

## Síndrome de Leriche en mujer de mediana edad

### Leriche's Syndrome in a Middle-aged Woman

Yunisleidis Licea Ortiz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-5460-2723>

Edel Eduardo Iglesias Cardoso<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0002-0857-4562>

Heriberto Manuel Artaza Sanz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0005-3142-7108>

Sandra García Pelegrí<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0000-5448-837X>

<sup>1</sup>Hospital Enrique Cabrera. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [edeliglesias1990@gmail.com](mailto:edeliglesias1990@gmail.com)

#### RESUMEN

El síndrome de Leriche es una forma de enfermedad arterial periférica que se caracteriza por la oclusión de la aorta abdominal y/o las arterias ilíacas, lo que provoca isquemia en las extremidades inferiores. Este informe de caso tuvo el objetivo de presentar a una mujer de mediana edad, como antecedentes de hábito tóxico de fumadora, que acudió a consulta con quejas de claudicación intermitente en región glútea al caminar. Mediante estudios de imagen, se confirmó la oclusión de la aorta distal y las arterias ilíacas, lo que corroboró el diagnóstico de síndrome de Leriche. Dada la gravedad de su situación y la progresión de los síntomas, se decidió implementar un abordaje endovascular. Se realizó una angioplastia con colocación de stent en aorta y en las arterias ilíacas comunes, lo que permitió restaurar el flujo sanguíneo a las extremidades inferiores de la paciente. El seguimiento posoperatorio mostró una mejoría significativa en los síntomas, con una resolución de la claudicación. Este caso resalta no solo la importancia de un diagnóstico temprano y preciso del síndrome de Leriche en mujeres, sino la eficacia de las técnicas endovasculares como tratamiento. Se concluye que el abordaje endovascular es una opción segura y efectiva para el manejo del síndrome de Leriche, porque mejora la calidad de vida del paciente y permite una pronta recuperación. Este informe subraya la necesidad de un enfoque

individualizado en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica en mujeres de mediana edad.

**Palabras clave:** síndrome de Leriche; claudicación intermitente; abordaje endovascular.

## **ABSTRACT**

Leriche syndrome is a form of peripheral arterial disease characterized by occlusion of the abdominal aorta and/or iliac arteries, resulting in ischemia of the lower extremities. This case report aimed to present a middle-aged woman, with a history of toxic smoking habit, who presented for consultation with complaints of intermittent claudication in the gluteal region when walking. Imaging studies confirmed the occlusion of the distal aorta and iliac arteries, which corroborated the diagnosis of Leriche syndrome. Given the severity of her condition and the progression of symptoms, it was decided to implement an endovascular approach. Angioplasty with stenting of the aorta and common iliac arteries was performed, which restored blood flow to the patient's lower extremities. Postoperative follow-up showed significant improvement in symptoms, with resolution of claudication. This case highlights not only the importance of early and accurate diagnosis of Leriche syndrome in women, but also the efficacy of endovascular techniques as a treatment. It is concluded that the endovascular approach is a safe and effective option for the management of Leriche syndrome because it improves the patient's quality of life and allows early recovery. This report underscores the need for an individualized approach in the treatment of peripheral arterial disease in middle-aged women.

**Keywords:** Leriche syndrome; intermittent claudication; endovascular approach.

Recibido: 04/04/2025

Aceptado: 23/04/2025

## **Introducción**

El Síndrome de Leriche fue descrito por primera vez en 1814 por Robert Graham (1786-1845), médico de la Royal Infirmary de Glasgow. Sin embargo, la definición actual se debe al cirujano francés René Leriche, quien la describió en 1940 como una oclusión de la aorta terminal y sus ramas por la presencia de trombos. Leriche vinculó la formación de trombos arteriales con una tríada de síntomas que incluye claudicación, impotencia y disminución de los pulsos periféricos. Desde entonces, el epónimo “síndrome de Leriche” ha sido utilizado para referirse a la enfermedad oclusiva aortoiliaca.<sup>(1)</sup>

La enfermedad arterial periférica (EAP) es una patología circulatoria crónica vinculada con la aterosclerosis, en la que la obstrucción arterial de las arterias involucradas conlleva a una reducción del flujo sanguíneo a nivel distal, especialmente de las extremidades inferiores.<sup>(2)</sup> A pesar de que es frecuente su coexistencia con otras enfermedades vasculares en otras localizaciones, continúa siendo desconocida su prevalencia en la población en general.

