

66 d.c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE CLINICAS

UM CASO DE
SINDROME DE LERICHE

LUIZ LEITÃO LEITE

Medicina

Clínica Cirúrgica

Florianópolis, abril de 1978

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO	1
2 - REVISÃO LITERÁRIA	2
3 - APRESENTAÇÃO DO CASO	5
4 - COMENTÁRIOS	9
5 - CONCLUSÕES	11
6 - RESUMO	12
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

1 - INTRODUÇÃO

Sendo a arterioscleose uma patologia que esta incidindo cada vez mais, com o passar dos anos, na população do mundo ocidental (10), consideramos importante abordar uma de suas formas que é a síndrome Lérlche ou obstrução arteriosclerótica crônica aorto-iliaco .

Os quadros obstrutivos em extremidades são patologias as quais o médico deverá estar atento, seja pela importância de um diagnóstico clínico/eficaz e precoce, seja pela oportunidade que poderá dar ao seu paciente de ser liberado da complicação arteriosclerótica incapacitante através do tratamento cirúrgico adequado. (10)

Procuraremos apresentar neste trabalho aspectos diagnósticos e pré-operatórios pela descrição da história clínica e exame físico em um caso desta síndrome, paralelamente a dados bibliográficos.

2 - REVISÃO LITERARIA

A síndrome descrita inicialmente por René Leriche em 1940 era decorrente da obstrução total da aorta abdominal ao nível da bifurcação aorta-ilíaca. O paciente apresentava claudicação intermitente em ambos os membros inferiores, a curtas distancias e alta, isto é, referia dor em região lombar, / nádegas, coxas e panturrilhas a deambulação. Foi encontrada também cetrofia e palidez dos membros inferiores, e ausência de pulsos pedioso tibial / posterior, politeo, femural (bilateralmente) e de aorta abdominal abaixo da cicatriz umbelical. A impotência sexual se associava ao quarto. (1 , 5, 7 , 10).

Anatomopatologicamente esta obstrução se traduz pela placa de ateroma / que se assesta na luz do vaso devido a deposição subntimal de lípidios, muopolissacarideos, proteínas e cálcio, sendo condicionada por vários fatores / havendo os autores desenvolvido várias teorias para explica-la. A placa de ateroma aumenta de tamanho insidiosamente e sua formação é predisposta pelo stress, a hereditariedade, a obesidade, o hábito de fumar, o sedentarismo, e diabetes, a hipercolesterolemia, e a hipertensão. (2 , 5 , 7 , 8 , 9 ,)

Esta doença como outras patologias arterioescleróticas tem a sua sintomatologia decorrente da isquemia. No início da evolução do quadro, quando / há estreitamento discreto da luz aparecem sintomas frustos e incharacteristicos, / sensações discretas de adormecimento e formigamentos relacionados com a postura ou exercício intenso aosquais o paciente não dá atenção. com o aumento da placa de ateroma vão aparecer alterações da coloração a da temperatura da pele das extremidades inferiores, e dificuldade de manter os / pés aquecidos nos dias frios. Mais tarde com a diminuição da luz arterial / em até a metade do calibre original, o indivíduo mantem ainda um bom trofis

no dos tecidos dos membros inferiores no repouso ; com o exercício , devido ao acúmulo de catabólicos musculares e ao deficiente fluxo sanguíneo para a sua remoção, aparece a claudicação intermitente. (1 , 3 , 5 , 10)

Mais tarde ainda, pelo turbilhionamento sanguíneo há deposição de trombo no segmento lesado aumentando mais ainda a obstrução, com o progredir da trombose, que se estende cranial a caudalmente, a indivíduo referirá claudicação intermitente para espaços menores. (5 , 10)

No decorrer deste processo crônico vai se desenvolvendo circulação colateral que é dada principalmente por anastomoses longitudinais entre os vasos parietais, em particular os intercostais inferiores, os subcostais e os epigástricos; e anastomoses entre os ramos viscerais, especialmente com as arterias cólicas e intestinais, e com menor importancia as anastomoses/através do plano mediano, principalmente no palve, entre ramos de artérias/iliacas internas. (4)

O diagnóstico é dado pela história de claudicação intermitente e impotencia sexual. Pelo exame físico é observada a atrofia, palidez, ipotemia de membros inferiores, pela palpação veremos diminuição ou ausencia dos pulsos distais a obstrução, pela ausculta detectaremos sopros ao nível da obstrução. (1 , 10)

Podem ser usadas provas para avaliar o grau de comprometimento esquemico como as que descreveremos a seguir:

- Paciente em posição supina com membros inferiores elevados a 45 g. É normal a planta dos pés rosadas, em casos de esquia intensa ocorre palidez.

