



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



204/89 - ARTERIOPATÍA OBSTRUCTIVA: EL SÍNDROME DE LERICHE

D. López Fernández^a, A. Robles Amieva^b, C. de León Rivas^c, R. Hernando Fernández^d, A. González San Emeterio^e, P. López Tens^a, C. Fernández Pereda^a, B. Sainz Santos^b, M. Montes Pérez^e y A. Blanco García^a

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alisal. Santander. ^dMédico Residente de Medicina Familiar. CS Sardinero. Santander. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Interior. Maliaño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 62 años, antecedentes personales de hábito tabáquico de 50 paquetes-año y sobrepeso, acude a nuestra consulta por clínica de dos meses de evolución de dolor en cadera derecha que aumenta con la deambulación, extendiéndose por parte posterior de pierna derecha hasta área gemelar por lo cual tiene que detenerse, no mejora con AINEs y corticoide intramuscular. No ha presentado fiebre, el dolor no le despierta por la noche y mejora en reposo, sin síndrome general. Decidimos derivar a Unidad Músculo-Esquelético (UME) para valoración y pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: UME: dolor selectivo palpación trocánter mayor y maniobras resistidas de glúteo medio. Dolor con estiramiento piramidal. Analítica: factor reumatoide, PCR y VSG normales, resto de perfiles incluido lipídico normales. Rx columna lumbar y pelvis: cambios degenerativos sin pinzamiento vertebral y entesopatía glútea. TAC lumbar y RMN cadera derecha: protrusiones discales L4-L5 y L5-S1, cambios degenerativos sin compresión radicular/bursitis trocántérica derecha. En nuestra consulta, tras 1 año de seguimiento por UME: persiste dolor en región trocántérica derecha y su extensión a área gemelar que impide deambular más de 150 metros sin detenerse. Dolor a exploración de cadera derecha en rotación interna, así como abducción resistida y a la palpación de región trocántérica derecha. Maniobra de Rastchow con retardo de la repleción venosa e hiperemia reactiva bilateral. Pulso femoral y pedio derecho disminuido respecto a contralateral. Analítica: colesterol total 230 mg/dL, HDL 41 mg/dL y LDL 137 mg/dL. Resto normal. Se remite para estudio por Cirugía Cardiovascular ante clínica de claudicación intermitente en paciente con factores de riesgo. TAC aorta abdominal y miembros inferiores: Aorta abdominal infrarrenal muy ateromatosa, con calibre discretamente reducido. Obstrucción de arteria ilíaca primitiva derecha y reducción global del calibre de la ilíaca externa ipsilateral. Estenosis de entorno al 50% en el origen de la arteria ilíaca primitiva izquierda. El resto de la vascularización arterial de las EEII es normal.

Juicio clínico: Síndrome de Leriche.

Diagnóstico diferencial: Lumbociatalgia; estenosis canal lumbar; entesopatía glútea.

Comentario final: El síndrome de Leriche consiste en una oclusión de la bifurcación de la aorta, generalmente de tipo arteriosclerótico, aunque también puede ser congénita. Los factores de riesgo son: tabaco (relacionado directamente con el número de cigarrillos consumidos). Diabetes (fundamental el control glucémico desde atención primaria). Hipertensión arterial (el riesgo relativo para desarrollar enfermedad arterial periférica es menor que para la diabetes y el consumo de tabaco). Dislipemia (cociente colesterol total/HDL colesterol y LDL total están directamente relacionados con un incremento del riesgo). Está en nuestras manos, desde la consulta de atención primaria, llevar a cabo un manejo y control de dichos factores de riesgo cardiovascular.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Stroke Organisation. ESC Committee for Practice Guidelines. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011;32:2851-906.