La enfermedad oclusiva aorto-iliaca o síndrome de Leriche es ocasionada por la oclusión de la aorta abdominal distal, por debajo de las arterias renales, las arterias ilíacas y los vasos femoro-poplíteos.<sup>(3)</sup> Representa una condición bastante rara, que no solamente perturba la calidad de vida de los pacientes, sino se asocia con altas tasas de mortalidad. Aunque clínicamente puede ser engañosa, imagenológicamente resultan clásicos los hallazgos que permiten confirmar el diagnóstico.<sup>(4)</sup>

Los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Leriche incluyen los siguientes:

- Tabaquismo: es uno de los factores más importantes, ya que el consumo de tabaco acelera la formación de placas ateromatosas.
- Hipertensión arterial: la presión arterial elevada puede dañar las paredes arteriales, lo que facilita la obstrucción.
- Dislipidemia: niveles anormales de colesterol y triglicéridos contribuyen a la formación de placas ateromatosas.
- Obesidad: el exceso de peso puede aumentar el riesgo, debido a su asociación con otros factores de riesgo cardiovasculares.
- Diabetes mellitus: la diabetes puede dañar las paredes arteriales y aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Edad avanzada: es más común en personas mayores de 60 años.

## Presentación del caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 52 años con antecedentes de tabaquismo, que consultó por claudicación intermitente severa en ambas extremidades inferiores, lo que limitó significativamente su calidad de vida. La paciente refería dolor en glúteos y muslos tras caminar apenas 50 metros, lo que le impedía realizar actividades cotidianas. Además, negaba dolor en reposo o lesiones de aspecto isquémicas en los pies. Al examen físico se evidenció ausencia de pulsos femorales bilaterales, así como pulsos distales disminuidos, uñas deslustradas y caída del vello cutáneo de ambas extremidades. El índice tobillo-brazo (ITB) fue de 0,6 en ambas extremidades.

## Diagnóstico por angioTAC

Se realizó angioTAC, que confirmó la oclusión completa de la aorta abdominal distal, justo en la bifurcación ilíaca. Se observó desarrollo de abundante circulación colateral a través de las arterias lumbares y mesentérica inferior. Las arterias femorales comunes y profundas se visualizaban permeables, aunque con flujo disminuido.

No se evidenciaron aneurismas ni otras anomalías vasculares. El estudio angioTAC fue crucial para determinar la extensión de la oclusión y planificar el abordaje endovascular (figs. 1, 2, 3 y 4).



Fig. 1 - AngioTAC en vista por sustracción digital.

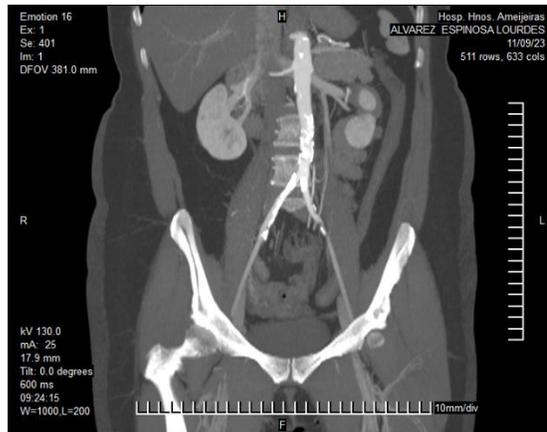


Fig. 2 - AngioTAC en corte coronal. Se observa placa mixta en quinto segmento de aorta e ilíacas comunes.