- Paciente na mesma posição flexionando e estendendo os pés, se aparecer palidez somente desta maneira a esquia é de grau mais moderado.

- Paciente senta rapidamente, o rubor deve aparecer imediatamente, as veias enchem em dez segundos. se o tempo de rubor estiver acima de 20 segundos e o tempo de enchimento venoso acima de 30 segundos significa circulação colateral ineficiente; Alteram essas provas exames foi toçem local frio e a presença de varizes em membros inferiores. (1)

A aortografia está indicada para confirmar o diagnóstico e avaliar mais precisamente o local e extensão da lesão obstrutiva, bem como a circulação colateral, sendo importante no pré operatório. (1 , 3 ; 10)

Não devemos desatentar ao diagnóstico diferencial que deverá ser feito/ com anemia grave, síndrome de McArdle; nestas doenças os pulso periferico são normais. Na artrite a dor esta presente no repouso. Na embolia arterial o quadro é mais agudo. Em pacientes com doença de disco/lombar, do canal raquidi ano ou da cauda e quina pode a dor àcorrer apenas com exercício. Em 95% dos ca sos de dor ciática há uma lesão discal ao nível lombar ou uma espondilostis. O vaso espasmo pode ser intenso não permitindo palpares-se os pulsos distais. Frequentemente aparecem sinais neurológicos. Mesmo as pulsações dos grandes va sos podem desaparecer em pacientes que fazem uso da medicação vasoconstritora. (1 , 3)

O tratamento é cirúrgico visando restabelecer uma circulação adequada pa ra os membros inferiores, embora saibamos que seja um tratamento paliativo, / foi demonstrado, experimentalmente que as artéria distais a uma oclusão da aor ta estão protegidas de doença artereoúlerótica; este fenomeno pode estar pre sente em pacientes com total oclusão da aorta, nos quais a doença oclusiva é incomum distalmente as hipogastrias. (7 , 10)

Usa-se a endarterectomia naqueles casos em que a artéria acometida é de grande calibre e nós quais a lesão estenosante e ou obstrutiva esteja limitada a pequenos segmentos não/mais de 10 e 12 cm. A substituição arterial pode/ ser utilizada nos casos em que não estiver indicada endarterectomia. E podem / ser feitas as duas medidas combinadas (1 , 10)

A idade não seria um fator para determinar operabilidade; é importante determinar a existência de patologias intercorrentes como diabetes, doenças renais, cardíacas, neurológicas, distúrbios do mecanismo de Coagulação, his tória de alergias, drogas ingeridas pelo paciente. (6)

3 - APRESENTAÇÃO DO CASO

NOME: O.L.S. Internado no leito 05, enfermaria 205 do setor de clínica cirúrgica, da Faculdade de Medicina da UFSC, sob o número de registro 41.408.

SEXO: MASC. Idade 58 anos. Cor br. Est. civil casado, profissão agricultor.

NACIONALIDADE: Brasileira. Naturalidade: SÃO JOÃO BATISTA - SC.

RESIDENCIA ATUAL: Domingos Gerreia - Mun. São João Batista SC.

RESIDENCIA ANTERIOR: Blumenau SC. (1960 à 1969)

DATA DA ENTRADA: 26-03-78

QUEIXA PRINCIPAL: " Dor nas pernas que não deixa eu viajar nem quinze metros".

