

Síndrome de Leriche: Informe de un caso y Revisión de la Literatura

Dr. Jesús Rivera h. y Dr. José Gómez Márquez G.

La enfermedad Oclusiva Arterioesclerótica de la Aorta Terminal, Trombosis Crónica Aortoiliaca Arterioesclerótica de la Aorta, es una entidad que ha sido informada desde 18,14, pero no fue sino Leriche, en 1940, que la definió con toda claridad y por ello tal síndrome lleva su nombre.

Tiene por objeto esta presentación el informar un caso de Síndrome de Leriche y hacer una breve revisión de la literatura.

INFORME DEL CASO

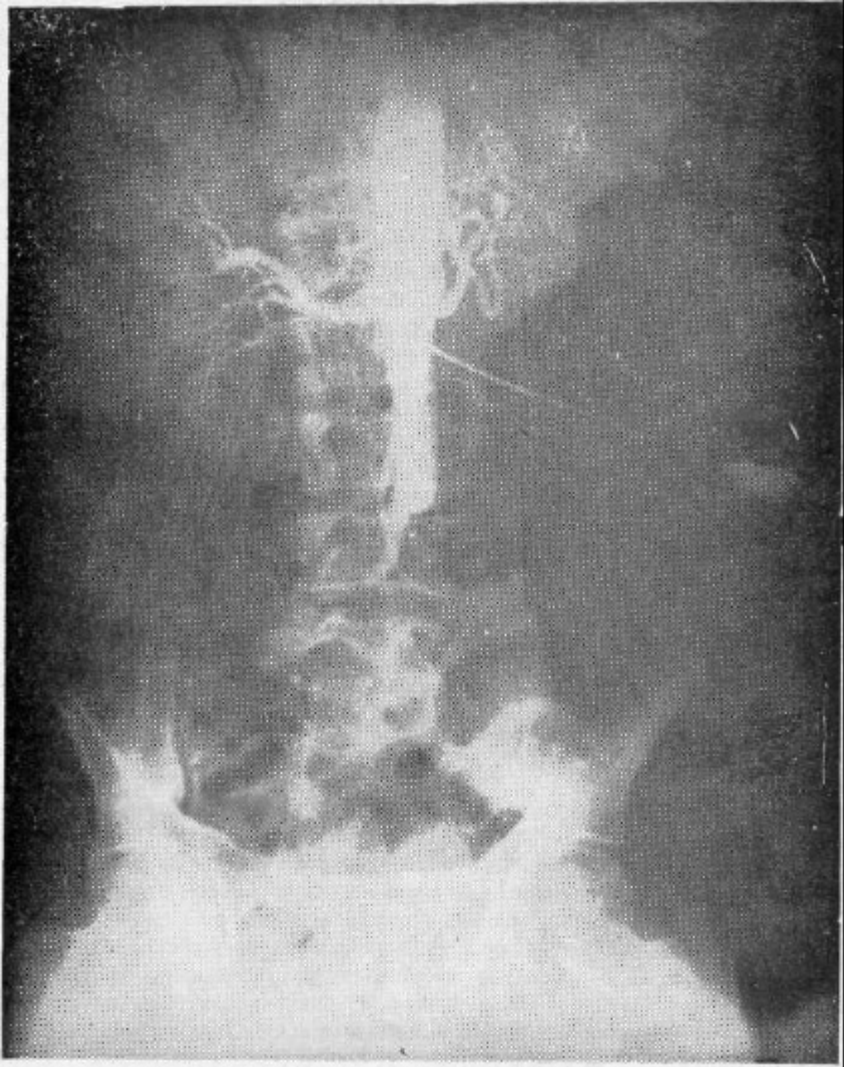
A. S. G. de 84 años de edad, ingresó al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General San Felipe (expediente N? 14626/62) el 11 de febrero de 1962, acusando; como síntoma principal, dolor en las piernas.

Se inicia su enfermedad 4 meses antes de su ingreso por pariestesias consistentes en sensación de calambre y hormigueo que le empezaba en los pies y se irradiaba a ambas regiones glúteas, fenómenos estos que se presentaban bastante frecuentemente y eran muy molestas para el paciente. Un mes después presenta dolor urente que también se inicia en los pies y se irradia hacia las regiones glúteas, de carácter continuo y exacerbado con los movimientos así también con los esfuerzos que aumentan la presión abdominal tales como la risa, .el llanto-, la defecación, etc. Desde el inicio de la afección, presente debilidad de las extremidades inferiores y franca claudicación intermitente, manifestaciones estas que lo han obligado a guardar cama en las últimas semanas previas a su hospitalización; 4 días antes de su ingreso notó franco enfriamiento de sus extremidades inferiores y pérdida de la sensibilidad táctil en ambas piernas, que lo notó al no percibir el contacto de los sujetos con las mismas.