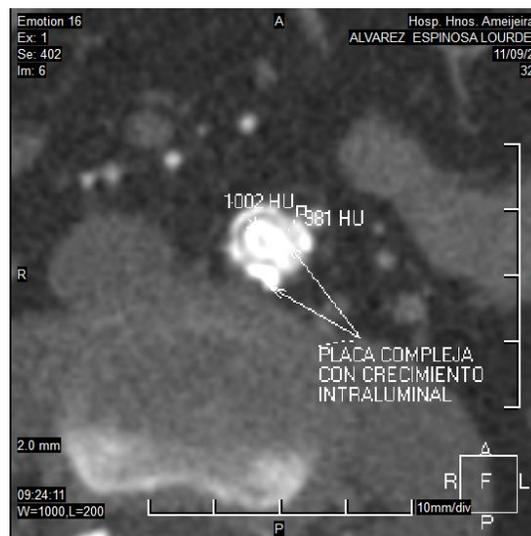


Fig. 3 - Corte sagital de 5to segmento de aorta.



Fig. 4 - Corte coronal de 5to segmento de aorta e ilíacas comunes.

## Planificación y preparación del abordaje endovascular

Tras evaluar el caso en junta multidisciplinaria, se decidió realizar un abordaje endovascular. Se informó a la paciente sobre los riesgos y beneficios del procedimiento, y se obtuvo su consentimiento informado. Se inició tratamiento con antiagregantes plaquetarios (aspirina y clopidogrel) y se realizó profilaxis antibiótica. Se planificó un abordaje femoral bilateral para facilitar el cruce de la oclusión y el despliegue de *stents*.

## Procedimiento endovascular

### Angioplastia y *stenting*

Bajo anestesia local y sedación se realizó punción femoral bilateral retrógrada. Se avanzaron catéteres guía a través de la oclusión aórtica, utilizando guías hidrofílicas. Se realizó angioplastia con balón de la aorta y las arterias ilíacas comunes. Posteriormente, se desplegaron *stents* autoexpandibles en la aorta distal y ambas arterias ilíacas comunes, lo que aseguró una cobertura adecuada de la zona ocluida. Se realizó angiografía de control para verificar la permeabilidad de los *stents* y la ausencia de complicaciones (figs. 5 y 6).



**Fig. 5** - Angiografía transprocedimiento, donde se observa la oclusión.



**Fig. 6** - Angiografía pos *stents*, donde se observa la permeabilidad del vaso.

## Resultados inmediatos y seguimiento

### Posprocedimiento

El procedimiento fue exitoso, con una reapertura completa de la aorta y las arterias ilíacas comunes. Se observó un flujo sanguíneo adecuado hacia las extremidades inferiores. La paciente fue extubada sin complicaciones y trasladada a la sala de recuperación. Se continuó tratamiento con antiagregantes plaquetarios, y se realizó seguimiento clínico y con ITB al mes, 3 meses y 6 meses.

En el seguimiento, la paciente refirió mejoría significativa de la claudicación, y pudo caminar distancias mayores sin dolor. El ITB se normalizó en ambas extremidades.

## Discusión

El síndrome de Leriche se diagnostica a través de estudios vasculares no invasivos como la ecografía Doppler y la angioTAC; o estudios invasivos como la angiografía convencional –considerado este último como el estándar de referencia para el diagnóstico–. Dichas imágenes también permiten definir el sitio de obstrucción, el grado, la presencia de circulación colateral y la permeabilidad distal.<sup>(5,6)</sup> En nuestro caso, el diagnóstico fue confirmado con la angioTAC e inicio de manejo multidisciplinario con cirugía endovascular.

Particularmente aquí, llama la atención que el único factor de riesgo que presentaba la paciente para desarrollar el síndrome de Leriche fuera el tabaquismo. La lesión vascular inducida por el cigarrillo se inicia con la reducción de la biodisponibilidad del óxido nítrico –NO– y con el incremento en la expresión de moléculas de adhesión y la subsecuente disfunción endotelial.<sup>(7,8)</sup> El incremento de la adhesión de plaquetas y macrófagos inducido por el cigarrillo genera un ambiente procoagulante e inflamatorio.<sup>(9)</sup> Tras la activación y migración transendotelial de los macrófagos, estos internalizan lipoproteínas oxidadas derivadas de las modificaciones oxidativas del tejido vascular, lo que promueve su conversión a células espumosas por procesos transdiferenciativos, que finalizan con la aceleración de los procesos aterogénicos.<sup>(10,11)</sup>

