

Dismetría de presión arterial entre extremidades superiores: estenosis de arteria subclavia y mucho más

Carmen Martín Varas¹, Astrid Rodríguez Gómez¹, Leonardo Calle García¹, Giomar Urzola Rodríguez¹, Ramiro Callejas Martínez¹, Álvaro Molina Ordás¹, Ana Sirvent Pedreño¹, Patricia Gil Armada², María del Rosario Sarabia Herrero³, María José Fernández-Reyes Luis¹, Déborah Cerdán Santacruz²

¹Servicio de Nefrología. Complejo Asistencial de Segovia. Segovia

²Servicio de Neurología. Complejo Asistencial de Segovia. Segovia

³Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

NefroPlus 2019;11(2):78-80

© 2019 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

La medida de la presión arterial (PA) en ambas extremidades superiores es una práctica recomendada para el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA). La diferencia de más de 15 mmHg entre ellas haría sospechar la existencia de una estenosis en la arteria subclavia (ES)^{1,2}. La arteriopatía de la arteria subclavia o axilar es una secuela poco frecuente tras tratamiento con radioterapia³.

Se trata de un varón de 64 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus (DM), enfermedad de Hodgkin (EH) diagnosticada en 1986 y tratada mediante radioterapia, cardiopatía isquémica crónica (CIC) con revascularización quirúrgica y enfermedad renal crónica (ERC) estadio IIIa-A2 secundaria a uropatía obstructiva, con riñón derecho atrófico debido a estenosis ureteral tras tratamiento con radioterapia. En una revisión rutinaria se objetivó asimetría en la PA entre ambas extremidades superiores, con cifras de 80/40 mmHg en miembro superior izquierdo y de 140/70 mmHg en el derecho, por lo que recibió tratamiento con enalapril 5 mg medio comprimido cada 12 h y atenolol 50 mg medio comprimido al día. Se solicitó ecografía Doppler de troncos supraaórticos, que mostró un hallazgo compatible con síndrome de robo en la subclavia izquierda por estenosis, sin poder objetivar de forma adecuada el origen de la arteria. Se completó el estudio con una angio-TC de troncos supraaórticos, en la que se observó un defecto de repleción en el origen de la subclavia, que parecía

corresponder a una obstrucción trombotica de esta, con presencia de flujo retrógrado, lo que confirmó el síndrome de robo de la subclavia. Por otro lado, en la arteria vertebral izquierda, a nivel de la porción intracraneal, se apreció un aneurisma de 9,5 mm de longitud y 33,3 mm de diámetro máximo (fig. 1). Ante los hallazgos descritos en las pruebas de imagen, se remitió al paciente para valoración por los servicios de cirugía vascular y neurocirugía. Inicialmente se intervino quirúrgicamente la trombosis subclavia izquierda, se realizó un *bypass* carotidosubclavio izquierdo con prótesis de dacrón. Posteriormente se realizó un estudio arteriográfico con el fin de embolizar el aneurisma vertebral izquierdo intracraneal y se comprobó su trombosis espontánea (fig. 2). Dicha trombosis se pudo favorecer tras la reparación quirúrgica de la estenosis en la arteria subclavia izquierda, por la desaparición del flujo alto y retrógrado en la arteria vertebral izquierda.

El primer caso descrito de "daño arterial inducido por radiación" fue en 1978 por Silverber et al³, que definieron cómo la radioterapia produce estenosis u oclusiones de grandes vasos. Posteriormente se han descrito casos de arteriopatía subclavia, axilar o carotídea en relación con el tratamiento radioterápico, fundamentalmente en el cáncer de mama^{4,5}. En una serie publicada por Hull et al⁶ en el año 2003, se describió un mayor riesgo de disfunciones valvulares y patología carotídea, subclavia y coronaria en pacientes con linfoma de Hodgkin tratados con radioterapia⁶. En dicho trabajo, la estenosis de la arteria subclavia se encontró como una complicación poco frecuente, que se describió en 7 pacientes (el 1,73% de la población estudiada). La radioterapia induce estenosis en grandes vasos de una manera más rápida y agravada que la arteriosclerosis⁷. También se ha descrito relación entre la ES y aumento en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y aterosclerosis, y en la mortalidad total y de causa cardiovascular^{8,9}. Nuestro paciente presentó arteriosclerosis con CIC y lesiones estenóticas

Correspondencia: Carmen Martín Varas

Servicio de Nefrología.

Complejo Asistencial de Segovia.

