

SÍNDROME DE LERICHE: PRESENTACIÓN INUSUAL DE ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA EN AMÉRICA LATINA

Leriche Syndrome: a rare presentation of arterial occlusive disease in Latin America

Autores:

Esteban Portilla-Rojas, MS¹,
Victoria Torrez, MS¹, Sofía
Avendaño, MS¹, Santiago Andrés
Suárez-Gómez, MD¹, Valeria
Fula Reina, MS¹, Melissa Rivero
Rincón, MS¹, Luis F Cabrera-
Vargas, MD, MSc²

¹Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Javeriana, Bogotá,
Colombia.

²Departamento de Cirugía Vascular,
Universidad Militar Nueva
Granada, Bogotá, Colombia.

Autor para correspondencia:

Esteban Portilla-Rojas
eportilla6240@gmail.com

RESUMEN

El síndrome de Leriche es una enfermedad crónica de oclusión arterial que afecta principalmente la porción inferior de la aorta abdominal y la bifurcación de la arteria íliaca. Se presenta un paciente de sexo masculino y 53 años con claudicación glútea, disfunción eréctil y ausencia de pulso femoral. El paciente tenía historia de hipertensión y tabaquismo intenso. El examen físico no mostró úlceras, y el tiempo de llenado capilar distal fue mayor a 10 segundos. Los exámenes complementarios informaron hallazgos normales. Debido a la presentación, se sospechó el síndrome de Leriche y se realizaron angiografías por tomografía computarizada en el área toracoabdominal y en las extremidades inferiores, que revelaron una obstrucción completa de la bifurcación aórtica inferior y compromiso de la arteria íliaca. Se optó por un abordaje retroperitoneal para realizar un puente aortobifemoral. El paciente presentó buena evolución posoperatoria, con recuperación satisfactoria.

Palabras clave: *síndrome de Leriche, enfermedad aortoiliaca, cirugía vascular.*

ABSTRACT

Leriche syndrome is a chronic arterial occlusive disease that primarily affects the lower abdominal aorta and iliac artery bifurcation. We present the case of a 53-year-old male with a classical Leriche triad of gluteal claudication, erectile dysfunction, and the absence of a femoral pulse. The patient had a history of hypertension and heavy smoking. Physical exam showed no ulcers. Distal capillary fill was greater than 10 seconds. Complementary exams reported normal findings. Leriche syndrome was suspected, and thoracoabdominal computed tomography angiography and lower limb computed tomography angiography were performed, revealing complete occlusion of the lower aortic bifurcation and iliac artery involvement. A retroperitoneal approach for bifemoral aortic bypass was performed. The patient had an optimal postoperative period and recovery.

Keywords: *Leriche syndrome, aortoiliac occlusive disease, vascular surgery*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad arterial oclusiva crónica que afecta a la aorta infrarrenal, las arterias ilíacas y los vasos femoropoplíteos se conoce comúnmente como síndrome de Leriche (SL). Los síntomas clásicos, conocidos como la tríada de Leriche, incluyen la ausencia de pulsos femorales, claudicación intermitente e impotencia sexual¹.

Aún se desconocen la incidencia y la prevalencia exactas del SL. Sin embargo, la incidencia aumenta en presencia de diversos factores de riesgo, como el sexo masculino, la edad avanzada (≥ 50 años), la aterosclerosis, las dislipidemias, el tabaquismo y las diabetes^{1,2}. Sólo el 10% de los pacientes con SL presentan síntomas, lo que indica que la enfermedad se encuentra avanzada y limita la selección del tratamiento³.

Por lo tanto, el diagnóstico temprano es crucial para mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el riesgo de resultados desfavorables, como el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular e incluso la muerte^{1,2}.

El objetivo de la comunicación de este caso clínico es mostrar la importancia de un diagnóstico preciso y un enfoque terapéutico óptimo para mejorar los resultados del SL en la población latinoamericana.

