordaje quirúrgico es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos. Describimos un caso de estenosis crítica de la arteria subclavia izquierda, resuelta con angioplastia endovascular.

© 2013 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Subclavian artery stenosis: Importance of measuring blood pressure in both limbs and its association with cardiovascular risk

Abstract The incidence of subclavian artery stenosis ranges from 3-4% in the general population. A blood pressure difference of ≥ 10 mmHg between both upper limbs suggests the diagnosis. Angiography is the gold standard test, control of cardiovascular risk factors being obligatory. The surgical approach is the treatment of choice in symptomatic patients. We describe a case of critical stenosis of the left subclavian artery resolved by endovascular angioplasty.

© 2013 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la práctica clínica diaria, se recomienda la medida de la presión arterial en ambos brazos en la evaluación de un paciente con hipertensión arterial. Una diferencia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dra.gmiranda@gmail.com
(G. Miranda Muñoz).

de presión arterial de ≥ 10 mmHg entre ambas extremidades superiores se considera patológica y orienta hacia la presencia de estenosis de la arteria subclavia (EAS)¹⁻³.

La EAS forma parte de la enfermedad vascular periférica, y se caracteriza por la oclusión parcial o completa del flujo sanguíneo siendo principalmente por la formación de placas de ateroma⁴. Su incidencia oscila entre el 3-4% en la población general^{5,6}.

La enfermedad arterial periférica es considerada una enfermedad grave, por lo que es obligado intensificar el estudio de lesiones vasculares a otros niveles, de cara a mejorar la detección del daño de órganos diana y su tratamiento⁷. Por ello resulta imprescindible la toma de la presión arterial en ambas extremidades superiores dentro de la valoración del paciente hipertenso de los factores de riesgo cardiovascular asociados.

Describimos el caso de un paciente que tras observar una diferencia significativa en los valores de presión arterial de ambas extremidades superiores, es diagnosticado de estenosis crítica de la arteria subclavia izquierda, resuelta posteriormente mediante angioplastia endovascular.

Caso clínico

Varón de 64 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión arterial y atrofia renal derecha detectada por ecografía abdominal de rutina. Remitido a consulta de nefrología para revisión tras fracaso renal agudo prerrenal recuperado, secundario a pérdidas profusas gastrointestinales. En la exploración destaca la asimetría en las tomas de presión arterial simultánea de las extremidades superiores, en el brazo derecho: 177/82-200/83 mmHg, en el brazo izquierdo: 120/80-122/82 mmHg, en tomas sucesivas. Frecuencia cardiaca 73 lpm, peso 62 kg, auscultación cardiopulmonar normal, pulsos presentes y simétricos sin edemas ni signos de isquemia aguda en extremidades superiores e inferiores.

En los datos analíticos destaca creatinina 1,2 mg/dl, urea 42 mg/dl, Na 140 mEq/l, K 5 mEq/l, colesterol total 232 mg/dl, triglicéridos 162 mg/dl, colesterol HDL 56 mg/dl, colesterol LDL 144 mg/dl, pruebas de función hepática normal. Filtrado glomerular estimado MDRD-4: 64,79 ml/min/1,73 m². En orina: cociente proteinuria/creatinina (muestra matutina) 0,11 g/g.

En el estudio complementario, el fondo de ojo no presenta signos de retinopatía hipertensiva, ECG sin criterios de hipertrofia ventricular izquierda ni alteraciones en la repolarización.

El angio-TC de arterias renales revela un riñón derecho de 83 mm con vascularización doble sin estenosis significativas y, riñón izquierdo de 134,8 mm de carácter compensador, con la arteria renal izquierda permeable y una placa de ateroma sin estenosis significativas.

Se realiza una ecografía Doppler de los miembros superiores donde se objetiva un flujo anómalo con disminución de velocidad pico sistólico y ausencia de inversión diastólica en el segmento más distal de la arteria subclavia izquierda con flujo «*parvus tardus*» en arterial axilar y humeral, sugerentes de estenosis crítica de arteria subclavia izquierda (fig. 1). La angiografía de arterias subclavas confirma estenosis crítica de dicha arteria, localizada en la zona distal de

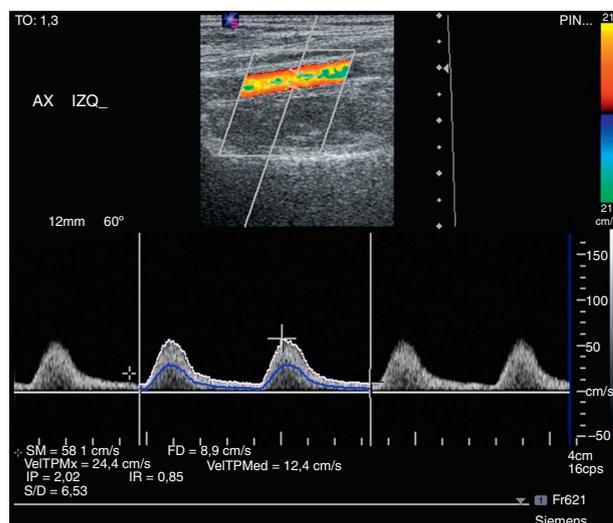


Figura 1 Patrón *parvus tardus* postestenótico.

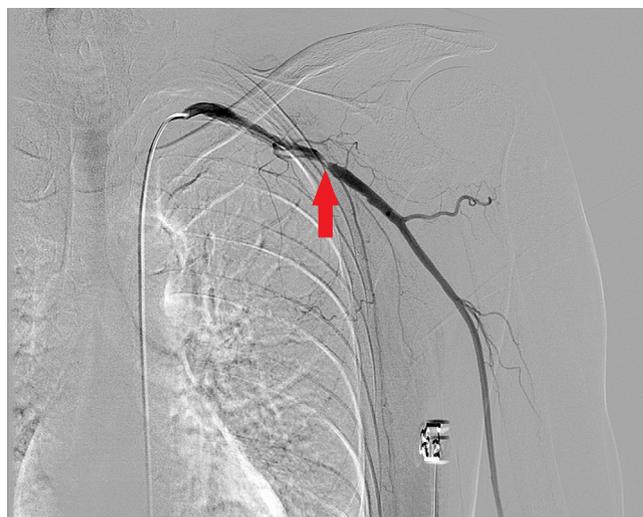


Figura 2 Angiografía de arteria subclavia izquierda donde se visualiza estenosis localizada en la zona distal de la clavícula (flecha).

la clavícula (fig. 2). Se realiza angioplastia mediante acceso femoral, sin complicaciones, que logra la resolución completa de la estenosis (fig. 3).

En revisiones posteriores se realiza control mediante angio-TC torácico sin signos que indiquen recidiva estenótica de arteria subclavia izquierda, carótidas permeables con placas de ateroma sin estenosis significativas y arterias vertebrales permeables. Actualmente el paciente mantiene tratamiento con atorvastatina, aspirina a dosis antiagregantes y amlodipino, manteniendo la presión arterial controlada con cifras parecidas en ambas extremidades superiores.

Discusión

Describimos el caso de un paciente diagnosticado de EAS izquierda detectada casualmente en la evaluación de hipertensión arterial, al tomar la presión arterial de manera simultánea en ambas extremidades superiores.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2926306>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2926306>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)