

Circulación colateral en enfermedad oclusiva aórtica y visceral. Síndrome de Leriche

Collateral pathways on aortoiliac and mesenteric occlusive disease. Leriche syndrome

10.20960/angiologia.00521

12/28/2023

Circulación colateral en enfermedad oclusiva aórtica y visceral. Síndrome de Leriche

Collateral pathways on Aortoiliac and mesenteric occlusive disease. Leriche Syndrome

Sabrina Alejandra Morcillo, Marta González Fernandes, Karla E. Moncayo León, Raúl García Casas

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

Correspondencia: Sabrina Alejandra Morcillo. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Rúa Doutor Loureiro Crespo, 2. 36001 Pontevedra

e-mail: sabrina.morcillo@gmail.com

Recibido: 20/4/2023

Aceptado: 24/4/2023

CASO CLÍNICO

La angiotomografía confirma estenosis renal izquierda crítica (Fig. 1, ARI) y derecha no significativa (ARD) y un síndrome de Leriche de tipo II a nivel yuxtarenal (Ao) asociada a oclusión del tronco celíaco (TC), arterias mesentéricas superiores (AMS) e inferiores y arterias ilíacas con importante circulación colateral compensatoria: la vascularización del esófago proporciona las arcadas del estómago (flecha azul) (Fig. 1) que, a través de ambas arterias pancreaticoduodenales (flecha amarilla) (Fig. 1), recanaliza el tronco celíaco y la arteria mesentérica superior. Las arterias marginales de Serpent (Fig. 2, AmS) y Drummond (arcada de Riolo) (Fig. 2, AR) irrigan la arteria mesentérica inferior (AMI); la comunicación entre las arterias epigástrica (AE) y mamaria interna (ami) recanaliza las arterias femorales comunes (AFC).

Varón de 53 años con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, exfumador y dislipemia que presenta hipertensión severa y

enfermedad arterial periférica de grado IIb de Fontaine. Para filiar etiología hipertensiva se realiza angiotomografía que evidencia síndrome de Leriche de tipo II asociado a estenosis renal bilateral y oclusión de troncos viscerales compensada mediante arcadas colaterales.

DISCUSIÓN

El síndrome de Leriche suele presentarse con claudicación de miembros inferiores, disfunción eréctil y disminución o ausencia de pulsos femorales (1-10) secundarias a oclusión aortoilíaca. Tiene mayor incidencia en hombres de 40 a 60 años con antecedentes de tabaquismo, hipertensión, hiperlipemia y diabetes (1,2,4,5,10). Tradicionalmente se inicia en la bifurcación aórtica y progresa lentamente (1-4,9,10), lo que permite la generación de colateralidad compensatoria dependiente de vasos viscerales o sistémicos. En el 3-15 % de los casos afecta a arterias renales, debuta como hipertensión refractaria (2,3) y es infrecuente la afectación suprarrenal (1-3).

El diagnóstico se realiza mediante angiotomografía o angiografía arterial que demuestre oclusión terminoaórtica (1-3,8) con arcadas viscerales supletorias. Su identificación durante la planificación quirúrgica previene la morbilidad por descompensación arterial (1-8,10).

El tratamiento debe individualizarse para cada paciente. El tratamiento médico es la primera opción si se encuentra compensado (1-2).

La supervivencia está condicionada al control de los factores de riesgo cardiovascular, a la adherencia al tratamiento y a la permeabilidad a largo plazo de la revascularización en caso de realizarla (1-2,10).

En la actualidad nuestro paciente se encuentra con triple terapia antihipertensiva, estatina y antiagregante. Presenta estabilidad de enfermedad arterial periférica, control tensional adecuado y ausencia de isquemia mesentérica crónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moore Wealey S, Lawrence Peter F, Oderich Gustavo S. Cirugía vascular y endovascular. En: Arnaoutakis Dean J, Belkin M (eds.). Tratamiento quirúrgico de la enfermedad oclusivo aortoiliaca. 9.ª edición. Madrid: Elsevier España; 2020. p. 358-418.
2. Sidawy Anton N, Pelder Bruce A. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy, 9th edition. En: Elsevier, Inc. Lower Extremity Arterial Occlusive Disease: Epidemiology and Natural History. Michael S. Conte, Capítulo 104, 1368-1376; Aortoiliac Disease: Direct Reconstruction, Menard, Matthew T, Shah, Samir K, Belkin, Michael, capítulo 106, 1397-1415; Renovascular Disease: Pathophysiology, Epidemiology, Clinical Presentation, and Medical Management, Rickey, Ashely K., Geary, Randolph L., Chapter 125, 1663-1674; 2019
3. Hernández MR. Síndrome de Leriche en un paciente con síndrome antifosfolípido catastrófico. Revista Argentina de Radiología 2018;82(04):178-80. DOI: 10.1055/s-0038-1639497
4. Yilmaz M, Kaptanogullari OH, Caliskan C, Arar AS, Akgol C, Erturk K, et al. Inevitable hemodialysis for treating resistant hypertension in a patient with Leriche syndrome. Clinics (São Paulo) 2012;67(12):1483-6. DOI: 10.6061/clinics/2012(12)21
5. Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome. J Gen Intern Med 2010;25(10):1102-4.
6. Beyaz MO, Urfalı S, Kaya S, Oruç D, Fansa, İ. Is Surgery the Only Fate of the Patient with Leriche Syndrome? Our Endovascular Therapy Results Early Follow-Up Outcomes. The Heart Surgery Forum 2022;25(5):E721-5. DOI: 10.1532/hsf.4691
7. [Hardman](#) RL, [Lopera](#) JE, [Cardan](#) RA, [Trimmer](#) CK, [Josephs](#) SC. [Common and Rare Collateral Pathways in Aortoiliac Occlusive Disease: A Pictorial Essay](#). Am Roentgenology 2011;197(3):W519-24.

8. Yurdakul M, Tola M, Özdemir E, Bayazit M, Cumhuri T. Internal thoracic artery-inferior epigastric artery as a collateral pathway in aortoiliac occlusive disease. J Vasc Surg 2006;43(4):707-13. DOI: 10.1016/j.jvs.2005.12.042
9. Lee WJ, Cheng YZ, Lin HJ. Leriche syndrome. Int J Emerg Med 2008;1:223. DOI: 10.1007/s12245-008-0039-x
10. Rodríguez SP, Sandoval F. Aortoiliac occlusive disease, a silent syndrome. BMJ Case Rep 2019;12(7):e230770. DOI: 10.1136/bcr-2019-230770



Figura 1.

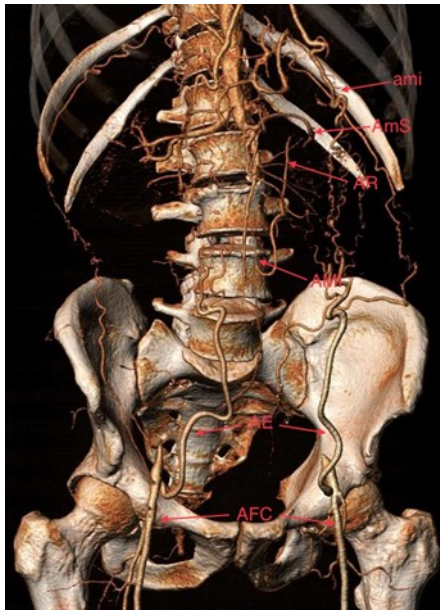


Figura 2.