REPORTE DE CASO

Paciente de 53 años de sexo masculino que acude al servicio de urgencias de un hospital local por cuadro clínico de 7 días de evolución con claudicación glútea y disfunción eréctil. En el transcurso de la última semana, la claudicación había progresado hasta un punto en que persistía incluso durante los períodos de descanso, razón por la cual decide consultar al servicio de urgencias. Tenía historia de

hipertensión arterial y tabaquismo excesivo, con un índice paquetes-año (IPA) de 20. Los signos vitales iniciales indicaban hipertensión de grado II (140/82 mmHg). Al examen físico, los pulsos femorales se encontraban ausentes y el tiempo de llenado distal fue de 10 segundos. El paciente presentaba claudicación glútea y de las extremidades inferiores, que se manifestaba incluso después de recorrer una distancia de 50 metros y era concomitante con disfunción eréctil. Cabe destacar que no presentaba úlceras en las extremidades inferiores ni signos de necrosis en los dedos de los pies.

Se llevaron a cabo pruebas de laboratorio, con los siguientes resultados: hemoglobina de 14,8 g/dL, recuento de plaquetas de 253.000/mm³, concentración sérica de creatinina de 1,04 mg/dL, recuento de leucocitos de 11.500/mm³ y una razón internacional normalizada (INR, por su sigla en inglés) de 1,01. Además, se realizaron un electrocardiograma y una radiografía de tórax, ambos con hallazgos normales.

Dada la presencia de la tríada clínica clásica de SL en un paciente con antecedentes de tabaquismo, se procedió a realizar una angiografía por tomografía computarizada toracoabdominal (ATC-TA) y una ATC de miembros inferiores (ATC-MI). Los resultados de la ATC-TA revelaron una oclusión completa crónica (OCC) de la bifurcación aórtica, con afectación de las arterias ilíacas comunes (*Imagen 1*). Además, la ATC-MI indicó la ausencia de lesiones vasculares macroscópicas (*Imagen 2*). Con base en estos hallazgos, se estableció un diagnóstico de enfermedad oclusiva aortoiliaca clasificada como tipo D según el Consenso Inter-Societario Transatlántico II (TASC II, por su sigla en inglés), con oclusión total con afectación de las arterias ilíacas bilaterales.

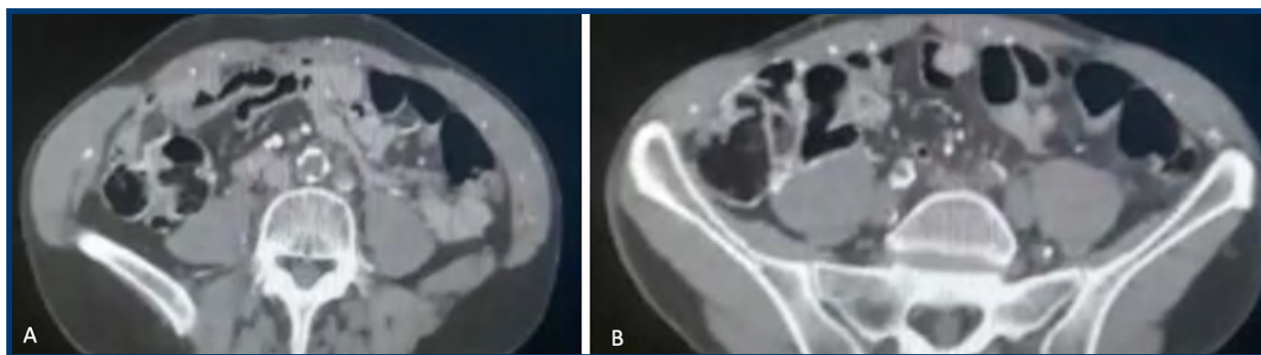


IMAGEN 1. Angiografía por tomografía computarizada toracoabdominal. Evidencia de oclusión crónica completa de la aorta infrarrenal (A) y la bifurcación aórtica, y afectación de las arterias ilíacas comunes (B).



IMAGEN 2. Angiografía por tomografía computarizada de miembros inferiores. No se evidencian lesiones vasculares macroscópicas.