Ha presentado también anorexia acentuada desde 2 semanas antes de su ingreso, pero no acusaba trastornos en la defecación, micción, conciencia y tampoco -elevaciones de la temperatura.

Presentaba además ortopnea de 10 años de evolución y disnea de medianos esfuerzos de 4 meses de evolución, con palpitaciones precordiales ocasionales. El resto del interrogatorio no reveló datos de importancia.

A la exploración física se encontró un paciente anciano, en muy malas condiciones generales, que permanecía en cama, en decúbito supino,



riéndole prácticamente imposible mover en forma espontánea sus extremidades inferior-es; psiquismo despejado. La presión arterial er ade 120/70. el pulso y la temperatura estaban dentro de los límites normales.

Existía opacidad bilateral de los cristalinios que impidió practicar un examen de fondo de ojos. Las venas del cuello no estaban ingurgitadas, la exploración de ambos campos pulmonares fue esencialmente negativa. La punta del corazón latía en el 5^o espacio Íntercostal izquierdo sobre la línea medio clavicular, siendo los ruidos cardíacos normales y no habían soplos o ruidos sobre agregados. El abdomen, era plano, depresible, sin puntos dolorosos si masas palpables. El hígado se encontró dentro de sus límites

normales y el bazo no era palpable ni percutible; ambos riñones eran de tamaño normal y no dolorosos a la palpación o puño-percusión; el tacto rectal reveló una próstata hipertrofiada grado II pero de consistencia normal.

Ambas extremidades inferiores presentaban un aspecto francamente cianótico que ascendía hasta el pliegue inguinal en el miembro inferior izquierdo y se detenía en el tercio inferior del muslo en el derecho; la movilidad activa era imposible y la pasiva desencadenaba dolores intensos que hacían prácticamente imposible la exploración; llamaba la atención la frialdad intensa que en el izquierdo abarcaba toda su extensión y en el derecho ascendía hasta aproximadamente el tercio del muslo. No existían pulsaciones en las arterias pedias, tibiales posteriores o poplíteas; tampoco en la femoral izquierda siendo en la derecha muy débil y de difícil percepción. No existían trastornos tróficos en ambas extremidades inferiores. La exploración neurológica reveló abolición de los reflejos osteotendinosos y cutáneos desde la cintura hacia los pies. La orina era de reacción ácida con 180 miligramos por ciento de albúmina y el examen microscópico: reveló escasos leucocitos y cilindros granulados. La hemoglobina fue de 15.4 gramos por ciento, el hematocrito de 52%; la cuenta de glóbulos blancos fue de 12.250 con 76% neutrófilos y 24% linfocitos; la reacción de V.D.R.L. fue negativa. Un aortograma practicado 2 días'-después de su ingreso reveló una detención total del medio de contraste a nivel de la bifurcación de la aorta, con opacificación de una pequeña extensión de la ílica derecha; la vascularización renal y hepática eran normales. Las condiciones generales del paciente continuaron deteriorándose y finalmente falleció al tercer día de su hospitalización, no habiendo sido posible conseguir la autorización para la autopsia.

COMENTARIO

Este paciente de 84 años de edad presentó, en los últimos 4 meses de su vida, las manifestaciones típicas del llamado Síndrome de Leriche, consistente en claudicación intermitente, debilidad acentuada de las extremidades inferiores, frialdad de las mismas y parestias muy molestas, con acentuada coloración violácea y ausencia casi completa de las pulsaciones arteriales en los miembros inferiores. Todas estas manifestaciones condujeron al paciente a un grado de postración extrema que finalmente le llevó hasta la muerte. El diagnóstico fue definitivamente confirmado por un aortograma que muestra detención del medio de contraste a nivel de la bifurcación de la aorta, llamando la atención el hecho de que la ílica primitiva derecha se llenaba parcialmente en una pequeña extensión, hecho este que está de acuerdo con los hallazgos clínicos de pulsaciones débiles en la femoral derecha y una menor extensión de la coloración violácea y del enfriamiento en el miembro inferior derecho comparado con el izquierdo.

