ISSN (electrónico): 1695-2987 - ISSN (papel): 0003-3170

Angiología

Caso Clínico

Robo subclavio coronario, síndrome atípico y manejo endovascular

Subclavian-coronary steal, atypical syndrome and endovascular management

Jorge Adalberto Márquez, Oswaldo Efraín Ceballos, Hernán Felipe Cortés, Diego Antonio Delgado, Laura Valentina Llanos Luengas

Departamento de Cirugía Vascular. Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hospital de San José. Bogotá, Colombia

Resumen

Introducción: el síndrome de robo subclavio coronario es una rara entidad ocasionada por una estenosis de la arteria subclavia izquierda previa al origen de la arteria mamaria interna en pacientes revascularizados antes con este vaso. Presenta diferentes manifestaciones y la mejor alternativa para su manejo es la vía endovascular. Se presenta el reporte de un caso con intervención exitosa vía endovascular.

Caso clínico: mujer de 65 años con revascularización miocárdica previa que presenta síntomas de angina inestable con identificación en estudios de oclusión crónica total de la arteria subclavia izquierda con flujo inverso hacia esta desde el puente mamario. Se realizó manejo vía endovascular con implante de *stent* con resolución exitosa de los síntomas.

Discusión: el síndrome de robo subclavio coronario es atípico. Es importante realizar estudios preoperatorios para descartar su causa antes de intervenciones quirúrgicas de tipo cardiovascular. Su mejor manejo es la prevención, pero una alternativa exitosa es la corrección endovascular mediante angioplastia y el implante de un *stent*.

Palabras clave:
Estenosis subclavia. Robo de la subclavia. Angioplastia percutánea.

Abstract

Introduction: subclavian-coronary steal syndrome is a rare entity due to left subclavian artery stenosis prior to the internal mammary artery origin in patients previously revascularized with this vessel. It presents different manifestations and endovascular treatment is the best alternative for management.

Case report: a 65 year-old woman with prior myocardial revascularization presented symptoms of unstable angina with image findings of subclavian artery chronic total occlusion with reverse flow from the mammary bypass. Endovascular management with stent implantation was performed, with successful symptoms resolution.

Discussion: subclavian-coronary steal syndrome is atypical. It is important to perform preoperative studies to rule out its cause prior to cardiovascular surgical interventions. The best management is prevention; however, a successful alternative is endovascular correction through angioplasty and stent implantation.

Keywords:
Subclavian artery stenosis. Subclavian steal. Percutaneous angioplasty.

Recibido: 21/3/2025 • Aceptado: 9/4/2025

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Uso de inteligencia artificial: los autores declaran no usar inteligencia artificial (IA) en la redacción o en el proceso de elaboración del artículo.

Márquez JA, Ceballos OE, Cortés HF, Delgado DA, Llanos Luengas LV. Robo subclavio coronario, síndrome atípico y manejo endovascular. Angiologia 2025;77(3):191-194

DOI: http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00754

Correspondencia:
Laura Valentina Llanos. Sociedad de Cirugía de Bogotá. Hospital de San José. C/ 10, 18-75. Bogotá, Colombia
e-mail: lvllanos@fucsalud.edu.co

©Copyright 2025 SEACV y ©Arán Ediciones S.L. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria es cada día más frecuente debido a sus factores de riesgo y de los hábitos cambiantes de la población. Dicha patología tiene diferentes alternativas de manejo: la cardiología intervencionista o la vía quirúrgica con revascularización (1). La arteria mamaria interna izquierda es el vaso más comúnmente utilizado para esta intervención. Su origen se preserva en la arteria subclavia izquierda, anastomosándola con la arteria epicárdica enferma (2). Antes del procedimiento resulta de gran importancia descartar la presencia de estenosis central para evitar posibles complicaciones (1), entre las que se incluye el síndrome de robo subclavio coronario, que alcanza una incidencia de hasta de 2,4 % después de la revascularización miocárdica (3).

Se presenta el caso de una paciente con síndrome de robo subclavio coronario con manejo exitoso vía endovascular.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 65 años con hipertensión arterial, fumadora y con enfermedad coronaria con angioplastia de la arteria coronaria derecha en 2013 y revascularización miocárdica de 2 vasos (AMI-ADA y PV-DP) en el 2023. Diagnóstico reciente de carcinoma escamocelular de célula grande de pulmón, programado para mediastinoscopia, pero con síntomas de angina estable dados por dolor precordial con esfuerzo físico, de intensidad leve a moderada, de una duración inferior a 10 minutos y que se resuelven en reposo. En el examen físico se confirmaron signos vitales normales y perfusión distal conservada de la extremidad superior izquierda con pulsos presentes, sin claudicación ni alteración neurológica. Angiotomografía de tórax con oclusión aterosclerótica de la arteria subclavia izquierda en su origen. Se realizó perfusión miocárdica con isquemia residual anterior, interior e inferoseptal y cateterismo cardíaco (Fig. 1A) que demuestra oclusión de la arteria subclavia izquierda proximal con flujo inverso hacia la subclavia izquierda desde el puente mamario.