Luis Erik Clavería Neurólogo, s/n. 40002 Segovia.

cmartinva@saludcastillayleon.es

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

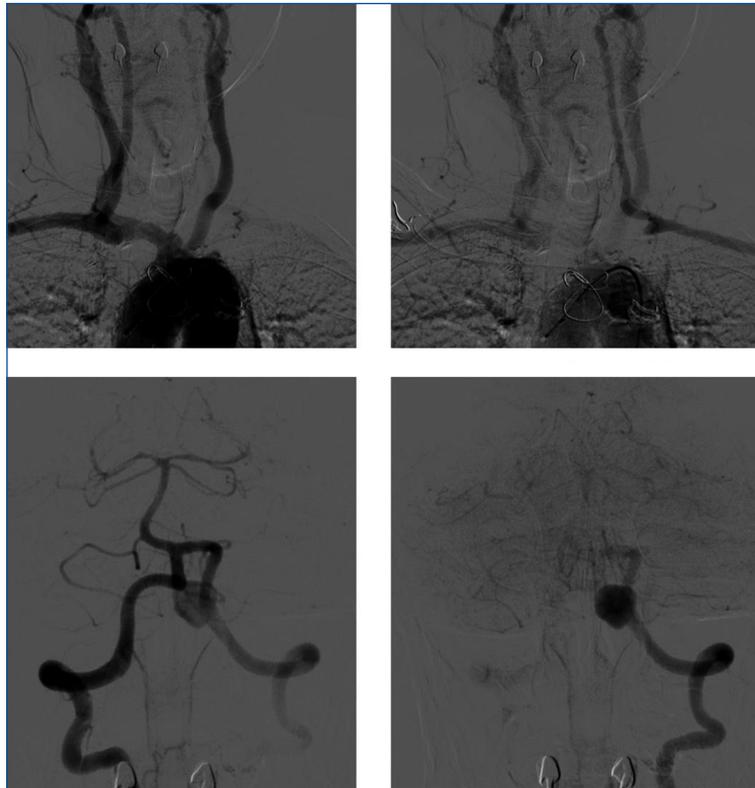


Figura 1. Cayado aórtico y estudio vertebrobasilar antes de la intervención.

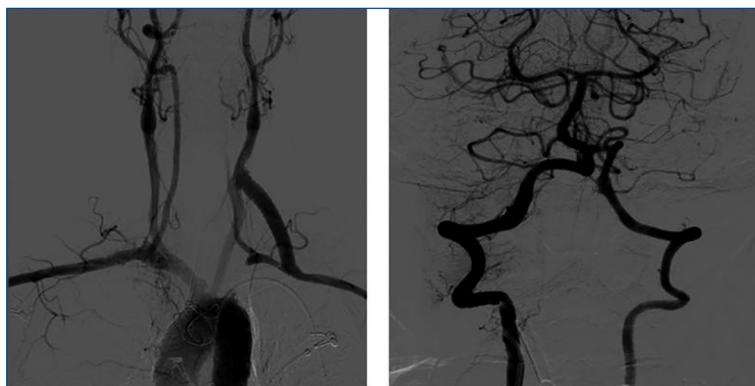


Figura 2. Cayado aórtico y estudio vertebrobasilar *posbypass*.

en subclavia izquierda en la zona donde antiguamente recibió tratamiento radioterápico. El hecho de detectar la asimetría en las cifras de PA entre ambas extremidades superiores evitó una complicación que podría haberse complicado, ya que se reparó quirúrgicamente la ES izquierda, y se resolvió espontáneamente el aneurisma vertebral izquierdo intracraneal secundariamente.

Dado que las ES son fácilmente sospechables, se debería implantar tomar la PA en ambos brazos, medida sencilla y económica, en nuestras revisiones rutinarias en las consultas, especialmente en los pacientes con antecedentes de tratamiento

con radioterapia. Puesto que se ha relacionado estrechamente con factores de riesgo cardiovascular y mortalidad, su diagnóstico es sencillo y con un tratamiento vascular adecuado se pueden prevenir importantes complicaciones cardiovasculares; insistimos en que la toma de la PA en ambas extremidades superiores debería realizarse de forma habitual en las consultas de HTA.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289:2560-71.
2. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for management of hypertension. *J Hypertens*. 2003;21:1011-53.
3. Silverberg GD, Brittt RH, Goffinet DR. Radiation-induced carotid artery disease. *Cancer*. 1978;41:130-7.
4. Rubin DI, Schomberg PJ, Shepherd RFJ, Panneton JM. Arteritis and brachial plexus neuropathy as delayed complications of radiotherapy. *Mayo Clinic Proc*. 2001;76:849-52.
5. Fernández-Álvarez V, López F, Suárez C, Strojan P, Eisbruch A, Silver CE, et al. Radiation-induced carotid artery lesions. *Strahlenther Onkol*. 2018;194:699-710.
6. Hull MC, Morris CG, Pepine CJ, Mendenhall NP. Valvular dysfunction and carotid, subclavian and coronary disease in survivors of Hodgkin lymphoma treated with radiation therapy. *JAMA*. 2003;290:2831-7.
7. Yamanaka T, Fakatsu T, Satou H, Ichinohe Y, Komatsu H, Hirata Y. A case of radiation-induced subclavian artery stenosis treated with percutaneous transluminal angioplasty. *J Cardiol Cases*. 2015;12:61-4.
8. Shadman R, Criqui MH, Bundens WP, Fronck A, Denenberg JO, Gamst AC, et al. Subclavian artery stenosis: prevalence, risk factors, and association with cardiovascular diseases. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:618-23.
9. Aboyans V, Criqui MH, McDermott MM, Allison MA, Denenberg JO, Shadman R, et al. The vital prognosis of subclavian stenosis. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49:1540-5.