En un paciente de 84 años debe pensarse en arterioesclerosis como el proceso responsable para el fenómeno trombótico que ocurrió a nivel de la bifurcación de la aorta y que desencadenó el cuadro clínico señalado anteriormente. Tal entidad se presenta principalmente en el sexo masculino y en adultos jóvenes, siendo este el caso de mayor edad informado en la literatura revisada.

Por una serie de circunstancias, entre ellas, la edad del paciente, su mal estado general y su fallecimiento cuando se encontraba en proceso de estudio, no se le instituyó tratamiento alguno, aunque es posible que ninguno de ellos, es decir, el médico o el quirúrgico, hubiera dado resultado ya que el grado de isquemia de las extremidades inferiores era muy avanzado, probablemente por la no formación de circulación colateral debido al proceso de arterioesclerosis generalizada.

DISCUSIÓN

La oclusión aortoiliaca crónica se ha considerado hasta ahora debido a fenómenos trombóticos que asientan en lesiones de arteroesclerosis o arterioesclerosis; sin embargo, ocasionalmente se encuentran fuertes adherencias de los tejidos circunvecinos al vaso ocluido, lo que hace sugerir a algunos autores que es el proceso inflamatorio perivascular el responsable de la oclusión.

El curso de esta enfermedad varía según exista un proceso de arterioesclerosis generalizada o de una lesión aparentemente localizada a nivel de la bifurcación de la aorta. En general, la extensión de los cambios es directamente proporcional a la edad, sin embargo, existen pacientes jóvenes con lesiones extensas y avanzadas, así como en otros en la 6a. o 7a. década de la vida que muestran lesiones aortoiliacas localizadas con ninguna o mínimos cambios degenerativos en otros lugares de la economía. Los pacientes con lesiones difusas de los vasos de las extremidades inferiores; muestran cambios estructurales: isquémicas en las porciones distales de los mismos casi tan pronto como los síntomas comienzan, en cambio, en los que la lesión se localiza únicamente a nivel de la bifurcación aórtica, pueden tener síntomas muy evidentes mucho antes que el deterioro tisular se manifieste. Un curso benigno y prolongado resulta del desarrollo gradual de oclusión completa de la bifurcación aórtica sin oclusiones adicionales o estenosis por arriba o debajo de esa área; en tales pacientes los síntomas de deficiencia de circulación en las extremidades inferiores únicamente se manifiestan cuando caminan, corren, o suben escaleras o gradas, siendo la claudicación intermitente el síntoma más sobresaliente por largos períodos. En cambio, cuando los cambios degenerativos están presentes en las arterias distales a la bifurcación aórtica, el progreso de la enfermedad es siempre más: rápido y los períodos durante los cuales el paciente se queja de claudicación intermitente, son cortos.

En ambos casos la enfermedad es esencialmente progresiva aún en las formas más localizadas, en las que tal progreso puede ser debido a la extensión del proceso de arterioesclerosis, estenosis y obstrucción de las arterias inmediatamente por debajo de la bifurcación aórtica o bien del crecimiento del coágulo hacia arriba, que en esta forma obstruye los vasos lumbares que sirven como colaterales eficientes; sin embargo, esta progresión hacia arriba es compensada por la formación de nuevos vasos colaterales hasta que finalmente se obstruyen una o las dos arterias renales, conduciendo a un hipertensión maligna por lesión renal unilateral o a la anuria respectivamente.

El cuadro clínico de la oclusión no complicada, se caracteriza por:

- a) Impotencia sexual, por falta de llenado de los cuerpos esponjosos, que tienden a ser permanente en poco tiempo si la enfermedad cursa libremente.

- b) Claudicación intermitente, que es el síntoma inicial en la mayoría de los enfermos.
- c) Fatiga intensa de los miembros inferiores, consistente en debilidad brusca que llega hasta la cintura, fenómeno que puede manifestarse con solo que el paciente se mantenga en posición erecta.
- d) Atrofia de las extremidades inferiores, signo a veces difícil de apreciar en vista de que no existe punto de comparación.
- e) Ausencia de trastornos tróficos de la piel, como también en las uñas y dedos de los pies, sin embargo, la cicatrización es tórpida o nula.
- f) Palidez de piernas y pies que puede manifestarse aún en posición erecta y que de acentúa al levantar las piernas.
- g) Frialdad de los pies y las piernas, síntoma que no suela ser molesto ni constante.
- h) Dolores nocturnos con los miembros en reposo, muy intensos sobre todo en los casos que hay infección o gangrena.
- i) Ausencia de las pulsaciones arteriales periféricas, con lecturas oscilométricas patognomónicas de trombosis oclusiva de la aorta abdominal.