El caso se presentó en junta médica, con hemodinamia y cirugía vascular periférica, en la que se optó por manejo endovascular. En el caso de no que no fuera posible el manejo endovascular de la oclusión subclavia, se plantearon como alternativas: derivación carótido-subclavia izquierda o , en último caso, oclusión endovascular de la arteria mamaria izquierda.

Mediante punción femoral derecha se realizó aortograma torácico con hallazgos de oclusión en el ostium de la arteria subclavia izquierda (Fig. 1B). A pesar de múltiples intentos, no fue posible avanzar con la guía más allá de la oclusión. Se realiza punción braquial izquierda, con lo que se logró franquear la oclusión subclavia, avanzando hasta la aorta torácica descendente. Se realiza una maniobra de recuperación de la guía en la aorta torácica a través del acceso femoral y se avanza

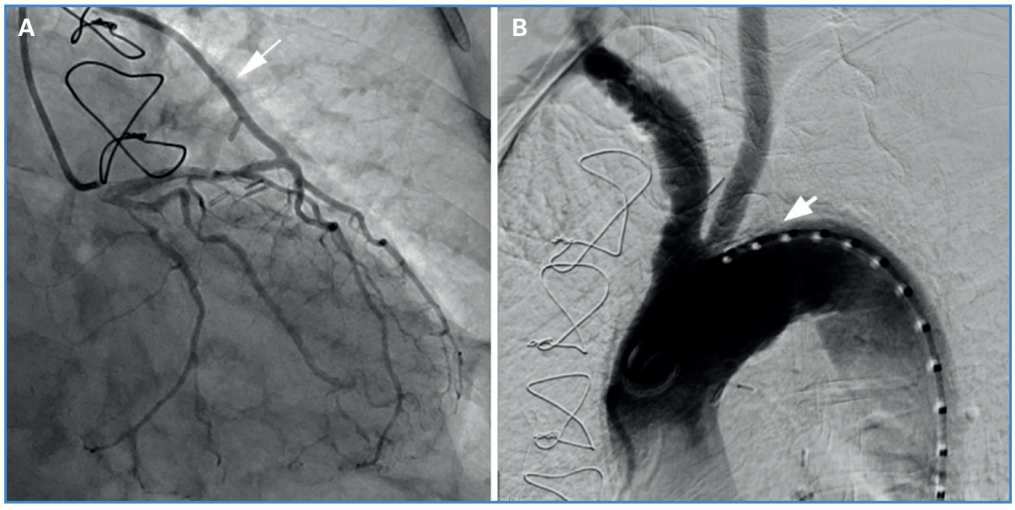

Figura 1. *A. Cateterismo cardíaco con flujo retrógrado hacia el puente mamario interno (flecha blanca) desde la arteria coronaria descendente anterior. B. Aortograma torácico con identificación de oclusión en el* ostium *de la arteria subclavia izquierda.*

un catéter guía largo, que se aloja distal a la oclusión ya franqueada. Se procede a la marcación del ostium de las arterias mamaria interna y vertebral izquierdas. Se procede al despliegue de un *stent* descubierto mediante balón montado de nitinol de 6 × 37 mm. El aortograma y la arteriografía selectiva final muestran la adecuada posición del *stent* y la permeabilidad de la subclavia vertebral y mamaria interna izquierdas (Fig. 2).

La paciente tolera adecuadamente el procedimiento. Se inició antiagregación dual con ácido acetilsalicílico y clopidogrel desde el primer día. Control clínico y paraclínico, satisfactorios. Se dio el alta a las 48 horas con el manejo previamente instaurado. El posterior control clínico confirmó la resolución de los síntomas y la ausencia de complicaciones relacionadas con el procedimiento.

