

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Síndrome de Leriche con presentación aguda: reporte de caso

María Del Mar Sachnik¹, Rodrigo Insaurralde¹, Karem Torres¹, Manuel Codas¹María Del Mar Sachnik, [0000-0003-3071-2570](tel:0000-0003-3071-2570)Rodrigo Insaurralde, [0009-0009-0794-2715](tel:0009-0009-0794-2715)Karem Torres, [0000-0003-2251-4021](tel:0000-0003-2251-4021)Manuel Codas, [0000-0002-0465-9617](tel:0000-0002-0465-9617)¹ Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de Medicina. Postgrado en Medicina Interna – Hospital Regional de Encarnación, Paraguay**RESUMEN**

Introducción: El síndrome de Leriche es una enfermedad poco frecuente causada por la oclusión aguda o crónica de la aorta abdominal distal y ambas arterias ilíacas, que produce isquemia de miembros inferiores. Su presentación aguda puede manifestarse con paraparesia, dolor intenso, ausencia de pulsos femorales y alta morbimortalidad. **Caso clínico:** Paciente femenina de 53 años con antecedentes de artritis reumatoidea, hipertensión, diabetes tipo 2 y dislipidemia, todos de tratamiento irregular, presentó descompensación aguda de diabetes mellitus con cetoacidosis y alto riesgo cardiovascular. Evolucionó rápidamente hacia isquemia y oclusión aórtica aguda, manifestando cianosis periférica y ausencia de pulso femoral. Estudios confirmaron trombo aórtico infrarrenal. Fue sometida a embolectomía urgente y trasladada a UTI, donde requirió soporte vital avanzado. A pesar de la intervención y la reversión parcial de la cianosis, persistió la inestabilidad hemodinámica y falleció en el segundo día de internación. **Conclusión:** La variabilidad clínica y síntomas inespecíficos de esta enfermedad dificultan el diagnóstico temprano, imprescindible para un tratamiento quirúrgico oportuno. La angiogramografía computarizada (CTA) de tórax, abdomen y pelvis es el método de imagen de elección para confirmar el diagnóstico y planificar la intervención terapéutica adecuada, mejorando así el pronóstico del paciente.

Palabras claves: Síndrome de Leriche; Enfermedad Arterial Periférica; Embolectomía (DeCS).

Recibido: 28/07/2025

Revisado: 23/09/2025

Aceptado: 08/10/2025

Autor para
correspondencia: María
Del Mar Sachnik
mmsachnik@medicina.uni.edu.py

Conflictos de interés
Los autores declaran no
poseer conflictos de
interés.

Fuente de financiación
Los autores no recibieron
apoyo financiero de
entidades
gubernamentales o
instituciones para realizar
esta investigación

Leriche Syndrome with Acute Presentation: A Case Report

ABSTRACT

Introduction: Leriche syndrome is a rare disease caused by acute or chronic occlusion of the distal abdominal aorta and both iliac arteries, resulting in lower limb ischemia. Its acute presentation can manifest with paraparesis, severe pain, absence of femoral pulses, and high morbidity and mortality. **Clinical case:** A 53-year-old female with a history of rheumatoid arthritis, hypertension, type 2 diabetes, and dyslipidemia, all irregularly treated, presented with acute diabetic ketoacidosis and high cardiovascular risk. She rapidly developed ischemia and acute aortic occlusion, with peripheral cyanosis and absent femoral pulse. Studies confirmed infrarenal aortic thrombosis. She underwent urgent embolectomy and was admitted to ICU requiring advanced life support. Despite partial reversal of cyanosis, hemodynamic instability persisted, leading to death on the second day. **Conclusion:** The clinical variability and nonspecific symptoms of this disease make early diagnosis difficult but are essential for timely surgical treatment. Computed tomography angiography (CTA) of the chest, abdomen, and pelvis is the imaging method of choice to confirm the diagnosis and plan appropriate therapeutic intervention, improving patient prognosis

Keywords: Leriche's Syndrome; Peripheral Arterial Disease; Embolectomy (MeSH).

