

Reporte de Caso

Caso clínico de interés: síndrome de Leriche

Case clinical report: Leriche Syndrome

JOSÉ CAMILO MUÑOZ CHAVES¹, HERNEY SOLARTE PINEDA², RICHARD IMBACHI³

Resumen

El síndrome de Leriche es una afección causada por obstrucción de la aorta terminal, las ramas principales de la aorta abdominal, como en la obstrucción aortoiliaca. El síndrome de Leriche suele darse en varones y está caracterizado por impotencia, ausencia de pulso en las arterias femorales, debilidad y entumecimiento en región lumbar, nalgas, caderas y extremidades inferiores. En muchas ocasiones esta entidad es poco conocida en el ámbito de América Latina; algunos casos reportados en países como Bolivia, Brasil, Argentina, Chile, México entre otros, describen características propias de experiencias en casos de pacientes en algunas instituciones de estos países. Se quiere dar a conocer un caso encontrado en el Hospital San José de Popayán en el área de urgencias y generar la importancia de realizar un enfoque terapéutico adecuado ante entidades con compromiso vascular extenso porque producen un pronóstico catastrófico si no se realiza atención oportuna, diagnóstico precoz y tratamiento temprano.

Palabras clave: Enfermedad arterial oclusiva, Obstrucción aorta, Obstrucción de aorta abdominal, Síndrome de Leriche.

Abstract

The Leriche syndrome is a condition caused by occlusion

of terminal aorta, the primary branches of the abdominal aorta, as in aortoiliac obstruction. Leriche syndrome usually occurs in males and is characterized by impotence, absence of a pulse in the femoral arteries, weaknesses and numbness in the lower back, buttocks, hips, and lower limbs. In more situations disease little known in Latin American, some cases is reported in Bolivia, Brazil, Argentina, Chile, Mexican countries and others, so we want to present a case in Hospital San José, Popayán, Colombia in emergency area and show the importance of suitable clinical examination about vascular disease for early diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Aortic disease, Arterial occlusive disease, Leriche's syndrome, Occlusion terminal aorta.

Introducción

El síndrome de Leriche (SL) se presenta como una entidad en donde existe una oclusión de las ramas principales de la aorta abdominal por debajo de la bifurcación de las arterias renales, con compromiso de todo el árbol arterial incluyendo arterias ilíacas, femorales y tibiales bilaterales¹. Se caracteriza por signos clínicos asociados como impotencia, ausencia de pulso en las arterias femorales, debilidad y entumecimiento en región lumbar, glúteos, caderas y extremidades inferiores².

¹ Médico Asistencial, UCI adultos, Clínica Nuestra, Cali, Colombia. Médico y cirujano, Universidad libre Seccional Cali. e-mail: camilom_13@hotmail.com

² Médico Asistencial, Área Unidad Cuidado Intermedio Adultos, Hospital Universitario San José, Popayán, Colombia. Médico, Universidad San Martín. e-mail: herney.solarte@hotmail.com

³ Residente II año medicina interna, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. Médico y cirujano, Universidad del Cauca. e-mail: rich_ard22@hotmail.com

Recibido: marzo 1 de 2016

Revisado abril 22 de 2016

Aceptado: mayo 31 de 2016

Cómo citar: Muñoz Chaves JC, Solarte Pineda H, Imbachi R. Caso clínico de interés: síndrome de Leriche. *Rev Colomb Salud Libre*, 2016; 11 (1): 57-61.

Esta entidad se presenta mayoría casi siempre en pacientes hombres y con factores predisponentes para enfermedad arterial periférica tales como tabaquismo, obesidad, enfermedad aterotrombótica, dislipidemia y diabetes mellitus; algunos casos son reportados en mujeres pero con trastornos asociados con vasculitis como LES, espondilitis anquilosante entre otros³⁻⁶.

