

Síndrome de obliteración aorto-iliaca: síndrome de Leriche

¹Arnaiz García ME, ¹Arnaiz García J, ¹Amado Diago CA, ¹Diago Cuartero MC, ¹Arnaiz García AM, ²García Martín A

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander (Cantabria)

²Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid

Paciente de 55 años de edad, fumador activo muy intenso, y con historia previa de hipertensión arterial mal controlada. Acude a nuestro centro por presentar dolor glúteo relacionado con la deambulación, de aproximadamente 2 meses de evolución, e impotencia sexual.

Tras la exploración física, se objetiva frialdad en ambas extremidades inferiores y ausencia de pulsos pedios, poplíteos y femorales bilaterales.

Inclinados hacia una precaria vascularización de ambas extremidades inferiores y la sospecha de una enfermedad arterial proximal oclusiva crónica, se realiza el cálculo del índice tobillo-brazo (ITB), que muestra valores sugerentes de isquemia crónica profunda de miembros inferiores (ITB derecho <0,5, ITB izquierdo <0,4).

Con el fin de confirmar el diagnóstico, se solicita la realización de una aortografía y arteriografía de las extremidades inferiores, que muestra una amputación completa a la altura de la aorta infrarrenal así como de ambas arterias iliacas (figura 1).

Dada la gravedad de la oclusión y los evidentes signos de disminución de la perfusión arterial distal, se decide tratamiento quirúrgico.

El paciente es sometido a cirugía de revascularización y derivación arterial periférica. Se realiza un [by-pass] aorto-bifemoral con el fin de revascularizar el territorio arterial fémoro-poplíteo distalmente a la oclusión aorto-biiliaca observada. El paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria y es dado de alta a los 7 días del ingreso.

COMENTARIO

El síndrome de obliteración aorto-iliaca, también denominado síndrome de Leriche, consiste en una oclusión completa del flujo arterial a la altura de la aorta abdominal distal y/o de la bifurcación

aorto-iliaca con afectación bilateral. Está ocasionado por el establecimiento de una enfermedad aterosclerótica oclusiva crónica. Suele afectar con mayor preferencia a varones de 35-70 años de edad.

La sintomatología principal es variable. Inicialmente puede ser una enfermedad asintomática debido a su instauración progresiva y crónica; posteriormente, a medida que la enfermedad progresa en gravedad y extensión, el paciente puede presentar síntomas como dolor al caminar, localizado en región gemelar, o más típicamente en la masa glútea (claudicación glútea), debido a que las principales ramas arteriales que vascularizan esta región parten de las arterias iliacas.

Figura 1



Además, los pacientes pueden referir pérdida del vello distal en ambas extremidades inferiores,

alteraciones ungueales a consecuencia de la precaria vascularización distal, pérdida de masa muscular (con desproporción con respecto al desarrollo muscular de las extremidades superiores), cianosis y frialdad de ambas extremidades inferiores. Todos son signos de la gravedad de la enfermedad aterosclerótica oclusiva de los territorios arteriales proximales aorto-iliacos.

En los casos de hombres afectados por esta enfermedad es infrecuente que uno de los principales síntomas sea la impotencia sexual, como consecuencia de la oclusión de las arterias iliacas (en concreto de las iliacas internas o hipogástricas), ramas arteriales encargadas de la vascularización de la región perineal y pélvica.

Su diagnóstico es principalmente clínico. Es de gran relevancia la sospecha clínica del mismo para poder dirigir la exploración a los hallazgos más característicos de la enfermedad oclusiva aorto-iliaca. La observación de ambas extremidades inferiores y los signos que sugieren disminución de la perfusión por arteriopatía periférica crónica, así como la ausencia de pulsos femorales bilaterales, hacen que esta enfermedad pueda ser diagnosticada.

La aortografía y la arteriografía de los miembros inferiores o una angio-TAC son la principales pruebas que se utilizan para confirmar el diagnóstico, así como para la valoración de la extensión de la enfermedad y la gravedad de la oclusión arterial (afectación de arterias renales o ramas mesentéricas, así como de territorios distales fémoro-poplíteos), evaluar la presencia y extensión de la circulación colateral, y determinar las posibilidades de tratamiento de la misma.

El tratamiento es médico y quirúrgico. Es de vital importancia el control de los factores de riesgo cardiovascular con el fin de evitar el avance de la enfermedad y su agravación. Los fármacos hipolipemiantes están indicados al tratarse de una enfermedad cuya etiopatogenia es la placa aterosclerótica; igualmente los fármacos antiagregantes, para evitar las complicaciones trombóticas y el agravamiento de las lesiones y síntomas.

Por otro lado, es preciso derivar el flujo y restablecer la circulación arterial en el territorio de ambas extremidades inferiores, por lo que el tratamiento quirúrgico incluye cirugía de revascularización arterial como *by-pass* aorto-bifemoral o *by-pass* extraanatómico, como el caso del *by-pass* axilo-bifemoral cuando la oclusión de la aorta se extiende

más proximalmente o la cirugía abierta abdominal esta contraindicada por comorbilidad asociada.

En casos de isquemias arteriales intensas, establecidas e irreversibles, con déficit muy grave de la perfusión distal, puede ser necesaria la amputación de la extremidad (unilateral o bilateral). Por este motivo es de vital importancia la realización de un diagnóstico precoz, que evite la extensión, agravación y avance de la enfermedad, antes de que puedan aparecer lesiones isquémicas irreversibles.

BIBLIOGRAFIA

- Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche Syndrome. *J Gen Intern Med* 2010;25:1102-4.
- Azcona-Elizalde y cols. Síndrome de obliteración aortoiliaca o síndrome de Leriche. *Medicina Interna*. Farreras-Rozman. XIII Edición; pág 639.
- Liao SL, Luthra M, Rogers KM. Leriche Syndrome. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:e11.
- Lee WJ, Cheng YZ, Lin HJ. Leriche syndrome. *Int J Emerg Med* 2008;1:223.