Con base en la edad del paciente y el menor riesgo de mortalidad perioperatoria asociado con el procedimiento se optó por realizar un puente aórtico-bifemoral retroperitoneal (BFAB, por su sigla en inglés), en lugar de la reconstrucción endovascular cubierta de la bifurcación aórtica (CERAB, por su sigla en inglés) (*Imagen 3*). No fue necesario realizar ninguna reintervención y no se observaron signos de infección del sitio operatorio (ISO). El paciente permaneció en la unidad de cuidados intensivos

durante un día para monitorización posoperatoria antes de ser hospitalizado en sala común durante tres días. El paciente se abstuvo por completo de fumar y mantuvo el régimen farmacológico COMPASS-VOYAGER, que incluía la administración diaria de aspirina 100 mg, atorvastatina 40 mg y rivaroxabán 2,5 mg cada 12 horas de manera indefinida. Después de la cirugía, el paciente no volvió a presentar síntomas de claudicación, con la reaparición de pulsos femorales y pedales.

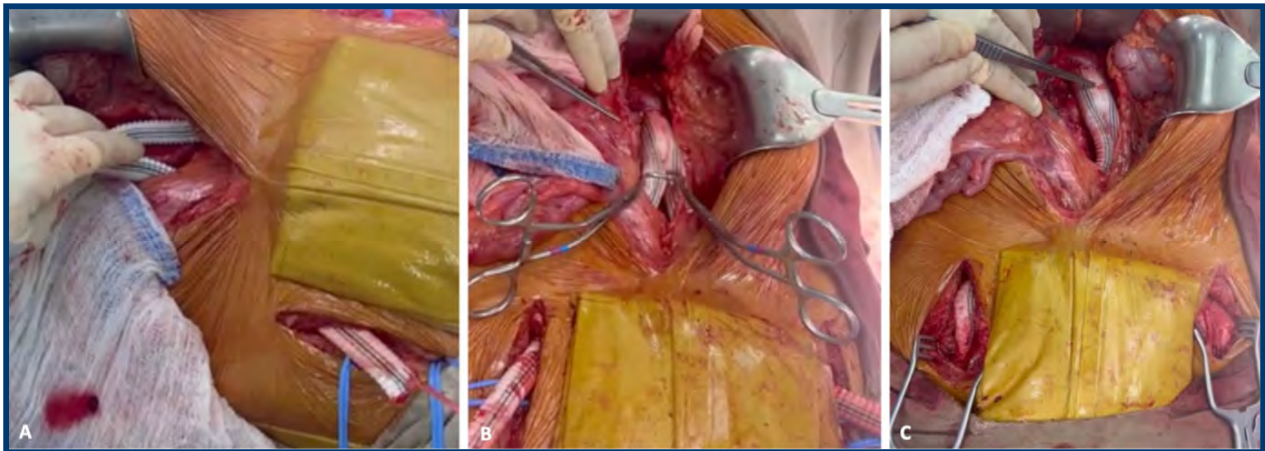


IMAGEN 3. Procedimiento de puente aortobifemoral retroperitoneal. **A.** Creación del túnel iliaco retroperitoneal y paso del injerto aortobifemoral. **B.** Anastomosis aórtica proximal. **C.** Puente aortobifemoral final con injerto de Dacrón bifurcado.

DISCUSIÓN

El SL se manifiesta predominantemente en pacientes de sexo masculino con edades comprendidas entre la tercera y la sexta décadas de vida. Se caracteriza por la tríada sintomática clásica descrita en la introducción. Sin embargo, existen casos en los que la disfunción eréctil y la claudicación pueden estar atenuados debido a la presencia de circulación

colateral. Debido a esto, la ausencia de pulsos femorales se destaca como el síntoma primario a investigar en pacientes en quienes se sospecha SL⁴.

