

Síndrome de Leriche

María Marta Maciulis, Jorge Tiscornia, Cynthia Niebieski y Edgardo Chouela

RESUMEN: Se presenta un paciente de 53 años de edad, con una solución de continuidad en hálux izquierdo, refiriendo flogosis y secreción seropurulenta de tres semanas de evolución y posterior tratamiento con antibióticos y exéresis de la uña.

La semiología evidenció palidez, frialdad y ausencia de pulsos en ambos miembros inferiores y el interrogatorio reveló claudicación intermitente de los miembros e impotencia sexual, llegándose así al diagnóstico de síndrome de Leriche, confirmando posteriormente con la arteriografía la alteración vascular.

El interés de la presentación es destacar la importancia de la semiología completa en el consultorio de dermatología para realizar el diagnóstico temprano de una patología vascular, dado que frecuentemente es a esta especialidad donde los pacientes realizan la primera consulta.

Palabras clave: síndrome de Leriche – vasculopatía – semiología.

SUMMARY: A 53 year old patient presented with a 3 weeks history of an injury on the left hallux. She had undergone a nail excision and antibiotic treatment. Both lower limbs revealed pallor, cold skin and absence of pulse. Included intermittent claudication and sexual impotence. The working diagnosis of Leriche syndrome was confirmed by arteriography.

We emphasize the importance of performly a through physical examination in our dermatologic practice in order to make an early diagnosis of vascular diseases.

Arch. Argent. Dermatol. 52:71-75, 2002

INTRODUCCION

El síndrome de Leriche es una alteración vascular crónica producida por una obstrucción gradual aorto-iliaca, lo que produce una falta de riego en el territorio de miembros inferiores. Al igual que todo síndrome está compuesto por signos y síntomas, que en este caso son: claudicación intermitente (dolor isquémico e impotencia muscular) de los glúteos, muslos o pantorrillas, disminución o ausencia del pulso en las arterias femorales, palidez y frialdad en las piernas, impotencia sexual y, en algunas ocasiones, la auscultación de soplos en el abdomen y sobre las arterias femorales^{1,2}. Es común la pérdida de vello en las extremidades inferiores, atrofia de la piel y del tejido celular subcutáneo, así como la reducción de la masa muscular^{3,4}.

El diagnóstico de la patología vascular puede ser posible basándonos tan sólo en la anamnesis y en la exploración física, dos fases importantísimas de la práctica clínica que debemos considerar en todo paciente con patología en la piel⁴.

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino, 53 años de edad, argentino.

Antecedentes personales: fumador de 20 cigarrillos por día desde hace 40 años. Hipertensión arterial no trata-

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Unidad de Dermatología.

Recibido: 8-2-2002.

Aceptado para publicación: 8-3-2002.

da. Dolor en muslos y pantorrillas (claudicación intermitente) a los 100 metros de marcha y al decúbito dorsal en los últimos dos años. Impotencia sexual. Calambres nocturnos. Sedentarismo.

Enfermedad actual: comenzó hace tres semanas con inflamación periungular del primer dedo del pie izquierdo. Recibió tratamiento con ciprofloxacina vía oral evolucionando con supuración de dicho dedo. Concorre a un centro de primeros auxilios donde le realizan exéresis de la uña. Refiere desde aquel momento dolor punzante en dicha zona, con irradiación ascendente, que se exacerba al decúbito supino y le impide conciliar el sueño. No refiere fiebre.

Examen físico: palidez y frialdad de ambos miembros inferiores. Flogosis del hálux izquierdo con oniquia y presencia de secreción sero-purulenta en el lecho ungular. Onicocausis y discromía de las nueve uñas restantes (Fig. 1). Máculas puntiformes negro-azuladas a predominio de últimas falanges del pie izquierdo. Disminución del vello y de la masa muscular en las piernas. Ausencia de pulsos pedios, poplíteos y femorales bilaterales. No se palpan adenomegalias. Sensibilidad conservada. Temperatura 36,6° C. TA 160/100. Glucemia 90 mg/dl.