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Leriche, también conocido como enfermedad oclusiva aortoiliaca, representa una manifestación infrecuente de la enfermedad arterial periférica (EAP), con una prevalencia inferior al 1% de los casos totales (1). Se caracteriza por la oclusión total o subtotal de la aorta abdominal infrarrenal y/o las arterias ilíacas comunes, lo que genera una isquemia crónica o aguda de las extremidades inferiores y órganos pélvicos (3). Clásicamente, se asocia con la tríada de claudicación intermitente de glúteos y muslos, disfunción eréctil en hombres e hipotrofia de los músculos glúteos, aunque en mujeres puede presentarse de forma atípica con síntomas como dolor lumbar o isquemia aguda (2,5). Esta entidad, descrita por primera vez en 1940 por René Leriche, surge predominantemente en pacientes con factores de riesgo ateroscleróticos, como tabaquismo, diabetes mellitus e hipertensión arterial (4). En su forma aguda, que ocurre en menos del 0,01% de las EAP, conlleva una morbimortalidad elevada debido a complicaciones como trombosis o embolia, retrasando frecuentemente el diagnóstico por su presentación variable (1,3). Según guías clínicas, el manejo inicial

enfatisa la revascularización endovascular o quirúrgica para restaurar el flujo, junto con control de factores de riesgo para prevenir progresión (1). Estudios de casos destacan la necesidad de un alto índice de sospecha en pacientes con comorbilidades crónicas, ya que un diagnóstico oportuno puede mejorar el pronóstico (2,4).

OBJETIVO

Describir un caso clínico de Síndrome de Leriche con presentación aguda, atendido y tratado en un centro hospitalario de tercer nivel.

REPORTE DE CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 53 años, procedente de la ciudad de Encarnación, con antecedentes de artritis reumatoidea diagnosticada hace 30 años, hipertensión arterial esencial, diabetes mellitus tipo 2 de 10 años de evolución y dislipidemia mixta, todos en tratamiento irregular. Niega tabaquismo y otros hábitos tóxicos. Acude al puesto de salud de su comunidad por mareos, náuseas, anorexia y decaimiento general de 12 horas de evolución. Se registra una glicemia capilar de 500 mg/dL (inicialmente reportada como 478 mg/dL en controles

posteriores), por lo que es derivada a nuestro centro hospitalario de tercer nivel para manejo de una probable descompensación aguda de su patología de base. Al ingreso, se diagnostica descompensación aguda de diabetes mellitus con cetoacidosis, junto con riesgo cardiovascular alto y enfermedad arterial periférica sugerida por índice tobillo-brazo (ITB) alterado.

Manifestaciones clínicas y examen físico

Al ingreso, la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, sin necesidad de oxígeno suplementario, lúcida y afebril. Los signos vitales iniciales son: presión arterial (PA) 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 105 lpm, frecuencia respiratoria (FR) 22 rpm, temperatura (T) 36,5 °C y hemoglobina glucosilada (HGT) 478 mg/dL. Presenta motilidad activa disminuida en miembros inferiores, atribuible a extremidades hipotróficas y deformidades articulares secundarias a artritis reumatoidea. El examen físico revela dolor a nivel de miembros inferiores, aunque sin cianosis ni alteraciones vasculares agudas en ese momento.

En el tercer día de internación, evoluciona bruscamente hacia inestabilidad

hemodinámica, con hipotensión arterial progresiva, cianosis periférica en ambos miembros inferiores, extremidades frías, ausencia de llenado capilar, sin movilidad bilateral, saturación no detectable por oxímetro de pulso, áreas parcheadas de isquemia hasta el hemiabdomen inferior y pulso femoral no palpable bilateral (Figura 1).



Figura 1 Examen físico. Se observan áreas parcheadas de isquemia que se extienden hasta el hemiabdomen inferior.

En el posquirúrgico, durante la estancia en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos (UTI-A), presenta abdomen globuloso y

distendido con ruidos hidroaéreos escasos, oliguria (débit urinario de 150 cc en 16 horas) y, en el día 2 posquirúrgico, murmullo vesicular disminuido globalmente (abolido en bases) con crepitantes, roncus y sibilancias, bajo sedación profunda (Richmond Agitation-Sedation Scale [RASS] - 5) y pupilas midriáticas arreactivas.

