

Tratamiento endovascular del síndrome de May-Thurner

Endovascular treatment of May-Thurner syndrome

Germán Stupaczuk¹, Carlos Álvarez Iorio¹, Alejandro Álvarez Iorio¹, Fernando Ordóñez¹, Martín Ordóñez¹

RESUMEN

El síndrome de May-Thurner es una alteración anatómica en la cual la vena iliaca común izquierda está comprimida por la arteria iliaca común derecha y la columna a la altura de la quinta vértebra lumbar, con la consecuente aparición de trombosis venosa profunda en la extremidad inferior izquierda. Presentamos el caso de una mujer de 62 años, extabaquista, que consulta por dolor y tumefacción del miembro inferior izquierdo de un año de evolución, constatándose en la angiogramografía abdominopélvica compresión de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca común derecha. Se realizó tratamiento endovascular con stent autoexpandible.

Palabras claves: miembro inferior, stent, trombosis venosa profunda.

ABSTRACT

May-Thurner syndrome is an anatomic disorder in which the left common iliac vein is compressed by the right common iliac artery and the spine at the level of the fifth lumbar vertebra with the consequent appearance of deep vein thrombosis in the lower limb left. We present the case of a 62-year-old woman with a history of ex-smoking who consults for pain and swelling of the left lower extremity of a one-year evolution that, after performing the abdominal-pelvic angiogramography, compression of the left iliac vein by the right common iliac artery was confirmed, undergoing endovascular treatment with self-expanding stent.

Keywords: lower extremity, stent, deep vein thrombosis.

Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista 2020;11(2):83-85. <https://doi.org/10.30567/RACI/202002/0083-0085>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de May-Thurner es una entidad clínica poco frecuente, en la cual la vena iliaca común izquierda se encuentra comprimida por la arteria iliaca común derecha a la altura de la quinta vértebra lumbar¹. En consecuencia de esta compresión en forma sostenida y del traumatismo causado por la fuerza pulsátil de la arteria sobre la vena, se produce una lesión de la íntima que dificulta u obstruye el flujo venoso, lo que favorece el desarrollo de trombosis venosa^{2,3}.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 62 años de edad con factores de riesgo cardiovascular (extabaquismo). Sin antecedentes clínicos de relevancia. Consulta por cuadro de dolor y tumefacción en miembro inferior izquierdo de 12 meses de evolución. Al examen físico la paciente presenta enrojecimiento con aumento de la temperatura del miembro inferior izquierdo e hipersensibilidad a la compresión asociada a presencia de edema 3/6.

La evaluación con eco-Doppler venoso de miembro inferior izquierdo mostró signos de trombosis venosa profunda y várices a nivel pélvico que drenan en ambas safeno femorales con dilatación venosa a dicho nivel.

Se realiza angiogramografía abdominopélvica, observándose obstrucción severa de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca común derecha a nivel de la 5ta vértebra lumbar (síndrome de May-Thurner) con várices pélvicas con circulación colateral hipogástrica (**Figura 1**).

Ante el diagnóstico por angiogramografía de síndrome de May-Thurner y encontrándose la paciente sintomática para dolor y edema de miembro inferior izquierdo, se decide realizar tratamiento endovascular de la vena iliaca común izquierda.

Inicialmente, por acceso venoso femoral izquierdo 4 Fr se realiza flebografía cavo-iliaca diagnóstica constatándose oclusión total de la vena iliaca común izquierda, a diferencia de la angiogramografía, en la que la vena iliaca común izquierda presentaba una obstrucción severa por compresión extrínseca por la arteria iliaca común derecha (**Figura 2**).

Se decide realizar intento de recanalización de la vena iliaca izquierda por vía endovascular. Primeramente se intercambia introductor 4 Fr por uno de 7 Fr. Tras múltiples intentos se logra atravesar la oclusión total con cuerda 0,035 hidrofílica TERUMO, la cual se progresa hasta la vena cava inferior. A continuación, desde un catéter guía JR 7 Fr se realiza en reiteradas oportunidades tromboaspiración directamente desde el mismo sin obtener material trombótico macroscópico y, al no observarse imagen angiográfica de trombo, se decide continuar con el procedimiento. Se intercambia cuerda TERUMO por cuerda 0,035 de mayor soporte (SUPRA-CORE), se implanta un stent autoexpandible Zilver Vena (**Figura 3**) y se posdilata con balón de 8,0 mm de diámetro. En control angiográfico se visualiza una segunda obstrucción radiolúcida severa en la vena iliaca externa izquierda por lo que se implanta un stent autoexpandible (Protege GPS) y se posdilata con balón de 8,0 mm de diámetro, lográndose muy buen resultado angiográfico final (**Figura 4**).