Cuando el coágulo crece hacia arriba, como ya fue señalado anteriormente, puede obstruirse una de las arterias renales evolucionando el paciente con un cuadro de hipertensión maligna por lesión renal unilateral, o bien obstruir ambas arterias renales conduciendo a una anuria. Complicaciones de esta naturaleza han sido excelentemente informadas por Martorell y colaboradores-Las enfermedades cardíacas, hipertensión, trombosis cerebral o anemia, están presentes en el 75% de los casos y se consideran como parte de un pro-eco generalizado de la enfermedad arterial.

El diagnóstico de la oclusión aortoiliaca crónica no ofrece dificultad alguna cuando los síntomas o signos están todos presentes, pero es muy importante hacer un diagnóstico precoz con el objeto de instituir también precozmente un tratamiento adecuado. El dolor y la claudicación intermitente se presenta como manifestación inicial en una gran mayoría de pacientes, y a pesar de las características distintivas de la claudicación intermitente, algunos de esto; pacientes son tratados por artritis degenerativa de la columna lumbar, neuritis periférica o ruptura de disco intervertebral por bastante tiempo antes de que el diagnóstico se efectúe. En otros casos el síntoma inicial es una sensación de adormecimiento y fatiga intensa de los miembros inferiores, manifestaciones que también pueden presentarse en pacientes con anemia severa o en individuos de vida sedentaria durante caminatas o ascensas no acostumbrados; tal debilidad de las extremidades inferiores asociada a la falta del poder sexual es también manifestación del Síndrome de Dejerine, estado patológico caracterizado por la oclusión progresiva de las arterias de la parte inferior de la médula espinal.

La información obtenida por el examen físico es de importancia para establecer el diagnóstico de esta entidad con las insuficiencias arteriales por lesiones vasculares por debajo de la bifurcación de la aorta y que también pueden producir debilidad de las extremidades inferiores y claudicación intermitente, tales como la Arterioesclerosis obliterante y la trombo-angitis obliterante. También la exploración física minuciosa permite establecer el diagnóstico diferencial con el aneurisma de la aorta abdominal y la coartación de la aorta, por los signos que son peculiares a estas dos afecciones.

Sin embargo, el principal problema diagnóstico que se plantea es distinguir la trombosis de la embolia. La evolución de la Trombosis de la aorta abdominal es paulatina, es decir, que los síntomas aparecen poco a poco, lo que contrasta con el émbolo que cabalga en la bifurcación, cuya víctima bruscamente se siente atacada por dolores intensos y cianosis de las extremidades inferiores; desafortunadamente existen casos de Trombosis que pueden manifestarse también con una sintomatología de evolución aparentemente aguda.

Por otra parte, en casi todas las oclusiones embólicas de la aorta terminal hay antecedentes de estenosis mitral, fibrilación auricular o infarto del miocardio, y también antecedentes de fenómenos embólicos viscerales y de las extremidades Superiores, lo que puede ayudar a establecer el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico de Síndrome de Leriche se confirma con el aortograma que da una imagen indudable de las lesiones, de su extensión y de la red de anastomosis.

El tratamiento de la Trombosis aortoiliaca crónica es quirúrgico y médico. El tratamiento quirúrgico ha sido sometido a múltiples revisiones e innovaciones en vista de los numerosos fracasos que en gran parte se han debido a la falta de un criterio rígido para la selección del paciente y de la intervención a practicar, ya que la sola presencia de una enfermedad oclusiva vascular no se considera como indicación para la operación. En términos generales, una aterosclerosis generalizada hace suponer fracasos, cualquiera sea el método quirúrgico empleado, de ahí la necesidad de hacer una evaluación cuidadosa del estado de la circulación coronaria, cerebral y renal.

Aún después de lograda tal evaluación, queda todavía determinar el estado de los vasos arteriales por debajo de la oclusión, no existiendo hasta la fecha método alguno para lograrlo, sino la exploración, que debe efectuarse durante el acto quirúrgico. En cambio, las condiciones de la arteria por arriba de la obstrucción pueden ser determinadas por el aortograma y también supuestas si el paciente tiene o no hipertensión arterial que nos indica la ausencia o presencia de lesiones a nivel de las arterias: renales o en sus orígenes.