Diagnóstico presuntivo: síndrome de Leriche. Epidermodermatitis microbiana y escaras necróticas secundarias a déficit arterial.

Conducta: se interna al paciente en el Servicio de Cirugía Vascular con diagnóstico de isquemia crítica de miembros inferiores para evaluación quirúrgica. Se realiza arteriografía que revela **enfermedad del carrefour aórtico y oclusión bifemoral con abundante depósito de calcio en las paredes arteriales**. Se inicia antibioticoterapia y se realiza endarterectomía.

Evolución: la piel del pie presentó flictenas y progre-



Fig. 1: Signos del síndrome de Leriche y lesión del hálux que motivó la consulta.

Fig. 2: Evolución: gangrena.



sión de los focos necróticos instalándose una gangrena que requirió amputación supracondílea (Fig. 2).

COMENTARIO

La oclusión de la aorta terminal puede producirse de forma gradual, como consecuencia de aterosclerosis progresiva, o súbitamente, a causa de trombosis o embolia arterial. El momento de aparición y gravedad de los síntomas está en relación con la enfermedad subyacente que produce la oclusión, y también con el estado de la circulación colateral⁴. La estenosis lentamente progresiva de la aorta abdominal puede desarrollarse a lo largo de varios meses o años, y la causa más frecuente es la arte-

riosclerosis obliterante¹⁻⁴.

Es característica de este síndrome, descrito por Leriche, la existencia de claudicación en la parte baja de la espalda, nalgas y muslos. También puede haber dolor isquémico en las pantorrillas y los pies, aunque la ubicación distal de éste no suele ser un síntoma constante. El dolor producido al principio sólo por el ejercicio puede llegar a notarse en reposo al progresar la enfermedad, acentuándose al decúbito supino por perder el beneficio de la fuerza de la gravedad. Es frecuente que el hombre presente impotencia sexual¹³⁴. La disminución o ausencia de los pulsos en ambas arterias femorales y en localizaciones más distales es característica (Tabla I).

TABLA I
SINTOMATOLOGIA CLINICA DE LA ARTERIOSCLEROSIS PERIFERICA SEGUN EL NIVEL DE OCLUSION ARTERIAL

Oclusión aórtica	Claudicación lumbar, de muslo y de cadera.
Oclusión iliaca	Claudicación glútea, de muslo y de cadera.
Estenosis iliaca	Frémito y soplo femoral. Disminución de los pulsos.
Oclusión hipogástrica bilateral	Impotencia sexual.
Oclusión de las femorales, común y profundas	Claudicación y atrofia de los músculos del muslo.
Oclusión de la femoral superficial y de la poplítea	Claudicación sural.
Oclusión tibial y perónea	Claudicación sural y pedía. Dolor de reposo. Trastornos tróficos.

Se observa pérdida de vello en las extremidades inferiores, atrofia de piel y tejido celular subcutáneo así como reducción de la masa muscular. Puede presentar áreas de piel ulceradas, escaras por necrosis isquémica e incluso gangrena (Tabla II).

La claudicación intermitente debida a la arteriosclerosis obliterante afecta aproximadamente al 1% de la población mayor de 35 años. Este trastorno se observa predominantemente en los hombres. La mayoría de los pacientes padecen enfermedad de la arteria femoral superior y desarrollan síntomas durante la sexta o séptima década de vida, pero los síntomas asociados con enfermedad aorto-iliaca por lo general aparecen 10 años antes. La arteriosclerosis obliterante afecta con una frecuencia dos veces mayor a los fumadores en comparación con los no fumadores². Aproximadamente el 50% de los pacientes presentan hiperlipoproteinemia. La enfermedad es muy frecuente en pacientes con hipertensión. Los pacientes con diabetes mellitus debutan con la patología a una edad más temprana que los no diabéticos y en este subgrupo la enfermedad

TABLA II'
ESTADIOS CLINICOS DE LA ISQUEMIA DE LAS EXTREMIDADES SEGUN LERICHE Y FONTAINE

- | | |
|-----|---|
| I | - Lesiones asintomáticas |
| II | - Claudicación intermitente
- tras más de 150 m de marcha
- tras menos de 150 m de marcha |
| III | - Dolor en reposo |
| IV | - Lesiones de necrosis y gangrena. |

es más severa y progresiva. La distribución de la arteriosclerosis obliterante difiere en los diabéticos en que en ellos se observa un grado menor de enfermedad aorto-iliaca y uno mayor de arteriosclerosis en los vasos sanguíneos localizados entre las rodillas y los tobillos.