La prevalencia de la enfermedad arterial periférica es del 3 % al 10 % y se presenta más comunmente en hombres.<sup>(12)</sup> Entre los factores de riesgo relacionados con su desarrollo se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus e hiperlipidemia, las cuales no presentaba el paciente.<sup>(13)</sup> Pocas veces se sospecha del síndrome, por lo que vale la pena resaltar algunos aspectos del diagnóstico aparte de su manejo integral. El diagnóstico de cualquier alteración vascular se basa en los antecedentes médicos y familiares del paciente, así como en el examen físico en el que las pruebas de tamizaje –tan simples como el índice tobillo-brazo– pueden conducir al enfoque de la enfermedad vascular en cuestión.<sup>(14)</sup> Las sospechas se corroboran con la utilización de pruebas diagnósticas como el eco Doppler, las arteriografías, la resonancia magnética angiográfica (MRA, por sus siglas en inglés), la tomografía computarizada angiográfica, entre otros.<sup>(13)</sup>

La sospecha de alteración vascular del paciente se basaba en su hábito tabáquico. Debido a que no mostraba otros factores de riesgo ni antecedentes típicos de una enfermedad arterial periférica, la anamnesis y el examen físico fueron cruciales. Sus síntomas de claudicación, además de los cambios en la piel de sus miembros

inferiores, orientaron hacia la severidad de su condición y condujeron al último paso diagnóstico con el uso de técnicas complementarias. En primera instancia se utilizó el eco Doppler, para confirmar la alteración arterial; y, finalmente, a través de técnicas más avanzadas, la angioTAC y la angiografía transoperatoria.

Desde el punto de vista farmacológico, pueden prescribirse algunos medicamentos como el cilostazol (200 mg/día), que es un inhibidor específico de la fosfodiesterasa III celular, favorecedor de la vasodilatación y considerado el tratamiento por elección en la claudicación intermitente. Además, debe darse tratamiento con antiagregantes plaquetarios para prevenir las recidivas trombóticas, principalmente ácido acetilsalicílico (100 a 300 mg/día) o, en caso de contraindicación, administrar clopidogrel (75 a 150 mg/día). Por último, las estatinas deben prescribirse sin tener en cuenta las concentraciones de colesterol sérico, porque se ha demostrado prevención de la progresión de la enfermedad, y reducción de la morbilidad cardiopulmonar y cerebrovascular,<sup>(15, 16)</sup> por lo que se dio un manejo acorde a nuestra paciente.

El tratamiento quirúrgico ha evolucionado con el paso del tiempo. Va desde el manejo a cielo abierto hasta el endovascular, el cual se ha convertido en la primera línea de tratamiento en pacientes seleccionados, según la forma y la distribución de las lesiones, además de la gravedad de la enfermedad.<sup>(17)</sup> Se usa el abordaje endovascular en las lesiones más simples. Entre las opciones terapéuticas está la angioplastia con balón para la dilatación de trayectos estenóticos y con las endoprótesis (*stents*) vasculares, mientras que a cielo abierto está la derivación aortofemoral, la derivación iliofemoral y la endarterectomía aortoiliaca.<sup>(16)</sup> En comparación los procedimientos a cielo abierto muestran mejores resultados en cuanto a la permeabilidad vascular y la durabilidad de la reperfusión a largo plazo, pese a implicar estancia hospitalaria y riesgo de morbilidad y mortalidad altos, mientras que los procedimientos endovasculares causan menor morbilidad y requieren menor tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.<sup>(17)</sup>

La literatura reciente apoya el uso de técnicas endovasculares para el tratamiento del síndrome de Leriche. Estudios han demostrado resultados a largo plazo comparables con la cirugía abierta, con una menor tasa de complicaciones. Las nuevas tecnologías, como *stents* recubiertos de fármacos y técnicas de angioplastia con balón liberador de fármacos, están mejorando aún más los resultados del tratamiento endovascular. Es crucial mantenerse actualizado sobre los avances en este campo para ofrecer la mejor atención posible a los pacientes.

Se recomienda un seguimiento clínico y con ITB regular para monitorizar la permeabilidad de los *stents* y detectar precozmente cualquier recurrencia de la enfermedad. La colaboración multidisciplinaria entre cirujanos vasculares,

radiólogos intervencionistas y cardiólogos resulta esencial para ofrecer una atención integral a estos pacientes.