La paciente evoluciona de manera favorable otorgándose alta hospitalaria a las 24 horas con tratamiento anticoagulante oral durante 6 meses. En el seguimiento a 3 meses, la paciente se encuentra con franca mejoría de los signos y síntomas de la enfermedad en seguimiento por su médico de cabecera.

DISCUSIÓN

La compresión de la vena iliaca común izquierda por la arteria iliaca común derecha, o síndrome de May-Thurner, es

1. Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

✉ Correspondencia: Germán Stupaczuk. O'Higgins 29 piso 10 dpto B, Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Rep. Argentina. Tel.: 0291-154124439. german.stupaczuk@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido: 05/11/2019 | Aceptado: 14/05/2020

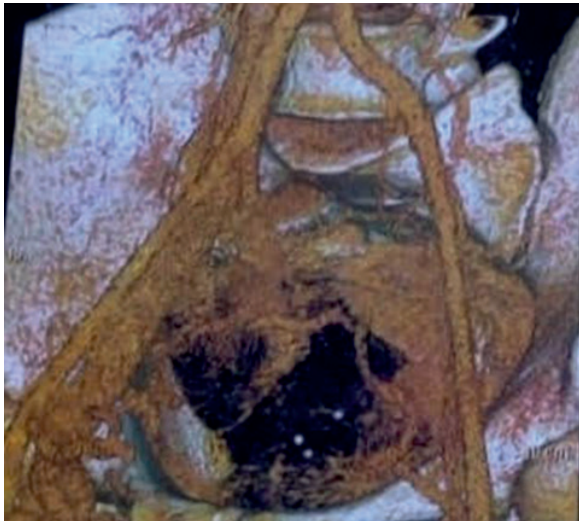


Figura 1. Angiotomografía abdominopélvica: obstrucción de la vena iliaca izquierda por la arteria iliaca común derecha a nivel de la 5ta vértebra lumbar (síndrome de May-Thurner).

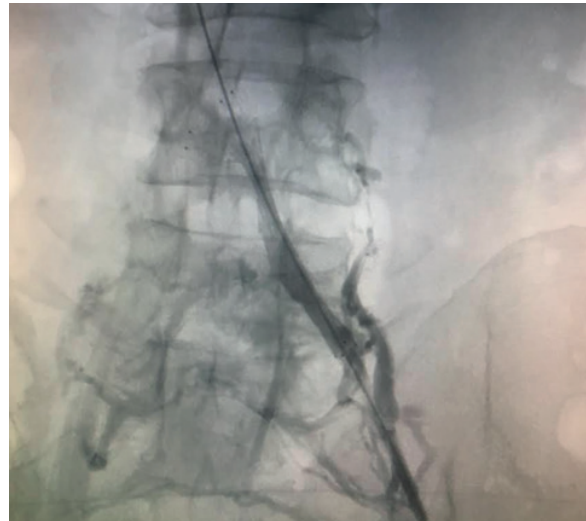


Figura 2. Flebografía cavoilíaca: oclusión de la vena iliaca común izquierda

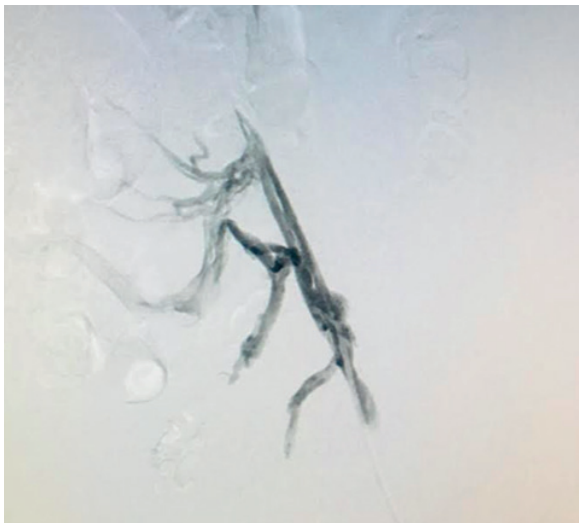


Figura 3. Implante de stent autoexpandible Zilver Vena.