La acumulación progresiva de placas de colesterol estrecha la luz vascular y finalmente puede ocurrir la obstrucción completa a causa de la trombosis. Dado que la enfermedad es de progresión lenta, se forman vasos sanguíneos colaterales que irrigan la parte de la extremidad distal al área de estenosis u obstrucción. En consecuencia, la irrigación sanguínea de la extremidad afectada por lo general es suficiente en reposo, pero la presión arterial en el área distal a las lesiones disminuye debido a la elevada resistencia de la circulación colateral. La aparición de lesiones cutáneas indica el compromiso severo de la irrigación sanguínea de la extremidad afectada.

La exploración semiológica se inicia con la *inspección* de los miembros inferiores. El déficit de la irrigación arterial se revela en la inspección por cambios en la coloración cutánea, alteraciones tróficas de la piel, faneras y músculos esqueléticos³.

El color de la piel depende del estado de la circulación arterial, capilar y venosa, así como del contenido de oxígeno de la sangre que circula por esos vasos. En los estadios iniciales de la obliteración arterial, la piel puede mantener su color normal en tanto exista buena circulación colateral, pero si se elevan los miembros inferiores hasta 30% del plano de la camilla, la piel asume intensa palidez, con aspecto marmóreo, que se mantiene durante unos minutos después de haber devuelto el miembro a su posición horizontal. Esta palidez se hace ostensible con mayor intensidad en la planta de los pies. La palidez permanente, acompañada de enfriamiento de la extremidad, caracteriza al período avanzado de la arteriosclerosis obliterante y al estadio descompensado de la trombosis aorto-iliaca. Cuando el miembro está cianótico pero caliente, cabe suponer que existe buena circulación colateral. El tinte cianótico negruzco debe hacer sospechar la inminencia de una gangrena³. El período de descompensación del síndrome de Leriche se caracteriza por la cianosis permanente, intensos dolores de los pies, máculas equimóticas, edemas por trombosis venosas periféricas y formación de placas negruzcas que preceden a la gangrena, sobre todo en los puntos de presión: maléolos, rodillas, trocánteres, talones, crestas iliacas, sacro y espalda^{3,4}.

Los cambios tróficos ostensibles se ven en la etapa avanzada del trastorno, donde la piel está adelgazada, atrófica y con disminución de la turgencia. Cuando el enfermo está de pie la piel está tirante; si permanece en reposo o se eleva el miembro la piel aparece lustrosa, adelgazada y con disminución del panículo adiposo. El proceso degenerativo de la der-

TABLA III^{1 3 14}

Estadios I y IIa*

Tratamiento conservador

- suprimir tabaco
- control de glucemia y colesterol
- control de tensión arterial⁸
- ejercicio físico activo
- tratamiento farmacológico con:
 - pentoxifilina
 - buflomedil
- vasodilatadores
- antiagregantes plaquetarios
- anticoagulantes
- fibrinolíticos

Estadios III y IV

Tratamiento quirúrgico

- técnica intravascular
 - angioplastia transluminal percutánea¹⁵
 - endarterectomía transluminal
 - endoprótesis
- cirugía arterial directa:
 - endarterectomía
 - embolectomía y trombectomía
 - injertos y derivaciones
- cirugía hiperemiante (simpatectomía)¹⁶
- amputaciones

* Según el estado del paciente el estadio IIb puede ser conservador o quirúrgico.

mis y de la microcirculación se manifiesta por petequias y equimosis (espontáneas o despertadas por mínimos traumatismos), debidas a fragilidad vascular; dejan como secuela máculas hiperpigmentadas. Desaparece el vello del dorso de los dedos del pie y el de las piernas; las uñas son gruesas, distróficas y de lento crecimiento^{1 3 4}.

