

Reporte de Caso

Síndrome de Leriche: reporte de caso y revisión de literatura

Leriche's syndrome: a case report and literature review

JOHANN DÍAZ ROMERO¹, ALEXIS IDROBO PAREDES², SOFÍA GUERRERO ERASO³

Resumen

Se describe el caso de un paciente con factores de riesgo elevados para enfermedad aterosclerótica que ingresó por dolor en miembros inferiores asociado a úlcera en glándula y muñón de pie derecho, además de claudicación intermitente, impotencia sexual y ausencia de pulsos en miembros inferiores, fue valorado integralmente por múltiples especialidades confirmando el diagnóstico de Síndrome de Leriche, quien por su alto compromiso requirió de amputación del miembro inferior derecho. Nuestro interés es resaltar la importancia del examen físico vascular periférico como método de sospecha diagnóstica para la oportuna intervención del paciente con enfermedad vascular periférica y así prevenir futuras complicaciones.

Palabras clave: Síndrome de Leriche, Enfermedad arterial oclusiva, Claudicación intermitente.

Abstract

We describe the case of a patient with high risk factors for atherosclerotic disease who was admitted due to lower limb pain associated with a glans ulcer and right foot stump, as well as intermittent claudication, sexual

impotence and absence of pulses in the lower limbs, was examined integrally by multiple specialties confirming the diagnosis of Leriche Syndrome, who due to its high commitment required amputation of the lower right limb. Our interest is to highlight the importance of the peripheral vascular physical examination as a method of diagnostic suspicion for the timely intervention of the patient with peripheral vascular disease and thus prevent future complications.

Keywords: Leriche's syndrome, Arterial occlusive disease, Intermittent claudication.

Introducción

El síndrome de Leriche o síndrome de obliteración aorto-iliaca¹ se define como una oclusión de las ramas principales de la aorta abdominal por debajo de la salida de las arterias renales², con compromiso del árbol arterial, incluyendo a las arterias ilíacas y femorales²; se caracteriza por signos clínicos como impotencia sexual, ausencia de pulsos femorales¹, debilidad y entumecimiento en región lumbar, los glúteos, las caderas y extremidades inferiores^{1,2}.

¹ Docente, Pregrado de Medicina Interna, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Médico, Especialista en Medicina Interna, Universidad Libre Seccional Cali. Grupo de Investigación en Medicina Crítica y Trastornos Metabólicos, Centro Médico Integrativo Maná, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8646-197X>. e-mail: johanndiaz60@hotmail.com

² Médico General, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. Grupo de Investigación en Medicina Crítica y Trastornos Metabólicos, Clínica DESA, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9018-2159>. e-mail: alexis_mederi@hotmail.com

³ Estudiante de Cuarto Año de Medicina, Universidad Libre Seccional Cali, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1553-5409>. e-mail: sofiaguerrero_23@hotmail.com

Recibido: mayo 19 de 2019

Revisado: junio 6 de 2019

Aceptado: junio 20 de 2019

Cómo citar: Díaz Romero J, Idrobo Paredes A, Guerrero Eraso S. Síndrome de Leriche: reporte de caso y revisión de literatura.

Rev Colomb Salud Libre. 2019; 14 (1): 45-49.

El síndrome de Leriche fue descrito por Robert Graham en 1814², sin embargo, la definición actual fue hecha por el cirujano francés René Leriche en 1940², quien vinculó la formación de trombos arteriales con una tríada de síntomas: claudicación, impotencia sexual y disminución de pulsos periféricos^{1,2}.

La incidencia y prevalencia no ha sido determinada dado que muchos pacientes que padecen esta entidad son asintomáticos², sin embargo su presencia es fuertemente relacionada con la edad avanzada, especialmente a partir de la sexta década de la vida² con un pico entre los 35 y 70 años¹, los principales afectados son los pacientes masculinos con antecedentes de enfermedad arterial periférica¹ o que presentan factores de riesgo como el tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad o diabetes¹ puesto que en estos pacientes las placas ateromatosas localizadas en la aorta infrarrenal y las arterias ilíacas causan los síntomas de obstrucción por bajo flujo sanguíneo^{1,2}. Se han reportado casos en mujeres con trastornos asociados con vasculitis como el lupus eritematoso sistémico, la espondilitis anquilosante, entre otros³.

El diagnóstico es clínico, siendo importante la sospecha clínica para dirigir la exploración física a los hallazgos más característicos del síndrome de Leriche¹. La aortografía, la angioTAC o la arteriografía de los miembros inferiores son las principales pruebas utilizadas para confirmar el diagnóstico¹, así como para valorar la extensión de la enfermedad, la gravedad de la oclusión, la presencia y extensión de circulación colateral y determinar las posibilidades del tratamiento¹.

El tratamiento es médico y quirúrgico¹, incluye cambios en los estilos de vida, prevención de factores de riesgo modificables, manejo farmacológico² y en cuanto al tratamiento quirúrgico se ha logrado realizar manejos a cielo abierto y endovascular², es por esta razón que se debe realizar durante el examen físico la valoración del sistema vascular periférico con el fin de detectar a tiempo posibles alteraciones.