Un estudio retrospectivo reveló que el 82,8% de los pacientes con SL tienen historia reciente de consumo de tabaco, el 63,2% presentaban dislipidemia y el 55,2% tenían hipertensión arterial⁵. Estas variables son de importancia significativa a la hora de brindar

asesoramiento a los pacientes, debido a que una hipertensión mal controlada aumenta el riesgo de enfermedad arterial periférica (razón de momios [OR, por su sigla en inglés]: 1,75; intervalo de confianza del 95% [IC95%, por su sigla en inglés]: 0,97-3,13), tabaquismo (OR: 4,46; IC95%: 2,25-8,84) e hipercolesterolemia (OR: 1,68; IC95%: 1,09-2,57)⁶. Por otra parte, el daño endotelial crónico y la inflamación de los segmentos aortoiliacos pueden causar una estenosis significativa, con un estrechamiento de más del 50% de la luz total en estos segmentos².

En América Latina, el tabaquismo es un problema de salud pública. En un estudio realizado en Colombia en el 2007 entre 663 703 escolares, se observó una edad estimada de inicio en el consumo de tabaco de 11,9 años, con una prevalencia de grado de consumo de entre 7,4% y 34,1%⁷. Por lo tanto, es imperativo fortalecer políticas de salud públicas que contribuyan a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el consumo de tabaco, en particular cuando este comienza a una edad temprana.

Una historia clínica y un examen físico completos son esenciales para la sospecha y el diagnóstico de SL. Sin embargo, los hallazgos radiológicos obtenidos por ATC son fundamentales para lograr una caracterización más precisa del defecto luminal, lo que facilita el diagnóstico y la clasificación de SL. La ATC demuestra una sensibilidad y especificidad superiores al 95% para detectar estenosis u oclusión dentro de los segmentos aortoiliaco y femoropoplíteo, aunque su rendimiento es menor en los segmentos infrapatelares. La realización de un electrocardiograma en pacientes con sospecha SL es crucial, ya que entre el 10% y el 71% de estos pacientes pueden presentar arteriopatía coronaria de manera simultánea^{3,4}.

Con respecto al manejo del LS, Antonello y cols. realizaron, en el 2019, un análisis comparativo para evaluar la eficacia de la reparación quirúrgica abierta versus la reparación endovascular con *stents* cubiertos autoexpandibles para el tratamiento de lesiones aortoiliacas de tipos C y D complejas según el TASC II en una cohorte de 114 pacientes. En 58 de estos pacientes se realizó una CERAB, con una estancia hospitalaria más corta (2,6 versus 8,6 días) y estancias en UCI reducidas (0,1 días versus 0,9 días) en comparación con los 56 pacientes en quienes se realizó una BFAB⁸. Sin embargo, cabe mencionar que tanto el grupo BFAB como el CERAB mostraron tasas de permeabilidad primaria similares (87,3% y 81,4%, respectivamente), así como tasas comparables de salvamento de la extremidad (98,9% y 98,4%, respectivamente). Esta

tendencia persistió incluso entre el subconjunto de pacientes más jóvenes, los menores de 60 años⁸.

En un estudio retrospectivo realizado por Fujimura y cols., se realizó una comparación de los desenlaces clínicos entre BFAB y CERAB en 436 pacientes con oclusión total crónica de la aorta abdominal infrarrenal. El estudio reveló que CERAB también condujo a una reducción significativa de la duración de la estancia hospitalaria en aproximadamente 10 días. Sin embargo, las tasas de éxito de los procedimientos fueron más altas y comparables, con una tasa de éxito del 98,9% para CERAB en comparación con el 96,6% para BFAB. De manera similar, la incidencia de complicaciones fue del 9,1% para CERAB y del 12,3% para BFAB, mientras que las tasas de mortalidad fueron del 2,3% y 3,8%, respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento⁹.

Un estudio retrospectivo monocéntrico realizado por Smith y cols., analizó los desenlaces del tratamiento de pacientes con lesiones TASC II de tipo D en quienes se realizó BFAB o CERAB. Las principales indicaciones quirúrgicas fueron claudicación en el 55,6% de los pacientes, dolor en reposo en el 28,3% y pérdida de tejido en el 16,2%. El estudio demostró que los pacientes tratados con CERAB tuvieron estancias hospitalarias más cortas y menor tasa de infección de sitio operatorio en comparación con los tratados con BFAB (8,0 versus 37,5%, respectivamente). Sin embargo, los pacientes tratados con BFAB mostraron tasas de permeabilidad primaria a cinco años significativamente más altas en comparación con quienes se trataron con CERAB (88,1% versus 50,8%, respectivamente), así como tasas superiores de supervivencia a cinco años (100% versus 76,5%, respectivamente)¹⁰.