## Conclusiones

El abordaje endovascular es una opción segura y efectiva para el manejo del síndrome de Leriche, mejorando la calidad de vida del paciente y permitiendo una pronta recuperación. Este informe subraya la necesidad de un enfoque individualizado en el tratamiento de la enfermedad arterial periférica en mujeres de mediana edad.

## Referencias bibliográficas

1. Ioncioaia B, Bud IT, Muresan M. René Leriche and the development of 20th century surgery. Clujul Medical. 2016;89(1):176-80. DOI: <https://doi.org/10.15386/cjmed-557>
2. Azañero-Haro J. El Síndrome de Leriche: Subdiagnóstico en la Enfermedad Arterial Periférica. Gac Med Bol. 2022;45(1). DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v45i1.376>
3. Idrobo Paredes A, Díaz Romero J, Cruz Buriticá JD, Guerrero Eraso S. Síndrome de Leriche: reporte de caso y revisión de literatura. Revista Cuarzo. 2019;25(2):28-31. DOI: <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n2.408>
4. Rozo-Ortiz J, Vargas-Rodríguez LJ, Agudelo-Sanabria MB. Síndrome de Leriche. Med. Interna México. 2019;35(4):627-31. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2476>
5. Ahmed S, Raman SP, Fishman EK. CT angiography and 3D imaging in aortoiliac occlusive disease: collateral pathways in Leriche syndrome. Abdom Radiol. 2017;42(9):2346-57. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00261-017-1137-0>
6. Rodríguez SP, Sandoval F. Aortoiliac occlusive disease, a silent syndrome. BMJ Case Rep. 2019;12(7). DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2019-230770>
7. Talukder MAH, Johnson WM, Varadharaj S, Lian J, Kearns PN, El-Mahdy MA, *et al*. Chronic cigarette smoking causes hypertension, increased oxidative stress, impaired NO bioavailability, endothelial dysfunction, and cardiac remodeling in mice. Am J Physiol-Heart Circ Physiol. 2011;300(1):388-96. DOI: <https://doi.org/10.1152/ajpheart.00868.2010>

8. Csiszar A, Podlutzky A, Wolin MS, Losonczy G, Pacher P, Ungvari Z. Oxidative stress and accelerated vascular aging: Implications for cigarette smoking. *Front Biosci J Virtual Libr.* 2009;14(8):3128-44. DOI: <https://doi.org/10.2741/3440>
9. Powell JT. Vascular damage from smoking: Disease mechanisms at the arterial wall. *Vasc Med.* 1998;3(1):21-8. DOI: <https://doi.org/10.1177/1358836X9800300105>
10. Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: An update. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(10):1731-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.12.047>
11. Lee J-E, Cooke JP. The role of nicotine in the pathogenesis of atherosclerosis. *Atherosclerosis.* 2011;215(2):281-3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2011.01.003>
12. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR, *et al.* Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* 2007;33(Suppl. 1):1-75. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2006.12.037>
13. Bhatia MS, Gautam P, Saha R. Leriche Syndrome Presenting as Depression with Erectile Dysfunction. *J Clin Diagn Res JCDR.* 2016;10(3):VD01-VD02. DOI: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/15300.7407>
14. Muñoz-Chavéz J, Solarte-Pineda H, Imbachi R. Caso Clínico de interés: síndrome de Leriche. *Revista Colombiana Salud Libre.* 2016;11(1):57-61. DOI: <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2016v11n1.1623>
15. Verim S, Taşçı I. Doppler ultrasonography in lower extremity peripheral arterial disease. *Turk Kardiyol Dernegi Arsivi Turk Kardiyol Derneginin Yayin Organidir.* 2013;41(3):248-55. DOI: <https://doi.org/10.5543/tkda.2013.76429>
16. Martínez J. Enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche. *Rev Colomb Cir* 2017;32:214-22. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.27>
17. Talledo O, Valdez LM, Torres L, De la Peña O, Calle A. Enfermedad oclusiva aorto-iliaca: Del tratamiento quirúrgico al endovascular. *Rev Med Hered.* 2015 [acceso 03/04/2025];26(3):177-85. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2015000300007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000300007&lng=es)

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.