Trabajo de la Clínica del Prof. A. Chifflet

CONSIDERACIONES A PROPOSITO DE UN CASO DE SINDROME DE LERICHE (*)

Dr. Carlos A. Ormaechea

T. S. P., 49 años. Sexo masculino, Hist. N° 2270.

Ingresa a la Clínica el 1° de agosto de 1953 enviado de Sala 9. Desde hace 3 1/2 años presenta una claudicación intermitente del miembro inferior derecho y una disminución de la potencia sexual caracterizada por imposibilidad de la erección sostenida con conservación de la libido.

Desde hace 4 o 5 meses la claudicación del miembro inferior derecho se hace más intensa apareciendo las molestias al caminar una cuadra.

Desde hace 2 o 3 meses presenta discretos calambres en la pantorrilla del miembro inferior izquierdo.

En el momento actual tiene hormigueos y adormecimiento del pie derecho que está más rojo y más frío que el izquierdo.

Antecedentes personales: fumador marcado.

Examen clínico.

Buen estado general. Piel y mucosas bien coloreadas.

Pulso 86, regular, bien golpeado. P. A. Mx. 14, Mn. 7 1/2.

Miembro inferior derecho: ausencia de pelos en pierna y pie. Piel seca, delgada, brillante, con descamación fina, sobre todo en pierna y pie. Presenta algunas zonas pigmentadas irregulares, sobre todo en 1/3 inferior de pierna. Discreta atrofia muscular. Disminución de fuerzas. Sensibilidad normal. No hay pulsos en ninguna de las arterias del miembro.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la 1/2 hora previa, el día 23 de junio de 1954.

Miembro inferior izquierdo: los trastornos tróficos son menores que los del lado opuesto. No hay latidos en la femoral izquierda, son muy débiles en el resto de las arterias de ese miembro.

Resto del examen clínico sin particularidades.

Oscilometría.

Oscilaciones muy disminuídas en ambos miembros sobre todo a la derecha.

Exámenes complementarios.

Electrocardiograma: normal.

Fondo del ojo: reflejo de las arterias aumentado. Papila normal, no hay retinopatía.

Hemograma	}	normal
Urea		
Velocidad de sedimentación		
Orina		

Se hace el diagnóstico de síndrome de oclusión de aorta terminal y se resuelve intervenir quirúrgicamente.

Operación.

4 de agosto de 1953. Prof. A. Chifflet. Dr. Carlos Ormaechea. Anestesia General.

Incisión: mediana infraumbilical.

Exploración:

Aorta terminal disminuída de calibre en su extremidad con una dilatación por encima. Las paredes están cubiertas de placas de ateroma. Late bien.

Íliacas primitivas: paredes gruesas con placas de ateroma, laten poco, notándose un frémito marcado en ambas.

Íliacas internas: laten muy poco, sobre todo del lado derecho.

Íliacas externas: izquierda, late muy poco, derecha, está convertida en un cordón fibroso, duro, de diámetro mucho más chico que la arteria íliaca primitiva correspondiente.

Hay un detalle que llama la atención inmediatamente, la arteria iliaca externa fibrosada y retraída produce una angulación muy marcada del origen de la iliaca interna que presenta a ese nivel una considerable disminución de su diámetro.

Se reseca la iliaca externa derecha en su totalidad. Inmediatamente de seccionada la arteria se ve que se endereza el ángulo que formaban la iliaca primitiva y la iliaca interna, notándose que en esta última los latidos se hacen mucho más intensos.

Se reseca luego un ganglio y 2 cms. de cordón simpático de ese lado.

Evolución: Ha notado que su miembro inferior derecho está más caliente. A los 4 o 5 días de operado tuvo tendencia a la erección peneana después de dos años de impotencia casi total.

Visto a los 2 o 3 meses el enfermo declara que ha mejorado considerablemente de su claudicación en miembro inferior derecho y de su impotencia genital.

ANATOMIA PATOLOGICA

Mascroscópica.

La arteria iliaca mide 2 cms. de longitud. Gran espesamiento de la pared; luz notablemente reducida.

Microscópica.

Histologicamente se observa la luz arterial totalmente ocluída por un proceso productivo en medio del cual existen algunas luces de recanalización revestida por endotelio. El proceso en su conjunto corresponde a una endarteritis obliterante.

Dr. Anavitarte. — Habría que considerar que clínicamente el síndrome de Leriche obedecería a eso: a un síndrome clínico caracterizado por impotencia genital, más trastornos circulatorios de los miembros inferiores. Lo que viene a demostrar el Dr. Ormaechea y que el Dr. Chifflet insistía que lo presentáramos a la Sociedad de Cirugía: es que el síndrome de Leriche puede ser el clínico, producido por otras lesiones que no es la trombosis terminal de la aorta.