DISCUSIÓN

Una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial es la enfermedad coronaria, cada día más frecuente debido a factores de riesgo como hipertensión, diabetes, tabaquismo y dislipidemia. El manejo de la patología coronaria incluye alternativas tanto quirúrgicas como percutáneas. Se hace importante descartar la presencia de estenosis arterial central en estudios prequirúrgicos con el fin de evitar complicaciones. Un fenómeno poco común que puede presentarse en pacientes llevados a revascularización con puente mamario es el síndrome de robo subclavio coronario, descrito hace más de 35 años por Hargola y Valle (1974) (1), que produce síntomas de isquemia miocárdica debido a una estenosis central en la arteria subclavia, que genera flujo retrógrado desde la arteria mamaria interna izquierda (vaso sanguíneo preferido a la hora de realizar el *bypass* coronario) (2). En ocasiones puede incluir síntomas neurológicos en el territorio vertebrobasilar o claudicación del brazo, con hallazgos al examen físico sugestivos como discrepancia de > 15 mmHg en la toma de presiones arteriales en ambas extremidades, pulsos de amplitud retardada o disminuida en el lado afectado y soplo en la fosa supraclavicular, aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos (4). Su etiología principal es aterosclerosis, vasculitis y otras alteraciones embriológicas del cayado aórtico. Con respecto al tratamiento, se han planteado múltiples opciones (2). Aunque no existe un tratamiento médico definitivo, a estos pacientes deben prescribírseles medicamentos para el control de la aterosclerosis y la enfermedad arterial periférica dado el alto riesgo de morbimortalidad cardiovascular (2).

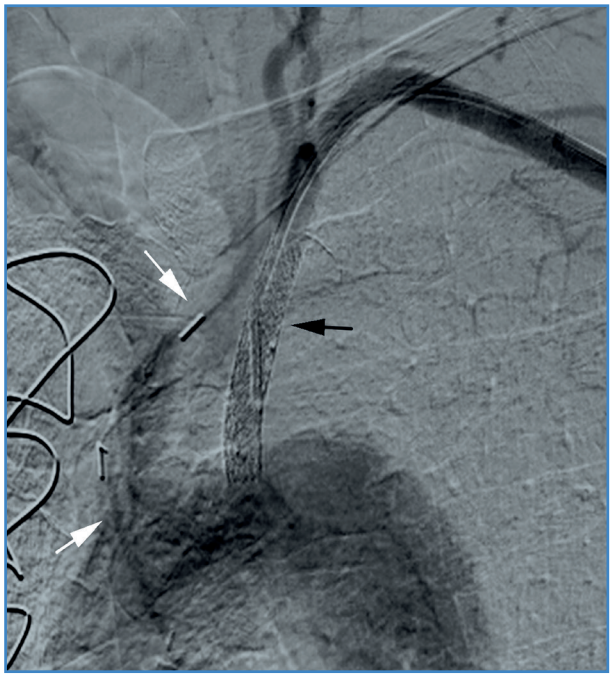

Figura 2. *Aortograma final que demuestra la permeabilidad del* stent *en la arteria subclavia izquierda (flecha negra). Puente mamario interno permeable que llena de manera tardía (flecha blanca).*

Con respecto al manejo quirúrgico, en casos de estenosis extensas o distales se ha descrito la realización de *bypass* carótido-subclavio, transposición carotídea o el *bypass* axilo-axilar con el uso de material protésico o autólogo (4). Sin embargo, con el advenimiento de las técnicas endovasculares, se plantea esta modalidad como el tratamiento más eficaz y seguro mediante la realización de angioplastia con balón o implante de *stent* con tasas de éxito > 90 % y permeabilidad a los 5 años del 85 %.

El síndrome de robo de la subclavia coronaria es una enfermedad poco frecuente. El caso expuesto anteriormente demuestra la complejidad de esta patología, así como las principales características del procedimiento endovascular y su éxito técnico a corto plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cúneo T, Lezcano A, Menéndez M. Síndrome de robo subclavio-coronario. Reporte de caso y resolución por angioplastia. Raci 2020;11(4):205-8. DOI: 10.30567/RACI/202004/0205-0208
2. Cua B, Mamdani N, Halpin D, Jhamnani S, Jayasuriya S, Mena-Hurtado C. Review of coronary subclavian steal syndrome. J Cardiol 2017;70(5):432-7. DOI: 10.1016/j.jjcc.2017.02.012
3. Bicknell CD, Subramanian A, Wolfe JHN. Coronary Subclavian Steal Syndrome. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004;27(2):220-1. DOI: 10.1016/j.ejvs.2002.10.001
4. Potter BJ, Pinto DS. Subclavian Steal Syndrome. Circulation 2014;129(22):2320-3. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.113.006653