SÍNDROME DO ROUBO DA SUBCLÁVIA - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

SUBCLAVIAN STEAL SYNDROME – CASE REPORT

Autores:
Diana Santos Soares[1], Filipa Carvalho[1], Joana Carvalho Macedo[2]

RESUMO

Introdução: A síndrome do roubo da subclávia (SRS) é uma patologia vascular causada pela obstrução/estenose da artéria subclávia ou, mais raramente, do tronco braquicefálico, proximal à artéria vertebral. É uma entidade rara, com apresentação clínica variável, podendo mesmo apresentar-se de forma assintomática. O tratamento é cirúrgico, embora apenas uma pequena percentagem dos doentes necessite de intervenção.
Descrição do caso: Mulher de 83 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, perturbação do sono e insuficiência cardíaca. Apresentava quadro de cansaço fácil, tonturas e cefaleias com três anos de evolução. Ao exame objetivo, apresentava sopro sistólico III/VI na auscultação cardíaca; pressão arterial (PA) nos membros superiores esquerdo e direito de 88/56 mmHg e 141/68 mmHg, respetivamente. Sem outras alterações relevantes ao exame objetivo. O ecodoppler carotídeo revelou oclusão da artéria subclávia esquerda.
Comentário: O diagnóstico da SRS, sendo esta uma patologia rara, depende de uma elevada suspeição clínica, aliada a boa relação médico-doente, uma anamnese completa e a um exame objetivo minucioso, tal como aconteceu neste caso clínico. O exame objetivo é essencial na formulação diagnóstica, devendo ser realizada frequentemente a medição da PA nos dois braços, uma vez que a diferença de valores de PA nos dois braços se associa a atrasos no diagnóstico de hipertensão arterial, a maior prevalência de doença arterial periférica e é preditor de risco cardiovascular. A abordagem da SRS passa, principalmente, pelo controlo dos fatores de risco, pela doença aterosclerótica subjacente, assumindo o médico de família uma posição privilegiada na prevenção secundária.

Palavras-chave: síndrome do roubo da subclávia; pressão arterial; fatores de risco cardiovasculares

ABSTRACT

Introduction: The subclavian steal syndrome (SSS) is a vascular disease caused by an obstruction/stenosis of the subclavian artery or the brachiocephalic trunk, proximal to the origin of the vertebral artery. It's a rare condition, with a variable clinical presentation, and it can be asymptomatic. The treatment is surgical, but only a small percentage of patients need it.
Case description: A 83 years old woman with arterial hypertension, dyslipidemia, sleep disorder and heart failure, presented with dizziness, fatigue and headaches for three years. Cardiac auscultation was regular, with systolic murmur III/VI; blood pressure 88/56 mmHg e 141/68 mmHg in the left and right arms, respectively. A doppler revealed subclavian steal syndrome.
Comment: The diagnosis of SSS, being a rare condition, depends on the clinical elevated suspicion, a good medical-patient relation and a complete anamnesis and physical observation, just like in this case. The physical exam is crucial for the diagnosis, and it is recommended the blood pressure measurement on both arms. The inter-arm difference in blood pressure is associated with the delay of the detection of arterial hypertension, the highest prevalence of peripheral arterial disease and is a predictor of cardiovascular risk. The approach to the SSS involves, mainly, the control of the risk factors, the underlying atherosclerotic disease, assuming the Family doctor a privileged position in secondary prevention.

Keywords: subclavian steal syndrome; blood pressure; cardiometabolic risk factors

---

1. Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Entre Margens, ACeS Entre Douro e Vouga II – Aveiro
2. Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Entre Margens, ACeS Entre Douro e Vouga II - Aveiro

INTRODUÇÃO

A síndrome do roubo da subclávia (SRS) é uma patologia vascular causada pela obstrução/estenose da artéria subclávia ou, mais raramente, do tronco braquicefálico, proximal à artéria vertebral, causando, assim, inversão do fluxo sanguíneo na artéria vertebral ipsilateral.[1]

Apresenta etiologia diversa, sendo a mais comum a aterosclerose, mas também inflamatória, congénita, embólica ou traumática.[2] Associa-se a vários fatores de risco (FR), que são semelhantes aos FR de aterosclerose, nomeadamente tabagismo, presente em 78-100% dos casos, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes *mellitus*, história familiar e idade.[1] A doença aterosclerótica afeta, na maioria dos casos, a artéria subclávia esquerda, estando presente em 70% dos casos sintomáticos.[3] A prevalência, segundo a literatura, situa-se entre 0,6%-6,4%, sobretudo em homens, na razão de 2:1.[4]

A apresentação mais frequente é a forma assintomática, contudo, quando sintomática, as manifestações clínicas mais comuns são síncope, vertigem e claudicação intermitente da extremidade superior ipsilateral ou, mais raramente, angina ou ataxia.[5] Ao exame objetivo é possível detetar-se, por vezes, diferença de pressão arterial (DPA) entre os braços. Quando a diferença inter-braquial assume valores superiores a 10/15 mmHg, devem ser colocadas como hipóteses diagnósticas a coartação da aorta (ou mesmo disseção da aorta) ou obstrução arterial.[6]

O diagnóstico é realizado através do ecodoppler dos vasos do pescoço, sendo considerado como gold standard no diagnóstico desta síndrome.[7] O diagnóstico definitivo implica confirmação por angiografia.