Las áreas de necrosis cutáneas, que marcan el comienzo de la descompensación circulatoria, suelen asentar en las regiones periungulares e interdigitales. A ese nivel se observa primeramente un color rojo oscuro, que puede ser confundido con una onicocriptosis o un panadizo; posteriormente se forma una ampolla con contenido hemorrágico a nivel de los pulpejos. Los sitios de apoyo y compresión también son asiento de estas lesiones. Al avanzar el proceso aparecen infiltrados azulados más extendidos; luego se produce la momificación de la piel y todo el segmento digital comprometido asume la consistencia del cuero. Este aspecto es típico de la gangrena seca, en la que el fragmento necrosado está separado del tejido normal por un surco de demarcación, a cuyo nivel se produce la amputación espontánea del dedo. Cuando la necrosis es extensa debe realizarse la amputación quirúrgica³.

Otro aspecto importante de la semiología es la **palpación**. Por medio de ella se certifica la temperatura de la piel, la textura, el trofismo y empleando el pulpejo de los dedos se podrán determinar las características del pulso³. El examen debe realizarse sistemáticamente, comparando la amplitud de las ondas pulsátiles con la arteria homóloga contralateral. En los miembros inferiores la arteria femoral se palpa aplicando los dedos perpendicularmente al eje del miembro, inmediatamente por debajo y un poco por dentro de la arcada inguinal. La arteria poplítea debe buscarse con el sujeto en decúbito dorsal y las piernas flexionadas; la rodilla es rodeada con ambas manos, los pulgares aplicados sobre la rótula y los demás dedos comprimiendo profundamente el hueco poplíteo, en el vientre in-

terno del tríceps sural. La arteria pedia se busca en el dorso del pie, colocando el pulpejo de los dedos en una línea imaginaria que va desde el punto medio de la línea bimaleolar hasta la cara interna del segundo metatarsiano, por fuera del extensor del dedo mayor. La arteria tibial posterior se percibe por detrás y debajo del maléolo interno^{1 3}.

La abolición del pulso en ambos miembros inferiores es característica de la trombosis crónica aorto-ilíaca o síndrome de Leriche. La circulación de los miembros, aunque precaria, se mantiene por la red supletoria colateral de las arterias lumbares, circunfleja iliaca, ileolumbar y epigástrica. Esta circulación colateral explica la ausencia de manifestaciones tróficas graves, confirmando la *ley de Leriche*, según la cual cuanto más alta es la trombosis, mejor tolerada es, debido al amplio calibre de las arterias anastomóticas³.

La **auscultación** arterial debe realizarse aplicando la campana del estetoscopio con suave presión en abdomen y los pliegues inguinales. En el síndrome de Leriche inicial, cuando las arterias primitivas están estenosadas por placas de ateroma y calcificación, se percibe un soplo sistólico por debajo y por fuera del ombligo. La estrechez de la iliaca externa origina un ruido de soplo por encima de la arcada de Poupart^{1 3 4}.

La exploración más utilizada para el diagnóstico instrumental es el ultrasonido con la técnica Doppler⁵, que se utiliza para valorar un segmento arterial determinado. La arteriografía sigue siendo el método óptimo para la visualización del árbol arterial y es necesaria cuando se plantea una indicación quirúrgica con el fin de seleccionar la técnica adecuada^{1-4 6}.

El tratamiento consiste en el control de los factores de riesgo y en el tratamiento farmacológico o quirúrgico de las complicaciones. Las indicaciones de tratamiento se establecen en función del estadio clínico de la afección (Tabla III). Se encuentran en estudio nuevas opciones de tratamiento para aque-

los pacientes con isquemia severa (estadio III y IV de Leriche-Fontaine) que no pueden ser sometidos a los métodos quirúrgicos⁸; ejemplo de estas opciones son el iloprost⁹ (análogo de la prostaciclina), el alprostán¹⁰ (prostaglandina E₁), el indobufén¹¹ (inhibidor de la ciclooxigenasa) y modificadores de la angiogénesis¹².

