



## Imagen Clínica del Mes

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

#### *Collateral pathways on aortoiliac and mesenteric occlusive disease. Leriche syndrome*

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

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Pontevedra

#### CASO CLÍNICO

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 ateriopatía periférica y de troncos viscerales crónica severa, compensada mediante múltiples arcadas colaterales. En el estudio se visualiza estenosis crítica de arteria renal izquierda (ARI), estenosis no significativa de arteria renal derecha (ARD) y oclusión de tronco celíaco (TC), arteria mesentérica superior (AMS) y arteria mesentérica inferior (AMI) en el origen. Asimismo, existe oclusión aortoílica yuxtarenal compatible con síndrome de Leriche de tipo II (Fig. 1). La compensación de la oclusión de troncos viscerales

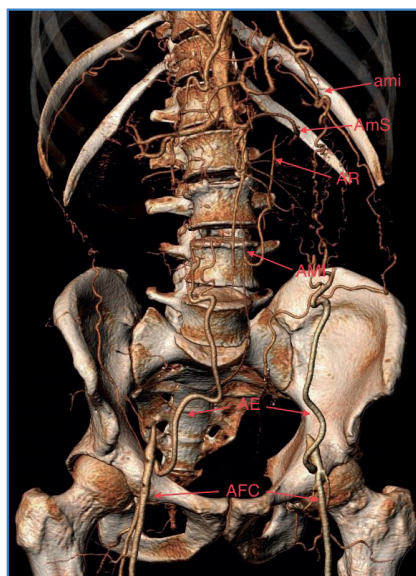


Figura 1.

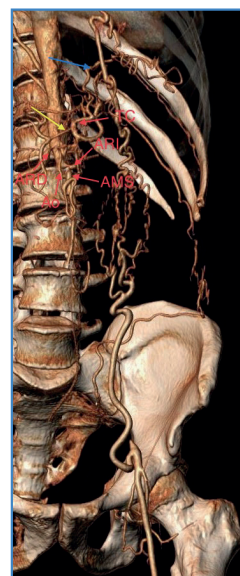


Figura 2.

Recibido: 20/04/2023 • Aceptado: 24/04/2023

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Morcillo Gelstein SA, González Fernandes M, Moncayo León KE, García Casas R. Circulación colateral en enfermedad oclusiva aórtica y visceral. Síndrome de Leriche. *Angiología* 2023;75(6):404-405

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00521>

#### Correspondencia:

Sabrina Alejandra Morcillo Gelstein. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Rúa Doutor Loureiro Crespo, 2. 36001 Pontevedra  
e-mail: [sabrina.morcillo@gmail.com](mailto:sabrina.morcillo@gmail.com)

es mediante colateralidad, que se origina de las arcadas del estómago y de las arterias pancreaticoduodenales, que recanalizan el TC y la AMS. En la figura 2 se observa la recanalización de la AMI a través de las arterias marginales de Serpent (amS) y Drummond (arcada de Riolano). La revascularización de las arterias femorales comunes (AFC) se realiza a través de la arcada de Winslow, formada por la comunicación entre las arterias epigástricas (AE) y las arterias mamarias internas (ami).

## 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 aortoiliaca. 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 que afectan 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. El tratamiento médico es la primera opción si el paciente no presenta datos de isquemia crítica (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 el paciente se encuentra con control tensional adecuado con triple terapia antihiper-

tensiva, etatina y antiagregante. Presenta clínica de claudicación intermitente no invalidante y ausencia de clínica de ángor intestinal.

## 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 oclusiva aortoiliaca. 9.ª edición. Madrid: Elsevier España; 2020. p. 358-418.
2. Menard MT, Shah SK, Belkin M. Aortoiliac Disease: Direct Reconstruction. En: Sidawy AN, Perler BA (editors). Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. 9th edition. Philadelphia (USA): Elsevier; 2019. p. 1397-415.
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/hfsf.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