Descripción del caso

Paciente masculino de 78 años, afrodescendiente, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente, falla renal crónica en diálisis y mieloma múltiple, ingresó por cuadro clínico de larga data consistente en claudicación intermitente asociado a impotencia sexual y paresia de miembros inferiores, además úlcera en glande y muñón de pie derecho (Figura 1). Al ingreso signos vitales en rangos de normalidad, al examen físico paciente en aceptables condiciones generales, con escleras anictéricas, mucosas húmedas y pálidas, sin ingurgitación yugular, a la auscultación ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad sin soplos audibles, murmullo vesicular presente sin ruidos sobreagregados, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masas o megalias a la palpación, sin soplos a la auscultación, a nivel genitourinario úlcera de 2*1 cm sobre dorso de glande de bordes regulares sin sangrado ni secreciones, extremidades asimétricas, móviles, sin edemas, frías, sin pulsos periféricos palpables, con úlcera en muñón de pie derecho de 7*9 cm sin sangrado ni secreciones, llenado capilar >3 segundos, se realizó medición de índice tobillo-brazo en 0.7.



Figura 1. Úlcera en muñón de pie derecho.

Al ingreso fue valorado por Medicina Interna y Cirugía Vascular con el fin de estandarizar enfermedad arterial periférica por lo que se solicitó angiografía de abdomen que evidenció compromiso arterial desde la aorta abdominal previo a la bifurcación de las arterias ilíacas comunes (Figura 2), posteriormente fue valorado por Urología quienes indicaron manejo conservador con curaciones por terapia enterostomal. Por los factores de riesgo, presentación clínica y hallazgos al examen físico se realizó el diagnóstico de síndrome de Leriche. Finalmente se llevó el caso a junta médica quirúrgica donde se emitió concepto de que dado al alto compromiso vascular e imposibilidad de epitelización del muñón en pie derecho se indicó amputación infracondílea como método de control de síntomas y evitar progresión de isquemia.



Figura 2. Angiografía de abdomen.

El paciente aceptó conducta por lo que se realizó amputación infracondílea de la extremidad inferior derecha (Figura 3), procedimiento que se realizó sin complicaciones. Durante la hospitalización post-quirúrgica presentó una adecuada evolución clínica con adecuada cicatrización del nuevo muñón por lo que se dio egreso con control ambulatorio por el equipo multidisciplinario, lamentablemente el

paciente no asistió a los controles y se perdió el seguimiento.

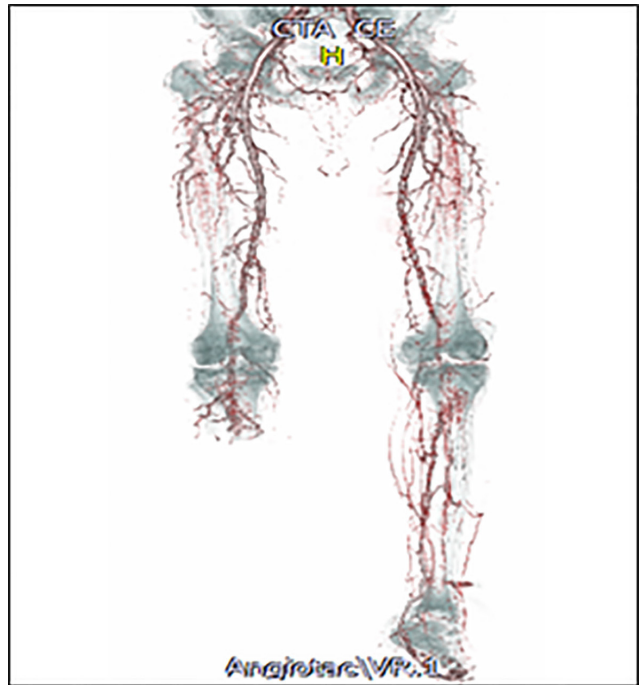


Figura 3. Arteriografía post-amputación.

Discusión

El síndrome de Leriche es una entidad subdiagnosticada² teniendo en cuenta el gran número de pacientes asintomáticos debido al sedentarismo y al desarrollo de circulación colateral², la claudicación intermitente es su principal síntoma y su morbilidad es elevada² dado el compromiso anatómico que genera en los miembros inferiores y su impacto incapacitante en la calidad de vida de los pacientes², características que concuerdan con la descripción de nuestro caso.

El síndrome de Leriche fue descrito por primera vez en 1940 por el cirujano René Leriche³, lo describió como una claudicación severa de los miembros inferiores, dolor en los glúteos, frialdad, palidez o cianosis en miembros inferiores e impotencia en varones⁵, además hace énfasis en la sospecha diagnóstica en pacientes con la triada de claudicación intermitente, impotencia sexual y ausencia de pulsos periféricos¹, triada que nuestro paciente presentó lo que condiciona la búsqueda activa de la enfermedad arterial periférica.