Estudios laboratoriales

Los estudios iniciales confirman descompensación metabólica: hemoglobina (Hb) 12,4 g/dL, glóbulos blancos (GB) 9700/mm³, plaquetas (Plt) 325.000/mm³; pH 7,25, bicarbonato (HCO₃) 10 mEq/L, exceso de base (EB) -14 mEq/L; cetonas en orina +++; creatinina 1,00 mg/dL, urea 35 mg/dL, anion gap (AG) 18 mEq/L, osmolaridad (OSM) 290 mOsm/kg. Perfil lipídico: colesterol total 201 mg/dL, HDL 35 mg/dL, LDL 127 mg/dL, triglicéridos (TG) 187 mg/dL. Proteína C reactiva (PCR) negativa. No se reportan alteraciones adicionales en controles posquirúrgicos,

aunque la evolución incluye acidosis metabólica persistente.

Estudios imagenológicos

Se realiza ecografía Doppler de miembros inferiores de urgencia, que revela ausencia de flujo arterial en ambas arterias femorales comunes, con contenido ecogénico sugestivo de trombo y sin señal Doppler en el resto del eje arterial (Figura 2).

La angiogramografía de urgencia confirma oclusión completa de la aorta abdominal desde la porción infrarrenal, sin pasaje de contraste a nivel distal, compatible con impresión diagnóstica de oclusión aórtica aguda probable por evento tromboembólico o disección aórtica a descartar (Figura 3).

El ITB al ingreso muestra valores patológicos: ITB derecho 0,50 e ITB izquierdo 0,55, indicativos de isquemia periférica.

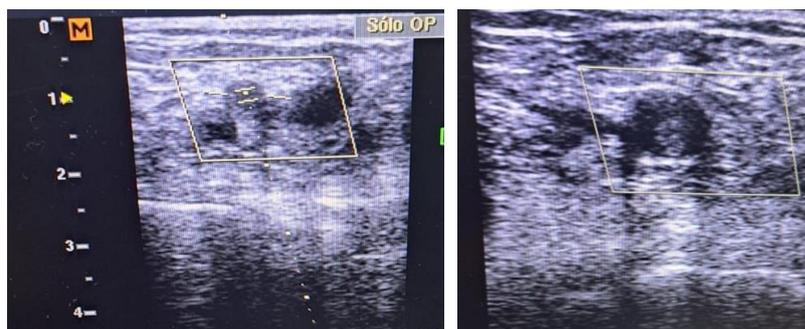


Figura 2 El ecodoppler revela ausencia de flujo arterial en ambas arterias femorales comunes, con presencia de contenido ecogénico, mientras que en el resto del eje arterial no se detecta señal al Doppler.

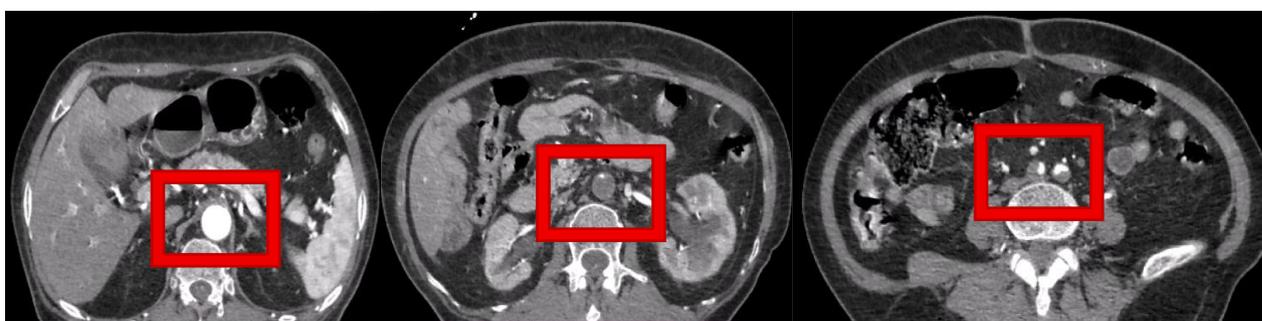


Figura 3 La CTA indica una oclusión de aorta abdominal desde la porción infrarrenal, sin pasaje de contraste hasta distal.

