



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1011 - ¡QUÉ MAREO!

V. Vázquez Rey<sup>a</sup>, M. Menéndez García<sup>b</sup>, L. Garrido Acosta<sup>c</sup>, N. Díaz Ferreiros<sup>d</sup>, Á. Ramos Fernández<sup>e</sup> e I. Rodríguez Marcos<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Felguera. Langreo. <sup>c</sup>Médico de Familia; <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Riaño. Langreo. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Sardinero. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 63 años. HTA, diabetes, hiperlipidemia. IAM inferior 2005. Suboclusión rama superior temporal derecha. Cervicalgias. Acude por sensación de mareo- inestabilidad de dos años de evolución, aparece siempre con ortostatismo o giros forzados de la cabeza hacia la derecha, dura pocos segundos y se asocia a palidez. Ya valorado por Cardiología y ORL que descartan patología.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta de AP: Buen estado general. Afebril. Auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. No soplos carotídeos. Pupilas isocóricas normorreactivas. MOE conservada. Pares craneales normales. Sensibilidad y fuerza conservadas. ROTs vivos. Barré y Mingazzini negativos. No disimetrías. Romberg negativo. TA decúbito: MSD 128/75, MSI 89/65. En bipedestación no se objetiva hipotensión. Se solicita: bioquímica, hemograma, coagulación y Rx columna cervical. Analítica sin alteraciones. Rx signos severos de artrosis, sin otros hallazgos. Se deriva para valoración por Neurología, donde solicitan: RM cervical: Importante espondilodiscoartrosis, mayor afectación C3-4 y C6-7 condicionando compresión y deformación del cordón medular. Doppler troncos supraaórticos: No se demuestran placas de ateroma ni otros hallazgos que supongan estenosis. TC aorta y troncos supraaórticos: Estenosis crítica obstructiva 100% primer centímetro de subclavia izquierda, aparente canalización posterior probablemente por robo de la subclavia. Es derivado a Neurocirugía y Cirugía vascular. Se recomienda tratamiento conservador y fisioterapia cervical, con lo que mejora su sintomatología.

**Juicio clínico:** Estenosis obstructiva en origen subclavia izquierda, recanalización posterior probablemente por robo de la subclavia. Mielopatía compresiva por raquiostenosis.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis de vértigo. Hipotensión ortostática. Mareo de etiología cervico- artrósica.

**Comentario final:** La estenosis de la subclavia proximal al origen de la arteria vertebral hace que la presión distal a la estenosis sea menor. Como resultado la sangre es "robada" desde la circulación cerebral para perfundir el brazo. La sangre sube desde la arteria vertebral contralateral hasta la arteria basilar y baja hacia la vertebral del lado afecto para replecionar la subclavia distal a la

estenosis, robándole flujo al tronco.

## **Bibliografía**

1. Schmitt GE. Robo de subclavia ¿Clínica o imagen? 2012.
2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. McGraw-Hill. 2012:139-43.
3. Spittell PC. Subclavian steal syndrom. 2015.

**Palabras clave:** Mareo. TA diferencial. Robo. Subclavia.