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Em 1971 começou a sentir dor de pouca intensidade na panturrilha direita, sem irradiação, que piorava com a deambulação, aliviando com repouso. Em 1975 houve piora do quadro impedindo o paciente de exercer suas atividades normais levando-o a permanecer em casa. Refere que há um ano apareceu a mesma sintomatologia na perna esquerda. Sentiu também arestesias há sete anos, concomitantemente esfriamento dos pés e da metade distal das pernas, e atrofia gradativa dos membros inferiores. Nessa época deambulando cinco km era obrigado parar para alívio da dor, há tres anos, andava quinze metros e sentia dor, permanecendo somente em casa. Não refere dor em repouso. Há seis meses observou diminuição da po

tencia sexual.

Refere ainda emagrecimento após início da doença, dispnéia de pouca intensidade, apareceu há sete anos relacionada pelo paciente a estados gripais, fazendo uso de medicamentos para combatê-la, ocasionalmente. Para tentar alívio da dor nas pernas, utilizou friccionar cachaça com uma erva, aceitando o conselho de amigos.

As informações foram fornecidas pelo próprio paciente no leito da enfermaria.

História patológica progressiva: Na infância apresentou sarampo, varicela, catapóira, e coqueluche. Com 12 anos de idade apresentou, malária, com 16 anos pneumonia, paratifo com 35 anos. Relata sofrer de "asma" há sete anos. Não faz uso de corticoides ou hipotensores. Nega sangramento anormais.

HISTÓRIA FISIOLÓGICA E SOCIAL: Até há três anos atrás ingeria meia garrafa de cachaça por dia. Fuma a quarenta e três anos, fumo de corda (dois cigarros por dia), e cigarros com filtro (dez a vinte por dia). Apresenta impotência sexual parcial há seis meses. Mora em casa de madeira com um quarto, não frequentou a escola.

HISTÓRIA FAMILIAR: Pai falecido, com 94 anos, mãe falecida há 36 anos, não sabe informar a causa, irmã com crise de ausência. Não relata outras patologias familiares.

EXAME FÍSICO GERAL: Biotipo longilíneo. Fácies emagrecido, cronicamente doente. Alt. 157 cm. Peso 39,5 kg. Temperatura axilar 36,5 °C. Atitude no leito indiferente. Estado mental, calmo, lúcido, orientado. Marcha prejudicada a curtas distâncias. Fala normal. Pele atrófica seca, lisa, penicilo adiposo diminuído.

EXAME DAS REGIÕES E SISTEMAS ORGÂNICOS:

Cabeça: Crânio sem alterações. Boca: língua saburrosa, papilada, dentes em mau estado de conservação.

Pescoço: Batimentos arteriais e venosos normais, ausência de sôpros e de turgencia jugular. Traqueia e tiróide sem alterações.

Tórax: Enfisematoso (aumento do diametro ântero posterior), coluna toréxica com cifose. Fossas supra claviculares normais.

Aparelho respiratório: Tiragem intercostal baixa discreta. Respiração tóracoabdominal. Frequencia respiratória = 22 incusões respiratórias / por minuto. Expansão diminuida em ápices e bases do tórax. Frêmito toraco (bucal normal. Percussão: hipertimpanismo. Ausculta pulmonar: murmurio presente, diminuido difusamente em ambos os hemitorax, ausencia de ruídos adventicios.

Aparelho circulatório: Ictos invisível, difuso, palpável entre quarta e sexta espaços intercostais esquerdos, próximo à linha paraesternal.

Ausculta cardíaca: Hipofonese de bulhas em todos os focos, ausencia de ruídos adventicios. Pressão arterial = 130 por 70 mmhg. frequencia cardíaca = 80 batimentos por minuto. Pulso radial rítmico, de frequencia = 80 pulsações por minuto, isocronico, arterias de consistencia fibrose. Pulsos periféricos pedioso, tibial posterior, popliteo e femural ausentes / bilateralmente. Pulso em aorta abdominal, abaixo da cicatriz umbelical / ausente.

Abdomen: Plano, simétrico ausencia de massas visiveis à inspeção. A palpação ausencia de massas. Vesicula biliar, baço, figado, e rins impalpáveis. A percursão timpenismo abdominal. Hepatimetria de 12 cm com limites superior no sexto espaço intercostal direito. A ausculta abdominal / ruídos hidroaeréos presentes, normais; em fossas ilíacas, sopro sistólico de ejeção. O toque retal não foi efetuado.