O tratamento é cirúrgico, embora apenas uma pequena percentagem dos doentes necessite de intervenção (cerca de 1,4% do total de casos).[1] Na sua maioria, o tratamento conservador é suficiente, de forma a reduzir o risco de aterosclerose.

Este relato de caso tem como objetivo a apresentação desta entidade que, embora rara, se apresenta clinicamente de forma variável e que depende da elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico. O seu conhecimento permitirá ao médico de família o seu diagnóstico precoce e melhor orientação, com impacto no prognóstico para o doente.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente de 83 anos de idade, do sexo feminino, reformada. Vive com marido e apresenta-se independente para as atividades de vida diária. Inserida numa família nuclear, na fase VIII do ciclo de *Duvall*, pertencente à classe média de *Graffar*.

Apresenta antecedentes de hipertensão arterial com 26 anos de evolução, controlada, dislipidemia, perturbação do sono (insónia), depressão *major* e insuficiência cardíaca NYHA II com fração de ejeção (FE) preservada (FE 66%). Medicada com carvedilol 6.25 mg, perindopril + indapamida 5 + 1.25 mg; atorvastatina 20 mg, sertralina 50 mg, trazodona 150 mg e bromazepam 3 mg.

A utente, em consulta de vigilância de hipertensão arterial na Unidade de Saúde Familiar (USF), refere quadro de cansaço fácil, tonturas e cefaleias com três anos de evolução, que atribui ao avançar da idade. Após exploração das queixas, apura-se cansaço para pequenos esforços, com limitação da marcha. Apresenta cerca de quatro episódios de tonturas por semana, que ocorrem ao longo do dia, com instabilidade/desequilíbrio associado e sem fatores desencadeantes. As cefaleias são holocraneanas, tipo "aperto", frequentes (4-5 vezes por semana), sem aura, fotofobia ou fonofobia associados e que melhoram parcialmente com toma de paracetamol 1 g. A utente negava outras queixas.

Ao exame objetivo, apresentava pressão arterial (PA) nos membros superiores esquerdo e direito de 88/56 mmHg e 141/68 mmHg, respetivamente. Pulsos radiais com amplitude semelhante. Sem sinais de dificuldade respiratória. Auscultação cardíaca regular, com sopro sistólico III/VI. Sem sopros occipitais ou carotídeos.

Perante a assimetria da pressão arterial dos membros superiores, são solicitados vários exames complementares de diagnóstico. Hemograma, bioquímica sérica e urina II sem alterações. Eletrocardiograma: ritmo sinusal a 65/min, sem alterações de relevo. O ecocardiograma transtorácico revelava: "dilatação ligeira da aurícula esquerda; hipertrofia ventricular esquerda excêntrica de grau moderado; insuficiência mitral e tricúspide ligeiras; função sistólica biventricular conservada (FE 62%)". A tomografia computorizada toracoabdominal apresentava: "extensas calcificações supra-aórticas na emergência da aorta; sem alterações peri-aorta, nomeadamente do calibre, apresentando, no entanto, extensas calcificações".

A utente volta a consulta com os resultados, sendo solicitado ecodoppler carotídeo que revelou: "Fluxo invertido na vertebral esquerda com ausência de pulsos umeral e radial ipsilaterais, sugerindo oclusão da subclávia esquerda".

É referenciada para consulta de Cirurgia Vascular, tendo, inicialmente, indicação cirúrgica, mas, pelos fatores de risco associados, foi proposto tratamento conservador.

A doente mantém acompanhamento em consulta no médico de família, com enfoque no controlo dos fatores de risco cardiovasculares.

COMENTÁRIO

A SRS é uma entidade rara que, na maioria dos casos, se apresenta de forma assintomática. Neste caso clínico, apresentou-se de forma sintomática e com sintomas mais atípicos, nomeadamente as cefaleias, cansaço e tonturas. A escassez de sintomas específicos relaciona-se com a elevada rede de circulação colateral e com a evolução lenta desta síndrome.[3] É necessário compreender que esta entidade pode manifestar-se de diversas formas, sendo o exame objetivo essencial para o correto diagnóstico.

A utente, neste caso, apresentava um quadro clínico insidioso, com vários anos de evolução, condição que desvalorizava, tendo mencionado o mesmo em contexto de consulta de vigilância. É de relevar a importância de valorizar as queixas dos utentes, realizando uma anamnese exaustiva, com exploração ativa das queixas, mesmo quando os mesmos não lhes dão importância. Todo este estudo intui descartar possíveis patologias que, de outra forma, podem não ser diagnosticadas.

O exame objetivo, com um quadro clínico tão inespecífico, foi determinante na valorização do mesmo e na colocação de hipóteses diagnósticas. Apesar do tempo de consulta ser um problema na prática clínica do médico de família, é essencial não deixar de realizar todos os passos essenciais para uma correta formulação diagnóstica.