Tratamiento y evolución

Se inicia tratamiento para cetoacidosis diabética con medidas estándar (hidratación, insulina y corrección electrolítica), logrando buena respuesta clínica y resolución del cuadro en las primeras 48 horas. Ante la inestabilidad hemodinámica aguda, se consulta de urgencia a cirugía vascular y se realiza embolectomía (trombectomía) de la aorta

infrarrenal de urgencia, con pronóstico reservado para la conservación de ambos miembros inferiores y alto riesgo de mortalidad.

Postoperatoriamente, la paciente es trasladada a UTI-A para soporte vital avanzado, requiriendo altas dosis de inotrópicos (noradrenalina) por shock mixto (cardiogénico, infeccioso e hipovolémico), ventilación mecánica asistida-respiratoria

(VMAR) en modo volumen controlado (VC, PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 30%), sedación profunda y cobertura antibiótica empírica para neumonía adquirida en la comunidad (ampicilina/sulbactam y levofloxacina, día 3 de tratamiento). No se inicia soporte nutricional debido a la inestabilidad. En el posquirúrgico inmediato, se observa reversión de la cianosis con recuperación de la coloración cutánea habitual en las extremidades inferiores, aunque persiste síndrome de revascularización.

A pesar de las intervenciones de soporte hemodinámico y respiratorio, la paciente presentó una evolución desfavorable con inestabilidad hemodinámica persistente. Finalmente, se produjo el óbito en el segundo día de internación en la UTI-A.

DISCUSIÓN

El síndrome de Leriche, también conocido como enfermedad oclusiva aortoilíaca, se define por la obstrucción crónica de la aorta abdominal distal y las arterias ilíacas comunes y externas, lo que genera un patrón clásico de isquemia periférica en miembros inferiores (1). En el presente caso, la paciente de 53 años presentó una manifestación aguda de esta entidad, con oclusión trombótica de la aorta infrarrenal

confirmada por angiotomografía, complicada por shock hemodinámico y cianosis bilateral, en el contexto de comorbilidades como diabetes mellitus tipo 2 descompensada, hipertensión arterial y artritis reumatoidea. Esta presentación aguda difiere de la forma crónica típica, donde la progresión lenta permite el desarrollo de colaterales compensatorias, y resalta la necesidad de un diagnóstico oportuno para evitar complicaciones fatales, como ocurrió en esta paciente pese a la intervención quirúrgica de urgencia.

La presentación típica del síndrome de Leriche es crónica y subdiagnosticada, manifestándose principalmente como claudicación intermitente en glúteos y miembros inferiores, debilidad eréctil en hombres (triada clásica de Leriche) y ausencia de pulsos femorales, a menudo en pacientes sedentarios de edad avanzada con factores de riesgo ateroscleróticos (7). Esta forma crónica permite una adaptación hemodinámica mediante vasos colaterales, como se describe en casos raros con oclusión completa, pero evolución favorable gracias a redes entre arterias lumbares e iliolumbares (9). En contraste, la forma aguda, como en nuestro caso, se caracteriza por síntomas isquémicos súbitos —cianosis

periférica, extremidades frías, hipotensión y shock— secundarios a trombosis in situ o embolia, sin tiempo para compensación colateral, lo que precipita isquemia aguda y síndrome de revascularización postoperatorio (2). La mortalidad asociada a la presentación aguda es elevada, reportándose tasas del 20-50% en series de casos y revisiones, atribuible a la inestabilidad hemodinámica, complicaciones multiorgánicas y comorbilidades subyacentes, como se evidencia en estudios retrospectivos de oclusiones aórticas agudas donde el retraso diagnóstico excede las 6 horas (3,4).

El diagnóstico en este caso se basó en ecografía Doppler y angiotomografía, métodos no invasivos que confirmaron la ausencia de flujo arterial y oclusión completa, alineándose con las recomendaciones para evaluar enfermedad arterial periférica (7). Aunque la arteriografía convencional sigue siendo el gold standard para planificación intervencionista (8), la angiografía por resonancia magnética ofrece una alternativa valiosa en contextos estables, como se reporta en casos con colaterales extensos que preservan viabilidad tisular (9).