Genitália: Pênis e testículos sem alteração.

Glândulas linfaticos: Cervicais, supra claviculares, axilares e inguinais sem particularidades.

Membros superiores: Força muscular diminuida, atrofia muscular, discreto baqueteamento dos dedos, pele dos dedos indicador e média da mão / esquerda amarelada (nicotina).

Membros inferiores: Força muscular diminuída, atrofia muscular intensa deixando ver contornos ósseos da articulação dos joelhos (bilateralmente). Ausência de varizes, ausência de pulsos pedioso, tibial posterior, poplíteo, e femoral. Hipotermia bilateral, com pele dos pés avermelhadas e frias "pé de lagosta", unhas em mau estado trófico. Encolimento capilar diminuído.

Sistema nervoso: Exames do Tonus, coordenação, reflexos, sensibilidade sem alterações. Exame dos pares cranianos normal. Observou-se diminuição da força muscular em membros superiores e inferiores.

Hipóteses diagnósticas: Síndrome de Leriche (obstrução arteriosclerótica aorto-iliaca) e enfizema pulmonar.

Exames complementares:

Eletrocardiograma normal

Exame parasitológico de fezes - negativo

Exame parcial de urina - normal

Serologia para Luas - negativo

Glicose sanguínea 75 mg %

Ureia sanguínea 30 mg %

Hemograma: Hematócrito - 49,0 %, Hemoglobina - 19,2 gr %, Hematime - / tria 5190 000, VHS - 1^a hora 5 mm, 2^a h. 18 mm, (média 7 mm).

RX. de tórax (PA): Sinais de aumento da capacidade pulmonar. Diminuição da circulação pulmonar periférica. Área cardíaca dentro da normalidade. Aterome da croça da aorta. Enfizema pulmonar?

Aortografia translombar: Aorta tortuosa. Obstrução parcial da aorta em sua extremidade distal e obstrução parcial das artérias ilíacas primitivas. Circulação colateral ao nível das artérias femurais.

4 - COMENTARIOS

Mercado analisando trezentos e quinze ^{CASOS} de arteriopatia obstrutivas encontrou maior incidência de obstrução ao nível aorto ilíaco (151 casos), de acordo com a idade a faixa de maior incidência foi da 5^a e 6^a décadas de vida com 129 pacientes . Quanto ao sexo encontrou uma proporção de 31 homens para uma mulher. Em relação a claudicação a sua maior incidência foi a de casos em que a marcha era normal até aos 200 mt., em 140 pacientes e classificou-a como claudicação moderada, como claudicação grave, a marcha lenta aos 20 mt., encontrou 48 pacientes. (7)

Apesar de estarmos considerando apenas um caso e outros autores colocarem em ordem de frequência a obstrução ao nível de femoral maior (90%) / seguida pelas obstruções da aorte ilíaca e poplitea (1), pelos dados citados anteriormente tentamos enfatizar a grande incidência de obstrução ao nível aorto ilíaco, a incidência maior que a arteriopatia obstrutiva em homens na 5^a e 6^a décadas de vida, dados que se enquadram com o caso exposto. A claudicação nos casos de obstrução aorta ilíaca não é frequentemente alta porque os músculos da panturrilha tem maior desempenho na marcha, sofrendo mais o quadro esquemico. (1)

Foi possível caracterizar o quadro evolutivo da arteriosclerose pelo fato de individuo apresentar somente sintomatologia no membro inferior direito por uma acometimento maior da artéria ilíaca comum direita no inicio do quadro, há 7 anos, e, após, há um ano apareceu a sintomatologia no membro inferior esquerdo . De acordo com a bibliografia consultada isto

acontece pelo mecanismo de trombogênese (5 , 10)

Nêsta caso o paciente não apresentou dor de repouso ~~nesta caso o pa-~~
~~ciente não apresentou dor de repouso~~ e que indica que o suprimento sangui-
neo é adequado a nutrição da pele. (1)

Os pulsos perifericos ausente indicarã o deficit da permeabilidade /
da aorta. As alterações tráficas foram marcadas pela intensa atrofia mus-
cular em membros inferiores e pela alterações de fâmeras.

