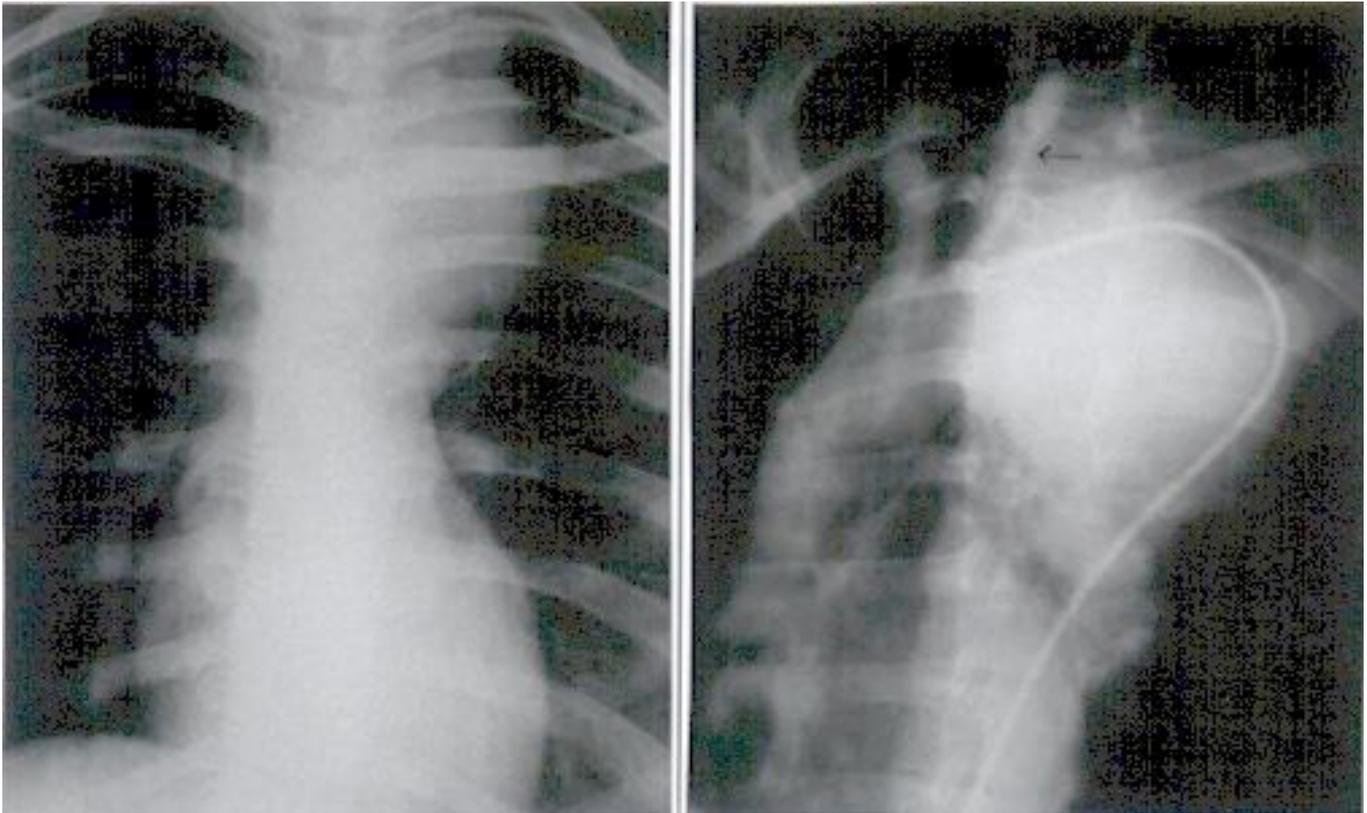


*El caso radiológico*Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹, Diego H. Llanos, M.D.²**HAGA SU DIAGNÓSTICO**

Mujer de 23 años de edad, con tensión arterial alta (160/120 mm Hg), dolor del miembro superior izquierdo cuando hace ejercicio o las labores de la casa, sensación de ahogo, cefalea y mareos. Al examen físico también se encuentra disminución de los pulsos braquial y radial del miembro superior izquierdo y soplo sistólico en la parte inferior izquierda del cuello. Los exámenes de laboratorio son normales a excepción de leve leucocitosis y aumento de la eritrosedimentación.

POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS

1. Síndrome del canal torácico.
2. Síndrome del robo de la arteria subclavia.
4. Enfermedad sin pulso de la mujer joven (enfermedad de Takayasu-Onishi).

DESCRIPCIÓN DE LA IMÁGENES

Figura 1. El corazón es normal. Hay una masa en el mediastino que que va hasta la aorta descendente. En la masa no se logra ver calcifi-

caciones. No hay erosiones óseas ni muescas en las costillas. La tráquea y el bronquio principal izquierdo no se ven disminuidos de calibre.

Figura 2. En vista de los signos clínicos y de los hallazgos en la radiografía PA del tórax se realizó estudio del arco aórtico y de los vasos del cayado. La radiografía muestra la presencia de un aneurisma sacular del cayado de la aorta. Se observa con detalle el tronco innominado el cual es normal. En la arteria carótida común izquierda hay una estenosis de 50% (flecha). En esta radiografía oblicua no se ve la arteria subclavia izquierda pero en otras posiciones había una severa estenosis de la arteria subclavia izquierda aproximadamente de

1. Profesor Titular (r), Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
2. Radiólogo, Clínica de Occidente, Cali.

80%. La punta del catéter se halla en la aorta ascendente. El estudio se hizo de acuerdo con la técnica de Seldinger entrando por la arteria femoral común del lado derecho.