El diagnóstico se realiza por medio de angiotomografía y/o tomografía helicoidal abdominal con énfasis en tronco aórtico donde se manifiesta de manera clara cuando existe oclusión completa de la aorta abdominal y áreas de hipoperfusión en sus ramificaciones proximales^{1,2,7}. En cuanto al tratamiento se describen muy pocos casos donde se realiza reperfusión de las bifurcaciones con *bypass* y/o *stent* en el área comprometida de la aorta abdominal^{8,9}.

El objetivo general es dar a conocer un caso de oclusión aterotrombótico sugestivo de SL presentado en el servicio de urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia.

Descripción del caso

Mujer de 68 años de edad, quien ingresa el día 29 de agosto de 2015 por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia, cuyo motivo de principal de consulta fue dolor en pierna y disminución súbita de la fuerza y sensibilidad de los miembros inferiores.

Se trata de una paciente con antecedentes de importancia la enfermedad arterial periférica, portadora de dos *stent* en miembro inferior derecho hace 6 años, cirugía de arteria subclavia hace 7 años, no hay datos claros de este evento, hipertensión arterial, enfermedad aterosclerótica que requirió cateterismo cardíaco hace 8 años, enfermedad carotídea no especificada en manejo con cilostazol 100 mg VO día, nevirapina 5 mg VO cada 12 horas, además con lupus eritematoso sistémico con tratamiento actual.

El cuadro clínico que se inicia 3 horas previas a la hora de consulta, consistente en pérdida súbita de la fuerza y sensibilidad de miembros inferiores asociado con dolor en la región sacrococcígea, con limitación para la bipedestación, sin traumas previos, nivel afectado T12-L1, pulsos distales disminuidos. Se decide toma de TAC de columna dorsal y lumbar, valorado por neurocirugía quien descarta enfermedad de canal medular, se sospecha por comorbilidades infarto medular por vasculitis o por oclusión, por lo que se solicita resonancia magnética nuclear de urgencia.

Paciente con evolución clínica desfavorable con pulsos oscilatorio presente y ausente, se inicia anticoagulación formal con heparinas de bajo peso molecular, es valorada por medicina interna que continúa manejo presuntivo para infarto medular y se espera a toma de resonancia magnética nuclear. Llama la atención ausencias progresiva de pulsos pedios, tibiales, poplíteos y femorales bilaterales y empieza a presentar patrón moteado en miembros inferiores (Figura 1) asociado con dolor abdominal marcado de forma difusa.



Figura 1. Examen físico

Por alta sospecha de isquemia aorto-iliaca se solicita angiotac (Figuras 2, 3 y 4) el cual reporta extensa ateromatosis que compromete la aorta a nivel torácico abdominal y las dos arterias ilíacas. Múltiples placas de ateromas, algunas son de alto riesgo con ulceraciones visibles a nivel torácico y abdominal. Trombosis de la aorta infrarrenal que incluye la bifurcación y las ilíacas con aparente zona de recanalización filiforme que de flujo filiforme de mala calidad en las femorales. Esteatosis hepática del segmento VI y VII. Trombosis con estenosis mayor del 75% de la mesentérica superior y obstrucción total de la mesentérica inferior, hallazgo que puede estar relación con isquemia entérica.