Como patologia associadas Mercado encontrou hipertensão arterial em
117 dos seus 315 casos, diabetes em 61, insuficiencia renal em 42, seque-
las de infarto do miocardio em 39, cardiosclerose em 37 litíase renal em
6 e carcinoma. (7) . Nenhuma dessas patologias ocorreram no nosso pacien-
te e os exames complementares contribuirã para afasta-las, porém este a-
presentou um quadro de enfizema pulmonar que foi tratado com a finalidade
de evitar complicações pós-operatórias.

Por apresentar arterias radiais com certo grau de esclerose apalpação,
ateroma de crossa de aorta e obstrução aortoaélica podemos verificar que real-
mente o processo artereosclerótico é difuso como nos dados citados pelos au-
tores. (1 , 7 , 100)

5 - CONCLUSÕES

- 1 - A Síndrome de Leriche, como outras patologias arterioescleróticas, tem caráter difuso, isto é acomete todo o sistema arterial do organismo.
- 2 - É uma patologia de caráter evolutivo, o que foi demonstrado pela história clínica.
- 3 - Considerando os fatores predisponentes, houve coincidência com a faixa etária e com o fato de o indivíduo ser de cor branca e tabagista / crônico.
- 4 - Não foram detectadas outras patologias pela anamnese, exame físico e exames complementares, somente os quadros de enfizoma pulmonar e infecção respiratória, que aparecem no período de avaliação pré-operatória.
- 5 - A história clínica, somada ao exame físico, foi altamente sugestiva de patologia obstrutiva crônica em membros inferiores.

6 - RESUMO

Neste trabalho é descrito um caso de obstrução arterioesclerótica crônica aortoiliaca. Valorizando o quadro clínico e abordando aspectos fisiopatológicos, terapêuticos e de diagnóstico diferencial, entre outros.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BEESON, Paul B., MD. et Mc.Dermott, Walsh, (MD); Doenças dos Vasos Periféricos. Tratado de Medicina, Tomo II, 13a. Ed., 1973, p. 1174 - 1180.
- 2 - CASALI, Robert E. et alii; Total Infrarenal Aortic Occlusion. The American Journal of Surgery, vol. 134, nº 6, dec. 1977, p. 809 - 812.
- 3 - DIAZ, Carlos J.; Dolor de las Extremidades Inferiores. Diagnóstico Diferencial, 1a. Ed., jul. 1963, p. 258 - 263.
- 4 - GARDNER, Ernest et alii; Vasos Sanguíneos do Abdomen. Anatomia, Estudo do Regional do Corpo Humano, 2a. Ed., 1967, p. 476 - 484.
- 5 - HAIMOVICI, Henry, MD; Atherogenesis - Recent Biological Concepts and Clinical Implications. The American Journal of Surgery, vol. 134, nº 2, Aug. 1977, p. 174 - 178.
- 6 - JORDAN, George L., Jr., MD. et DENNIS, Edward, MD.; Evaluation of the Patient for Vascular Surgery. The Surgical Clinics of North America, vol. 46, nº 4, Aug. 1966, p. 825 - 829.
- 7 - MERCADO, H.R.; Doze Anos de Experiência en Cirurgia de la Aorta Abdominal. Revista Brasileira Cardiovascular, vol. 7, nº 3, jul., ago, set. 1971, p. 135 - 154.
- 8 - RAMOS, José, Jr.; Propedêutica Física da Aorta Abdominal e das Artérias Iliacas, Semiotécnica da Observação Clínica, Vol.2, 4a. Ed., 1974, p. 717-719.
- 9 - ROBBINS, Stanley L., M.D.; Vasos Sanguíneos. Patologia, 2a. Ed., 1969, p. 565-614.
- 10 - ZERBINI, E. J.; Arteriosclerose Periférica; Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto, Vol. 2, 3a. Ed., 1974, p. 378 - 392.

TCC
UFSC
CC
0066

Nome: TCC UFSC CC 0066

Autor: Leite, Luiz Leitão

Título: Um caso de Síndrome de Leriche..



972814463

Ac. 252902

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM

Nome: TCC UFSC CC 0066