Esta entidad se presenta principalmente en hombres, existiendo pocos reportes entre mujeres^{3,4}, tiene incidencia entre la tercera y sexta década de la vida⁵. Existen factores de riesgo para esta patología entre los que se encuentran la hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus y tabaquismo⁴ puesto que la fisiopatología es resultado de la obstrucción ateromatosa de la aorta infrarrenal^{1, 2, 5} lo que condiciona a atrofia muscular, mala cicatrización, frialdad e isquemia crítica de las extremidades⁵ siendo estas características las evidenciadas en nuestro paciente, razón por la cual fue valorado integralmente por múltiples especialidades con el fin de confirmar el diagnóstico mediante el reporte de la angiografía y los criterios de enfermedad arterial periférica de Leriche-Fontaine (Tabla 1) para determinar la conducta y terapia a seguir, siendo desafortunado el desenlace de amputación dado que la extremidad ya no contaba con circulación que permitiera la cicatrización de su úlcera.

Tabla 1. Clasificación clínica de Leriche-Fontaine

| | |
|--|--|
| Grado I | Asintomático, detectable por índice tobillo-brazo <0.9 |
| Grado IIa | Claudicación intermitente no limitante para el modo de vida del paciente |
| Grado IIb | Claudicación intermitente limitante para el paciente |
| Grado III | Dolor o parestesias en reposo |
| Grado IV | Gangrena establecida, lesiones tróficas |
| Grado III y/o IV | Isquemia crítica, amenaza de pérdida de extremidad |
| Fuente: Tomado y adaptado de Serrano Hernando, Martín Conejero (2007). | |

Existen numerosas herramientas para el diagnóstico, siendo especialmente importante la sospecha clínica², el uso del índice tobillo-brazo, la ultrasonografía abdominal, la angiografía y angiotomografía⁵, siendo esta última opción una metodología no invasiva⁶

y de gran utilidad que permite estudiar con gran precisión y detalle estructuras pequeñas lo que permite valorar el árbol arterial en el plano axial, coronal y sagital⁶ y con esto poder definir la terapia más adecuada.

En cuanto al tratamiento, se considera el endovascular como el tratamiento de primera línea por sus menores tasas de morbilidad^{2,5}, sin embargo se tiene como opción la cirugía a cielo abierto anatómica o extraanatómica de acuerdo a las características clínicas del paciente^{2,5}. Nuestro interés con este caso supone demostrar la importancia y el valor del examen físico vascular periférico el cual con una sospecha clínica de obstrucción vascular permite intervenir oportunamente a los pacientes pudiendo evitar destinos como la amputación, según los hallazgos al examen físico se debe clasificar (Tabla 1) para establecer el tratamiento y pronóstico del paciente, haciendo especial énfasis en pacientes varones con riesgo cardiovascular elevado que manifiesten dolor o claudicación en miembros inferiores, impotencia sexual y ausencia de pulsos distales.

Conclusiones

El síndrome de Leriche es una patología pobremente diagnosticada por cursar como una entidad asintomática, pero que es frecuente detectarla en pacientes con riesgo cardiovascular elevado, con antecedente de enfermedad arterial periférica, principalmente en varones; describimos el caso de un paciente con un desafortunado desenlace al requerir de amputación de una de sus extremidades dado que su condición no fue detectada ni intervenida oportunamente, por lo que hacemos énfasis en el valor del examen físico vascular periférico para realizar una prevención activa, prevenir complicaciones y ofrecer una mejor calidad de vida a estos pacientes.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses en el presente artículo.

Referencias

1. Arnaiz García M. E., Arnaiz García J, Amado-Diago C. A., Diago Cuartero M.C., Arnaiz García A. M., García Martín A. Síndrome de obliteración aorto-iliaca: síndrome de Leriche. *Med Gen y Fam.* 2013; 2 (4): 130-1.
2. Martínez J, Díaz J. J., Luján V. P., Fernández M. R., Ramírez E. Enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche. *Rev Colomb Cir.* 2017; 32: 214-22.
3. Muñoz Chávez J. C., Solarte Pineda H, Imbachi R. Caso clínico de interés: síndrome de Leriche. *Rev Colomb Salud Libre.* 2016; 11 (1): 57-61.
4. Assaad M, Tolia S, Zughaib M. Leriche syndrome: The inferior mesenteric artery saves the lower extremity. *SAGE Open Medical Case Reports.* 2017; 5: 1-3.
5. Lee Wei-Jing, Cheng Yung-Ze, Lin Hung-Jung. Leriche syndrome. *Int J Emerg Med.* 2008; 1: 223.
6. Oviedo Gamboa I, Herbas Bernal R. I., Zegarra Sansiesteban W. Diagnóstico por tomografía del Síndrome de Leriche: reporte de un caso clínico. *Gac Med Bol.* 2013; 36 (2): 105-7.
7. Serrano Hernando F. J., Martín Conejero A. Enfermedad arterial periférica: aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60 (9): 969-82.