En cuanto al manejo, se optó por embolectomía quirúrgica de urgencia dada la inestabilidad hemodinámica, con soporte en UCI incluyendo inotrópicos, ventilación mecánica y antibióticos empíricos; sin embargo, la evolución desfavorable hacia óbito en el segundo día posquirúrgico subraya los desafíos en pacientes con alto riesgo cardiovascular y descompensación metabólica inicial. La literatura favorece enfoques endovasculares menos invasivos, como la angioplastia transluminal percutánea, que ha demostrado éxito en mujeres de la quinta década de vida, logrando remisión sintomática completa y permeabilidad a mediano y largo plazo sin riesgos quirúrgicos mayores (10,11). Asimismo, el abordaje endovascular se posiciona como opción segura y efectiva para el síndrome de Leriche, mejorando la calidad de vida y permitiendo recuperación pronta en presentaciones seleccionadas (12). En este contexto, la combinación de cetoacidosis diabética y neumonía comunitaria pudo haber exacerbado el pronóstico, destacando la importancia de un tratamiento multimodal que integre control glucémico y profilaxis antitrombótica en pacientes con comorbilidades (5).

CONCLUSIÓN

La aparición de esta enfermedad, ya sea por trombosis o embolia, constituye una entidad clínica poco común. La variabilidad en su presentación clínica puede causar demoras en el diagnóstico, lo que resalta la importancia de una evaluación oportuna. Es fundamental realizar los estudios diagnósticos necesarios, priorizando aquellos que permitan identificar con rapidez la necesidad de un tratamiento quirúrgico de emergencia. En este contexto, la angiografía computarizada (CTA) de tórax, abdomen y pelvis representa la técnica de imagen de elección para el diagnóstico inicial y la planificación del abordaje terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: Executive summary: A report of the American college of cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017;135(12):e686-725. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000470>.
2. Idrobo Paredes A, Díaz Romero J, Cruz Buriticá JD, Guerrero Eraso S. Síndrome de Leriche: reporte de caso y revisión de literatura. *Rev Cuarzo*. 2019;25(2):28-31. <https://doi.org/10.26752/cuarzo.v25.n2.408>.
3. Brown KN, Muco E, Gonzalez L. Leriche Syndrome. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538248/>
4. Rozo-Ortiz E, Vargas-Rodríguez L, Agudelo-Sanabria M, Rozo-Ortiz E, Vargas-Rodríguez L, Agudelo-Sanabria M. Síndrome de Leriche. *Med Interna México*. 2019;35(4):627-31. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2476>
5. Martínez J, Díaz JJ, Luján VP, Fernández MR, Ramírez E. Enfermedad oclusiva aortoiliaca o síndrome de Leriche. *Rev Colomb Cir*. 2017;32(3):214-22 <https://doi.org/10.30944/20117582.27>.
6. Licea Ortiz Y, Iglesias Cardoso EE, Artaza Sanz HM, García Pelegrí S. Síndrome de Leriche en mujer de mediana edad. *RCACV [Internet]*. 2025;26. Disponible en: <https://revangiologia.sld.cu/index.php/ang/article/view/920>
7. Pougy S, Mamani-Raghu C, Moreno E. Leriche Syndrome, Surgical Resolution. *Pren. Méd. Argent*. 110(2):49-57, 2024. Disponible en: https://prensamedica.com.ar/LPMA_V110_N02_PO_49.pdf
8. Matsuura H, Honda H. Leriche syndrome. *Cleve Clin J Med*. 2021 1;88(9):482-483. Doi: <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20179>
9. Erel CT, Erenel H, Mut A, Aydınli K. Leriche's syndrome and twin pregnancy. *Turk J Obstet Gynecol*. 2020;17(1):63-64. Doi: <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.58219>
10. Azañero-Haro J. El Síndrome de Leriche: Subdiagnóstico en la Enfermedad Arterial Periférica. *GacMed Bol*. 2022;45(1). Doi: <https://doi.org/10.47993/gmb.v45i1.376>
11. Mena Bouza YZ, Jaime Cabrera Z, Hernández Seara A, Barnés Domínguez JA. Angioplastia simple de aorta en síndrome de Leriche. *RCACV [Internet]*. 2024;25. Disponible en: <https://revangiologia.sld.cu/index.php/ang/article/view/474>
12. Liang HL, Li MF, Hsiao CC, Wu CJ, Wu TH. Endovascular management of aorto-iliac occlusive disease (Leriche syndrome). *J Formos Med Assoc*. 2021;120(7):1485-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664620305337>