Es importante enfatizar resaltar que los pacientes tratados con cirugía presentan claudicación incapacitante inducida por el reposo que no responde a las intervenciones médicas o isquemia que amenaza las extremidades. El cese del tabaquismo antes de la cirugía es obligatorio para disminuir las tasas de recurrencia y la necesidad de reintervención. El abordaje de CERAB fue diseñado para pacientes con lesiones de tipo C y D según el TASC II. Esta técnica resulta ventajosa para minimizar la mortalidad perioperatoria en pacientes mayores de 65 años, pero su permeabilidad a 10 años no está bien establecida. Por lo tanto, los pacientes más jóvenes aptos para la cirugía son mejores candidatos para la intervención BFAP para el tratamiento de SL.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones, al tratarse de un estudio monocéntrico, observacional

y descriptivo de un caso único presentado. Sin embargo, comunicar casos de interés es importante para dar un primer paso hacia la creación de una base de datos multicéntrica para estudios futuros tanto en Colombia como en América Latina. Esto permitirá un mejor enfoque en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de esta condición en nuestra población.

CONCLUSIÓN

El SL como presentación inusual de la enfermedad oclusiva arterial es una condición clínica importante en la cual el enfoque clínico es crucial para un manejo óptimo. En pacientes con SL de edad no avanzada y condiciones favorables para la cirugía, el puente aorto-bifemoral abierto se presenta como un enfoque más efectivo para una cura definitiva, ya que demuestra una mejor permeabilidad a largo plazo en comparación con el tratamiento endovascular.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Rozo-Ortiz E, Vargas-Rodríguez L, Agudelo-Sanabria M. Síndrome de Leriche. *Med Interna México*. 35(4):627–31.
2. Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche Syndrome. *J Gen Intern Med*. 2010;25(10):1102–4.
3. Rodríguez SP, Sandoval F. Aortoiliac occlusive disease, a silent syndrome. *BMJ Case Rep*. 2019;12(7):e230770.
4. Wooten C, Hayat M, Du Plessis M, Cesmebasi A, Koesterer M, Daly KP, et al. Anatomical significance in aortoiliac occlusive disease: Anatomical Significance in Aortoiliac Occlusive Disease. *Clin Anat*. 2014;27(8):1264–74.
5. Lecot F, Sabbe T, Houthoofd S, Daenens K, Fourneau I. Long-term Results of Totally Laparoscopic Aortobifemoral Bypass. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2016;52(5):581–7.
6. Selvin E, Erlinger TP. Prevalence of and Risk Factors for Peripheral Arterial Disease in the United States: Results From the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. *Circulation*. 2004;110(6):738–43.
7. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. *Biomédica*. 2011;30(4):509.
8. Antonello M, Squizzato F, Bassini S, Porcellato L, Grego F, Piazza M. Open repair versus endovascular treatment of complex aortoiliac lesions in low risk patients. *J Vasc Surg*. 2019;70(4):1155–1165.e1.
9. Fujimura N, Takahara M, Obara H, Ichihashi S, George RK, Igari K, et al. Comparison of Aortobifemoral Bypass and Endovascular Treatment for Chronic Infrarenal Abdominal Aortic Occlusion From the CHAOS (Chronic Abdominal Aortic Occlusion, A Sian Multicenter) Registry. *J Endovasc Ther*. 2023;30(6):828–37.
10. Smith AH, Beach JM, Dash S, Rowse J, Parodi FE, Kirksey L, et al. Comparison of Aortobifemoral Bypass to Aortoiliac Stenting with Bifurcation Reconstruction for TASC II D Aortoiliac Occlusive Disease. *Ann Vasc Surg*. 2022;81:120–30.