



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

271/3 - MÁS ALLÁ DE LAS EXTREMIDADES

C. Naranjo Suárez^a, J. Roda Diestro^b, J. Bueno Corral^b, M. Izquierdo Fuentes^a, T. Jurjo López^a, K. Meneses Sayago^a, A. Safa Sadaghiani^a, C. Leon Leon^a, J. Petit Sánchez^a y C. Faci Moreno^a

^aMédico de Familia. Centro de Urgencias de Atención Primaria. Sant Andreu de la Barca. Barcelona. ^bEnfermera. Centro de Urgencias de Atención Primaria. Sant Andreu de la Barca. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años sin alergias medicamentosas, fumador de 2 paquetes al día, enolismo moderado, dislipemia y poliomielitis infantil con afectación residual de la pierna derecha, que le limita la deambulación, consulta en el centro de urgencias de atención primaria (CUAP), por dolor agudo en reposo del primer dedo del pie izquierdo, sin trauma previo.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Afebril. Muestra herida superficial en primera falange del primer dedo del pie izquierdo. Cianosis acra en decúbito supino. Eritrosis de declive. Ausencia de pulsos femorales a la palpación, sin soplos. Pierna derecha con atrofia residual sin lesiones tróficas.

Sensibilidad conservada. Se inicia estudio solicitando índice tobillo brazo (ITB), que realizamos en el CUAP, resultando en extremidad inferior derecha de 0,46, y en la izquierda de 0,26. Pletismografía plana bilateral. Con la sospecha de síndrome de Lerche, derivamos al hospital, donde se realiza la cartografía arterial que informa de oclusión de la aorta infrarrenal con permeabilidad de mesentérica inferior. Oclusión de ambos ejes iliacos. Recanalización de femorales comunes por epigástricas. Permeabilidad de femorales superficiales y profundas y de primeras poplíteas. Bajo diámetro de las femorales. Confirmado el diagnóstico, ingresa para curas, control del dolor y estudio de revascularización mediante opción quirúrgica.

Juicio clínico: El síndrome de Lerche se define como la obstrucción completa de la aorta abdominal infrarrenal, y disminución de la presión de perfusión en arterias ilíacas internas, causada principalmente por aterosclerosis, seguida por la arteritis obliterante, la embolia de bifurcación aórtica o de las ilíacas con trombosis secundaria, y el aneurisma trombosado de la bifurcación aórtica e iliacas. Las manifestaciones clínicas son la claudicación intermitente, fatigabilidad extrema de ambas extremidades inferiores, atrofia bilateral de las masas musculares del muslo y pierna, impotencia sexual, palidez de ambas piernas y pies, que adquieren aspecto cadavérico a la elevación de las extremidades, ausencia de trastornos tróficos en las fases iniciales y abolición del pulso en ambas femorales. En nuestro caso, la lesión residual de la pierna derecha dificultaba el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Artritis degenerativa de la columna lumbar, neuritis periférica o ruptura de disco intervertebral. Anemia grave. Síndrome de Dejerine (debilidad de las extremidades inferiores asociada a disfunción sexual), caracterizado por la oclusión progresiva de las arterias de la parte inferior de la médula espinal.

Comentario final: La orientación diagnóstica de la oclusión aortoilíaca crónica no ofrece dificultad cuando los síntomas o signos están todos presentes. La realización de la técnica ITB en el CUAP nos facilita al

diagnóstico precoz en este tipo de patología.

Bibliografía

1. Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(10):1102-4.
2. Ellis H. Rene Leriche: the Leriche syndrome. *J Perioperat Pract.* 2013;23(6):147-8.
3. Günaydin ZY, Kurt AB, Bektas O, Atmaca H. Case images: Juxtarenal Leriche syndrome. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2015;43(2):212
4. McCoy CE, Patierno S, Lotfipour S. Leriche Syndrome Presenting with Multisystem Vaso-Occlusive Catastrophe. *Western J Emerg Med.* 2015;16(4):583-6.

Palabras clave: Aorta. Aterosclerosis. Índice tobillo brazo.