Son varios los procedimientos quirúrgicos que hasta ahora han sido empleados, entre ellos tenemos la simpatectomía lumbar, la Trombo-endarterectomía, la resección de la bifurcación de la aorta y de la zona trombótica y el empleo de injertos.

Los beneficios obtenidos con la simpatectomía lumbar bilateral son limitados y este procedimiento no puede sustituir los otros encaminados al reestablecimiento de la circulación; el efecto beneficioso de la simpatectomía se debe a la liberación del reflejo arterial espasmódico secundario y a la disminución de la resistencia periférica que conduce a un aumento del flujo sanguíneo hacia la piel de las extremidades. Este método debe emplearse como coadyuvante de los otros procedimientos quirúrgicos o bien en aquellos pacientes en los que la intervención directa hacia la zona trombótica es por cualquier circunstancia, imposible.

La Tromboendarterectomía sigue siendo un procedimiento de gran valor sobre todo en los pacientes con oclusión segmental corta, sin embargo, la morbilidad post operatoria inmediata y tardía, es relativamente alta y consistente en la formación de picudo aneurismas y la retrombosis.

La resección de la bifurcación de la aorta y la zona trombosada tiene una doble finalidad: eliminar la Trombosis y evitar el proceso de su formación, que sería fatal de otro modo; también elimina la zona de irritación, la cual es el punto de partida de los impulsos vasoconstrictores que producen el vaso-espasmo en las vías periféricas permeables. Este procedimiento está abandonado en la actualidad en vista de la dificultad de cerrar el extremo proximal de la aorta y mantener la circulación colateral permeable, y también por el advenimiento de procedimientos más razonables.

El empleo de injertos ha sido un gran paso en el tratamiento de esta enfermedad; se usaron inicialmente los injertos homólogos, que rápidamente fueron sustituidos por prótesis de nylon, después de teflon y más recientemente de dacron. Son muchos los procedimientos y técnicas empleadas para su implantación pero no es del caso su descripción aislada. La Trombosis del injerto o de los vasos proximales o distales al mismo, constituye la principal causa de morbilidad en este procedimiento, pero los resultados favorables obtenidos son tan alentadores, que constituye en la actualidad el de elección para un buen número de casos de Síndrome de Leriche.

En vista de los numerosos fracasos quirúrgicos y de la existencia de pacientes en los cuales cualquier intervención está formalmente contraindicada, se ha recurrido al tratamiento médico, considerado por algunos autores, el de elección. Uno de los primeros procedimientos médicos empleados fue el de presiones alternas, abandonado por el mucho tiempo requerido para alcanzar la mejoría. Actualmente se emplea la terapéutica anti-coagulante, vaso-dilatadora y relajante muscular, junto con regímenes dietéticos que restringen los alimentos ricos en colesterol.

En resumen, se presenta un caso de Trombosis Aortoiliaca o Síndrome de Leriche, probablemente el primero informado en Honduras, y se hace una revisión de tal entidad nosológica, considerando su etiología, patología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—PAUL, G. J.: The Leriche Syndrome. *New York State J. Med.*, 58:2037, 1958.
- 2.—MARTORELL, F.: Arteriesclerosis of the Aorta with Thrombotic Occlusion of the Main Trunks. *Angiology*, 10:64, 1959.
- 3.—LAUFMAN, H.: Chronic Occlusion of the Aorta and the Iliac Arteries. *The Surgical Clinic Of N. A.* 40:139, 1960.
- 4.—LOPEZ-DELMAS, T.: Tratamiento Médico de la Trombosis Aortoiliaca. *Angiología*, 10:201, 1958.
- 5.—MARTORELL, F.: Anuria como Causa de Muerte en la Trombosis Aortoiliaca Ascendente. *Angiología*, 12:206, 1960.
- 6.—MARTORELL, F.: Trombosis Ascendente Aortoiliaca Mortal. *Angiología*. 9:55, 1960.
- 7.—PALOU, J.: Hipertensión Arterial Maligna por Trombosis Aortoiliaca Ascendente. *Angiología*, 12:95, 1960.
- 8.—WHITMAN, E. J.: Surgical Management of Aorto-Iliac Vascular Disease. *J.A.M.A.*, 179:923, 1962.
- 9.—WINSOR, T.: *Peripheral Vascular Diseases*. Pág. 573, 1959.
- 10.—PONS, P.: *Patología y Clínica Médica*. Pág. 842, 1958.