Figura 4. Resultado angiográfico final.

una entidad que en muchas ocasiones aparece como causa subyacente de trombosis venosa profunda.

Su prevalencia real es desconocida, es más frecuente en mujeres de entre 20-40 años y muchas veces es subdiagnosticada. El diagnóstico de esta entidad se realiza por los síntomas y hallazgos clínicos en el examen físico que, junto a los métodos de imagen tales como la ultrasonografía^{4,5}, angiotomografía y la resonancia magnética ayudan al diagnóstico y a la planificación del tratamiento, pero la flebografía iliovena es crucial para la confirmación diagnóstica y permite además explorar lesiones crónicas dentro del vaso así como también anomalías congénitas que suelen asociarse a este síndrome, como duplicación del sistema venoso o sistema venoso rudimentario⁶. En la actualidad, el tratamiento endovascular junto con el tratamiento médico han demostrado ser efectivos con buenos resultados a largo plazo. En el caso de nuestra paciente, se observó progresión de la enfermedad al confirmar la oclusión total de la vena iliaca común izquierda en la flebografía iliovena a los dos meses de realizada la angiotomografía abdominopélvica y se decidió realizar recanalización endovascular del vaso con implante de dos *stents* autoexpandi-

bles, que brindó muy buen resultado angiográfico y permitió otorgarle el alta con anticoagulación oral. A modo de discusión se podría plantear, tras confirmar la oclusión total de la vena iliaca común izquierda por la flebografía, si se tendría que haber continuado o no con la intervención considerando el riesgo eventual de embolización de trombos tras el pasaje de la cuerda o durante el implante de los *stents*. Sin embargo, al no haber obtenido material trombótico macroscópico tras las múltiples aspiraciones realizadas directamente con el catéter JR 7 Fr y al no observarse imagen angiográfica de trombo, se decidió continuar el procedimiento lográndose la recanalización del vaso de manera exitosa. siendo dada de alta a las 24 hs con anticoagulación durante 6 meses.

El tratamiento endovascular hoy en día es el método de elección con buenos resultados a largo plazo con baja tasa de complicaciones debiendo realizar anticoagulación sostenida en un plazo mínimo de 6 meses. Según la literatura, se recomienda anticoagulación durante seis a doce meses si ha ocurrido un único episodio de trombosis venosa profunda asociada y se recomienda anticoagular en forma indefinida en caso de múltiples episodios de trombosis asociada⁷.

CONCLUSIÓN

El síndrome de May-Thurner es una enfermedad progresiva con riesgo de desencadenar complicaciones graves a lar-

go plazo tales como trombosis venosa profunda, síndrome posttrombótico y tromboembolismo pulmonar, por lo cual su diagnóstico precoz y su tratamiento resulta de vital importancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sakakibara Y, Kujiraoka Y. Iliac Compression Syndrome. *Circulation*. 1998;98:376.
2. Cockett F, Thomas L, Negus D. Iliac Vein Compression. Its relation to iliofemoral thrombosis and the post-thrombotic syndrome. *BMJ*. 1967;2:14-19.
3. May R, Thurner J. The cause of the predominately sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology*. 1957;8:419-427.
4. Oğuzkurt L, Özkan U, Tercan F, Koç Z. Ultrasonographic diagnosis of iliac vein compression (May-Thurner) syndrome. *Diagn Interv Radiol*. 2007;13:152-155.
5. Mumoli N, Invernizzi C, Luschi R, Carmignani G, Camaiti A, Cei M. Phlegmasia cerulea dolens. *Circulation* 2012;125:1056-1057.
6. Early thrombus removal strategies for acute deep venous thrombosis: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. Meissner MH, Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklof BG, Gillespie DL, Lohr JM, McLafferty RB, Murad MH, Padberg F, Pappas P, Raffetto JD, Wakefield TW, Society for Vascular Surgery. *J Vasc Surg*. 2012;55(5):1449.
7. Brazeau NF, Harvey HB, Pinto EG, Deipolyi A, Hesketh RL, Oklu R, May-Thurner syndrome diagnosis and management, *Vasa* 2013;42:96-105.