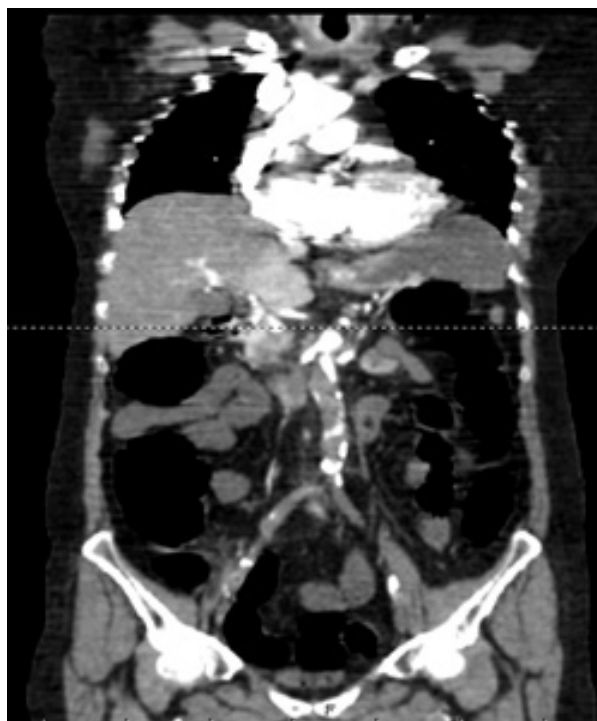


Figura 2 Angiotac

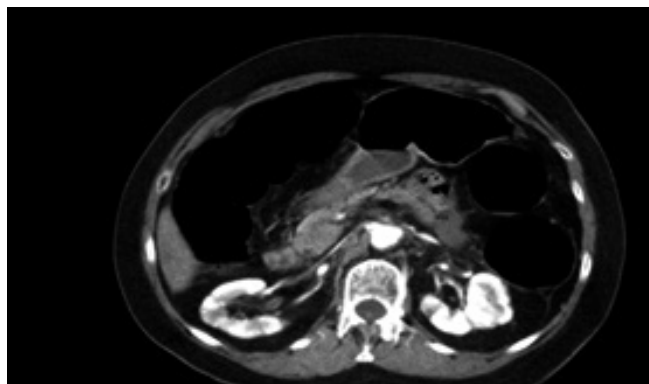


Figura 3. Angiotac

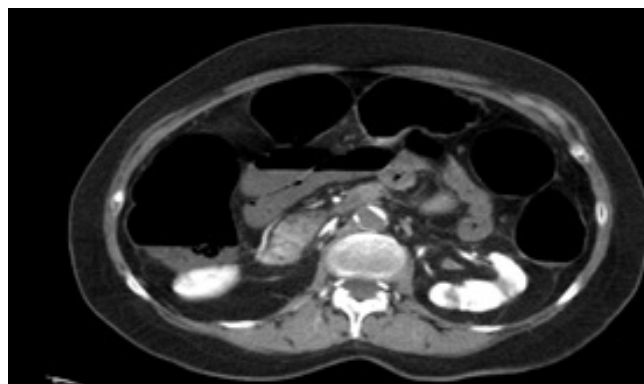


Figura 4. Angiotac

Por los hallazgos encontrados en el angiotac se solicita valoración por cirugía general quien plantea manejo quirúrgico, realización de trombectomía más escarectomía. La paciente y familiares aceptan procedimiento quirúrgico. En el procedimiento quirúrgico se realiza disección hasta retroperitoneo encontrando aorta infrarrenal no pulsátil, inserción por debajo de la arteria mesentérica inferior, extracción de múltiples trombos y endarectomía de múltiples placas ateromatosis, se realiza lavado, se deja aorta pulsátil y se cierra cavidad.

Se traslada a la paciente a la unidad de cuidados intensivos por compromiso sistémico, con soporte vasopresor e inotrópico; la evolución clínica es desfavorable, 5 horas después del procedimiento quirúrgico presenta paro cerebrocardiorespiratorio sin rescate exitoso por lo que se determina su fallecimiento.

Discusión

El SL resulta de la oclusión trombótica aortoiliaco y fue descrito por primera vez en 1940 por el cirujano francés René Leriche^{10,11}. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en hombres^{2,12,13}, existiendo muy pocos reportes de esta entidad nosológica entre mujeres^{7,14} por lo cual han llegado incluso a ser consideradas como presentaciones atípicas; por este motivo el caso clínico presentado en Colombia, se considera relevante.

Este caso clínico presenta una mujer de 68

años quien tiene múltiples factores de riesgo para enfermedad arterial obstructiva crónica, entre los que se destaca, obesidad, tabaquismo, licor y enfermedad autoinmune tipo lupus eritematoso sistémico, factores claramente descritos también como de riesgo para desarrollar SL^{4,10,12,13,15}. Se describe una tríada clásica para el SL: claudicación, impotencia y disminución de pulsos debido a la oclusión aortoiliaca¹⁰. Sin embargo, en este caso esta tríada no fue, al menos evidente, porque si bien la paciente pudo haber cursado con claudicación de forma crónica, no lo describió durante el interrogatorio de revisión por sistemas.