DISCUSIÓN

1. El síndrome del canal torácico se caracteriza por síntomas relacionados con la compresión de la arteria subclavia o del plejo branquial; estas estructuras pasan por el medio de los músculos escaleno anterior y se afecta mucho menos por el denominado síndrome del canal torácico, síndrome de los escalenos o síndrome del *out let* torácico. La arteria y los nervios se comprimen en especial cuando se hacen maniobras de abducción e hiperabducción¹. Los estudios angiográficos hechos en estas condiciones muestran la compresión arterial que explica la disminución del pulso; esta compresión tardíamente puede llevar a una estenosis y obstrucción de la arteria subclavia. Este síndrome se asocia con la presencia de costilla cervical, callos óseos de la clavícula por fracturas previas, bandas fibrosas, apófisis transversa larga en CVII, etc. El pulso se normaliza al colocar el brazo en posición fisiológica o neutra. Las manifestaciones neurológicas se sienten como hormigueos, parestesias y dolor. Los exámenes de conducción nerviosa pueden mostrar alteraciones.

2. El síndrome de robo de la arteria subclavia se caracteriza por debilidad en los pulsos del miembro superior afectado, síntomas relacionados con la claudicación isquémica del miembro superior donde hay una obstrucción de la arteria subclavia antes de la salida de la arteria vertebral, que sirve de puente para que la sangre que entra por la arteria subclavia normal, pase a la arteria vertebral correspondiente y

en el momento de unirse con la arteria vertebral del lado opuesto, parte del flujo se devuelve por la arteria vertebral contralateral, en el lado donde la arteria subclavia está obstruida y se produce la irrigación de la arteria subclavia distal a la obstrucción, de tal forma que se causa una isquemia a nivel de fosa posterior cuya manifestación clínica es la isquemia cerebral transitoria lo que en la literatura anglosajona se conoce con el nombre de "tías". La oclusión de la arteria subclavia se produce con más frecuencia por arterioesclerosis.

3. La arteritis de Takayasu descrita por primera vez a nivel de las arterias de la retina por el oftalmólogo japonés Takayasu², se caracteriza por compromiso preferencial de las arterias del cayado de la aorta; inicialmente causa estenosis filiformes que comprometen las arterias subclavias, las carótidas comunes y las arterias renales que en estos casos de estenosis de una o de las dos arterias renales produce el aumento de la tensión arterial. Esta enfermedad es más común en mujeres. También se pueden comprometer los niños y más los de raza india y los negros. Otra variedad es la presencia de aneurismas de la aorta torácica o abdominal³ y obstrucción de la arteria aorta que clínicamente se puede comportar como una verdadera coartación⁴. Otras arterias que se pueden comprometer aunque más raramente, son las arterias pulmonares. Cuando la estenosis u obstrucción es de la aorta hay muescas costales por la presencia de circulación colateral por medio de las arterias intercostales y tienen la misma fisiopatología que las muescas encontradas en la verdadera coartación de la aorta⁴.

Según el artículo de Moreno *et al.*⁵ sobre 25 casos, los síntomas más frecuentes fueron: cefalea, vértigo, mareos posicionales, claudicación y

parestesias. Los signos encontrados en orden de frecuencia fueron: soplos vasculares en cuello y abdomen, ausencia o disminución de pulsos, hipertensión arterial. Los hallazgos angiográficos de arteritis en orden de frecuencia: arteria subclavia 60%; aorta abdominal 52%; arco aórtico y aorta ascendente 44%; arterias renales 44%; arterias carótidas 40%; tronco innominado y arterias vertebrales, 12%.

Reina *et al.*⁶ describieron la arteritis de Takayasu en cuatro niños, cuya manifestación en todos era la hipertensión arterial, disminución de pulsos y como recomendación los autores sugieren tomar la presión arterial a los niños como parte del examen físico y observar los pulsos en las cuatros extremidades. Por la hipertensión el corazón se puede afectar con cardiomegalia y valvulopatías; las arterias coronarias se pueden comprometer con arteritis y estenosis; también se ha descrito aneurismas coronarios³.

DIAGNÓSTICO FINAL

Aneurisma aórtico y estenosis de carótida común y subclavia izquierdas por enfermedad de Takayasu-Inishi.

REFERENCIAS

1. Chamorro-Mera C. El síndrome de canal torácico. Presentación de 10 casos. *Rev Mex Radiol* 1983; 37: 551-55.
2. Takayasu M. A case with peculiar changes of the retinal vessels. *Acta Soc Ophthalmol Jpn* 1979; 12: 554-56.
3. Rose AG. Takayasu arteritis. A study of 16 cases. *Arch Pathol Lab Med* 1980; 104: 231-37.
4. Correa P, Araújo J. Arteritis of the aorta in a young woman. *Am J Clin Pathol* 1958; 29: 560-68.
5. Moreno CH, Acosta H. Enfermedad de Takayasu. Análisis de 25 casos, 1970-1986. *Colombia Med* 1988; 19: 134-41.
6. Reina JC, Lechter A, Chamorro-Mera C. Arteritis de la aorta y grandes vasos en niños. *Colombia Med* 1977; 8: 62-5.