El interés de esta presentación radica en la importancia de la semiología y de la historia clínica en toda consulta dermatológica, y destacar que la patología vascular severa de miembros inferiores contraindica la cirugía dermatológica que no tenga una precisa indicación, por ejemplo extirpación de un tumor maligno; de otro modo se corre el riesgo que una cirugía evitable se complique con una evolución tórpida, sobreinfección y finalmente empeoramiento del flujo arterial.

BIBLIOGRAFIA

1. Azcona Elizalde, J.M.; Lorente Navarro, M.C.: Enfermedades de las arterias. En: Farreras-Rozman: Medicina Interna; 13ª edición. 1995; págs. 633-643.
2. Coffman, J.D.: Alteraciones cutáneas en la enfermedad vascular periférica. En: Fitzpatrick: Dermatología en Medicina General. 5ª edición. Edit. Panamericana; 2001; págs. 2057-2059.
3. Schaposnik, F.: Semiología arterial. En: Semiología. Edit. El Ateneo. 5ª edición. 1992; págs. 282-289.
4. Richards, K.L.; O'Rourke, R.; Tikoff, G.: Enfermedades de la aorta y de las arterias periféricas. En: Stein: Medicina Interna; 2ª edición. Edit. Salvat. 1987; págs. 555-564.
5. Mallol, R.E.: Study of arterial diseases of the lower limbs using an exercise test monitored by Doppler effect ultrasonometry. **Phlebologie** 1978; 31: 379-387.
6. Dadvani, S.; Sinitsyn, V.; Artiukhina, E.; Timonina, E.; Frolov, K.: Noninvasive methods of the examination in surgery of obliterating atherosclerosis of lower extremity arteries. **Khirurgia** 2000; 9: 32-36.
7. Rhodes, J.; Cherry, K.; Clark, R.; Panneton, J.: Aortic-origin reconstruction of the great vessels: risk factors of early and late complications. **J Vasc Surg** 2000; 31: 260-269.
8. Mollo, P.: Essential arterial hypertension and Leriche-Fontaine stage II obliterating vascular disease of the lower limbs. A new pharmacological approach with ketanserin. **Clin Ther** 1991; 137: 113-115.
9. Duthois, S.; Cailleux, N.; Levesque, H.: Tolerance and therapeutic results of iloprost in obliterative arteriopathy in lower limbs at the severe chronic ischemia stage. **J Mal Vasc** 2000; 25: 17-26.
10. Mishalov, V.G.; Cherniak, V.A.; Seliuk, V.M.; Litvinova, N.: Clinical efficacy of alprostan in treatment of obliterating multifocal atherosclerotic affection of arteries in patients with critical ischemia of lower extremities. **Klin Khir** 2001; 5: 29-32.
11. Glowka, F.K.; Strzelecka, D.; Zapalski, S.: Steady state pharmacokinetics of idobufen enantiomers in patients with obliterative atherosclerosis. **Chirality** 2001; 13: 308-312.
12. Blot, E.; Delastre, O.; Levesque, H.: Modulation of angiogenesis. A new therapeutic tool for vascular diseases. **J Mal Vasc** 1999; 24: 189-193.
13. Kurata, T.; Narimatsu, Y.; Hiramatsu, K.: Interventional radiology. **Nippon Rinsho** 1999; 57: 1577-1582.
14. Zamiatin, V.V.: The conservative and surgical treatments of patients with Leriche's syndrome. **Vestn Khir Grek** 1994; 152: 128-131.
15. Onohara, T.; Komori, K.; Yamamura, S.; Fuginaga, Y.: Modulation of platelet aggregation after percutaneous transluminal angioplasty of the iliac artery for atherosclerosis obliterans. **Surgery** 2000; 127: 87-91.
16. Kokhan, E.; Pinchuk, O.; Kokhan, V.: Lumbar sympathectomy in atherosclerosis obliterans of lower limb arteries and age of the patients. **Khirurgia** 2000; 11: 41-43.

Dirección postal:
M.M. Maciulis
Bolívar 1045
Lomas de Zamora
1832. Pcia. de Buenos Aires