Apesar de ser recomendada a medição da PA nos dois braços, esta é uma prática pouco comum nas consultas, associada por vezes à limitação no tempo de consulta.[6] Um estudo de 2012 concluiu que o erro mais comum, no que diz respeito ao diagnóstico de hipertensão arterial, era a não medição da pressão arterial nos dois braços.[8]

A DPA significativa entre os braços (ou seja, diferença superior a 10/15 mmHg) é comum,[6] podendo não traduzir patologia. A DPA sistólica superior a 10 mmHg assume uma prevalência de 3,6% na população geral e 11,2% na população de hipertensos.[6] No entanto, pode associar-se a atrasos no diagnóstico de hipertensão arterial, a maior prevalência de doença arterial periférica e é preditor de risco cardiovascular.[9]

Neste caso clínico, foi essencial a realização deste passo no exame objetivo, que determinou a realização de exames complementares de diagnóstico. A prevalência de SRS em doentes que apresentam DPA entre os braços é de 78-88%.[4]

Pela doença aterosclerótica subjacente, a SRS está associada a diversos fatores de risco e tem como principal abordagem terapêutica o controlo desses mesmos fatores de risco, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo e dislipidemia.[2] É importante o acompanhamento adequado e regular em consultas, para ajuste de terapêutica e alteração do estilo de vida para controlo da hipertensão arterial e dislipidemia.

O médico de família nem sempre tem um papel facilitado no diagnóstico de entidades clínicas raras como a SRS. É muitas vezes o primeiro a quem o doente recorre quando surgem os sinais e sintomas iniciais, muitas vezes incaracterísticos. Quando os sintomas são ligeiros torna-se ainda mais difícil a sua valorização. No entanto, o conhecimento do doente, englobando uma abordagem holística e uma boa comunicação e relação médico-doente, permitem levantar uma suspeita e prosseguir com um estudo mais dirigido. Estas condições, aliadas a uma anamnese completa e a um exame objetivo minucioso e atento permitiram estabelecer o correto diagnóstico. Posteriormente, o médico de família tem um papel importante na intervenção terapêutica e alteração no estilo de vida, tranquilizando ainda o doente em relação à sua patologia e orientação.

Sendo o médico de família, maioritariamente, o primeiro contacto do doente, é essencial a valorização de quadros clínicos inespecíficos e incaracterísticos. A SRS, sendo uma entidade clínica rara, com apresentação clínica variável, é importante estar ciente da sua existência e ter uma elevada suspeição clínica. Para além de uma anamnese completa, o exame objetivo é essencial na formulação diagnóstica. Deve ser realizada frequentemente a medição de PA nos dois braços, uma vez que a diferença de valores de PA nos dois braços se associa a atrasos no diagnóstico de hipertensão arterial, a maior prevalência de doença arterial periférica e é preditor de risco cardiovascular. A abordagem da SRS inclui, para além da referenciação para consulta de Cirurgia Vascular, o controlo dos fatores de risco e da doença aterosclerótica subjacente, assumindo o médico de família uma posição privilegiada na prevenção secundária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
1- Osiro S, Zurada A, Gielecki J, Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M. A review of subclavian steal syndrome with clinical correlation. Med Sci Monit. 2012;18(5):57-63.
2- Lopes MNSC, Brito RK, Rezende MC, Oliveira CC. Síndrome do roubo subclávio: relato de caso. Brasília Med 2013;50(2):174-7.
3- França LHG, Bredt CG, Stahlke Junior HJ. Transposição subclávio--carotídea. Uma opção para tratamento da lesão da artéria subclávia. J Vasc Br. 2004;3(2):131-6.
4- Tan TY, Schminke U, Lien LM, Tegeler CH. Subclavian steal syndrome: can the blood pressure difference between arms predict the severity of steal? J Neuroimaging. 2002;12(2):131-5.
5- Passos M, Alves L. Síndrome do Roubo da Subclávia. Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc. 2012;25(4):298-301.
6- Muntner P, Shimbo D, Carey RM, Charleston JB, Gaillard T, Misra S, et al. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. Hypertension. 2019; 73(5);35-66.
7- Vecera J, Vojtísek P, Varvarovský I, Lojík M, Másová K, Kvasnicka J. Non-invasive diagnosis of coronary-subclavian steal: role of the Doppler ultrasound. Eur J Echocardiogr. 2010;11(9):e34.
8- Ray GM, Nawarskas JJ, Anderson JR. Blood pressure monitoring technique impacts hypertension treatment. J Gen Inter Med. 2012; 27:623-9.
9- Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Campbell JL. Prevalence of systolic inter-arm differences in blood pressure for different primary care populations: systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract. 2016;66(652):e838-47.

CONFLITOS DE INTERESSE:
As autoras declaram não ter qualquer conflito de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:
Diana Patrícia Santos Soares
diana_patricia_11@hotmail.com

RECEBIDO: 12 de fevereiro de 2021 | ACEITE: 18 de junho de 2021