Llama la atención en este caso, que la presentación fue aguda y catastrófica, iniciando con 3 horas previas al ingreso, con pérdida súbita de la fuerza y sensibilidad de miembros inferiores asociado con dolor en la región sacrococcígea y limitación para la bipedestación; esta presentación es similar al reporte de McCoy *et al.*⁷ donde el SL se asoció con falla orgánica multisistémica, igual que sucedió en el presente caso.

Es preciso aclarar que este tipo de presentación aguda y atípica pudo haber confundido el criterio de los clínicos que inicialmente enfocaron el diagnóstico hacia un cuadro de compresión medular o radicular⁷. Posteriormente se planteó isquemia medular aguda que si bien es cierto puede presentarse de forma aislada, también existen casos reportados de isquemia medular aguda asociados con el SL y el conocimiento de esta relación nos acerca más al diagnóstico, porque la isquemia medular sí explica claramente los síntomas neurológicos de la paciente si se recuerda que parte de la irrigación de la médula espinal está dada por arterias intercostales bajas y lumbares a través de la arteria radicular magna para la médula toracolumbar (T8-L5), y arterias lumbares bajas, iliolumbares⁷ y sacras laterales, ramas de las hipogástricas, para la cauda equina¹⁶. De tal modo que la oclusión infrarrenal de la aorta puede producir debilidad de extremidades inferiores por neuropatía isquémica de la cauda equina^{16,17} como ocurrió en

este caso. Finalmente y por la rápida evolución del cuadro clínico con ausencia de pulso, piel moteada y fría se planteó el diagnóstico de SL y se solicitó la angiotomografía aórtica siendo este el método diagnóstico más apropiado para confirmar la oclusión trombótica de la arteria aorta infrarrenal^{3,10,14,18}.

Esta paciente finalmente fue llevada a cirugía para realización de trombectomía abierta y probable *bypass* arterial, tratamiento descrito y aceptado como opción en los centros donde no se dispone de la técnica endovascular como en el Hospital San José de Popayán^{1,11,13}. Infortunadamente se encontró isquemia y necrosis intestinal extensa con descompensación intraoperatoria que obligó a realizar cirugía de control de daños con trombectomía inicial, recesión de intestino necrótico y empaquetamiento. Fue trasladada a UCI donde fallece como resultado de una falla orgánica multisistémica.

Todo lo anterior hace importante traer este caso a colación y es pertinente recalcar el valor del examen físico vascular periférico, asociado con el conocimiento y alta sospecha clínica de obstrucción vascular aórtica, en aquellos paciente que asisten a consulta de urgencias con cuadro de deterioro neurológico medular agudo, porque gran porcentaje de ellos tienen una etiología de origen vascular y el tiempo de demora en el diagnóstico y tratamiento influye inversamente proporcional en el pronóstico de los pacientes^{1,2,19,20}.

Conclusión

El SL es una enfermedad por obstrucción distal de la arteria aorta que respeta las arterias renales y se presenta sobre todo en hombres; ambos sexos tienen múltiples factores de riesgo para enfermedad arterial obstructiva crónica y aunque es una entidad poco frecuente, produce una alta tasa de morbilidad y mortalidad por lo que es importante conocerla y pensar en ella cuando nos enfrentamos a la práctica clínica, porque un enfoque precoz de los pacientes a

riesgo acorta el tiempo de evolución del cuadro agudo influyendo positivamente en las tasas de éxito del tratamiento y mejor pronóstico de los pacientes que presentan esta entidad.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

- Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome. *J Gen Intern Med*. 2010; 25 (10): 1102-4. doi: 10.1007/s11606-010-1412-z
- Iannaccone R, Catalano C, Danti M, Mangiapane F, Passariello R. Images in cardiovascular medicine. Leriche syndrome visualized by 3-dimensional multislice computed tomography angiography. *Circulation*. 2004; 110 (8): e77-8. doi:10.1161/01.CIR.0000139864.14256.1D
- Grajales D. Síndrome de Leriche: a propósito de un caso. *Col Med*. (estado Táchira). 2006; 15 (3): 35-8.
- Maciulis MM, Tiscornia J, Niebieski C, Chouela E. Síndrome de Leriche. *Arch Argent Dermatol*. 2002; 52 (2): 71-5.
- Ellis H. Rene Leriche: the Leriche syndrome. *J Perioperat Pract*. 2013; 23 (6):147-8.
- Günaydin ZY, Kurt AB, Bektas O, Atmaca H. Case images: Juxtarenal Leriche syndrome. *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2015; 43 (2): 212. doi: 10.5543/tkda.2015.97383
- McCoy CE, Patierno S, Lotfipour S. Leriche Syndrome Presenting with Multisystem Vaso-Occlusive Catastrophe. *Western J Emerg Med*. 2015; 16 (4): 583-6. Epub 2015/08/13.
- Collet Camarillo H, Vásquez JR, Fermín E, Bandel J. Stent carotideo derecho por enfermedad extracraniana carotidea con sistema de protección cerebral. *Clin Med HCC*. 2001; 6 (2): 126-8.
- Danza R, Navarro T, Baldizan J. Síndrome celio-mesenterico y de Leriche. Tratamiento por by-pass aortobifemoral-mesenterico. *Cir Urug*. 1982; 52 (1): 95-8.
- Akhaddar A, Eljebbouri B, Saouab R, Boucetta M. Acute paraplegia revealing Leriche syndrome. *Internal Med*. (Tokyo). 2012; 51 (8): 981-2. Epub 2012/04/17.
- Bobylev D, Fleissner F, Zhang R, Haverich A, Ismail I. Arterial myocardial revascularization with right internal thoracic artery and epigastric artery in a patient with Leriche's syndrome. *J Cardiothor Surg*. 2013; 8: 53. Epub 2013/03/26.
- Laible M, Lettau M. Acute Leriche syndrome. *RoFo*. 2010; 182 (6): 531-3. doi: 10.1055/s-0029-1245325
- Lee WJ, Cheng YZ, Lin HJ. Leriche syndrome. *Internat J Emerg Med*. 2008; 1 (3): 223. Epub 2009/04/23.
- Braga J, Almira JF, Santos Id, Maia J, Cardoso E, Pimenta E, et al. Síndrome de Leriche como causa de hipertensão renovascular. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13 (1): 75-8.
- Oviedo Gamboa I, Herbas Bernal RI, Zegarra Santiesteban W. Diagnóstico por tomografía del síndrome de Leriche: reporte de un caso clínico. *Gac Med Bol*. 2013; 36 (2): 105-7.
- Cowan KN, Lawlor DK. Sudden onset of paraplegia from acute aortic occlusion: a review of 2 cases and their unique presentation. *Am J Emerg Med*. 2006; 24 (4): 479-81. Epub 2006/06/22.
- Chandrashekar G, Acharya PT, Rao J, Kumar RS, Nayak G. Recovery from paraplegia following aortic saddle embolism. Case report. *Paraplegia*. 1994; 32 (2): 112-6. Epub 1994/02/01.
- Takigawa M, Akutsu K, Kasai S, Tamori Y, Yoshimuta T, Higashi M, et al. Angiographic documentation of aortoiliac occlusion in Leriche's syndrome. *Can J Cardiol*. 2008; 24 (7): 568. Epub 2008/07/10.
- Liao SL, Luthra M, Rogers KM. Leriche syndrome. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54 (19): e11. Epub 2009/10/31.
- Lin CW, Liu CY, Chen CH. Acute renal infarction: an atypical presentation of Leriche syndrome. *Intern Med* (Tokyo). 2012; 51 (17): 2485. Epub 2012/09/15.