

CARTA CLÍNICA

Trombosis de miembro inferior como presentación de síndrome de May-Thurner

Lower limb thrombosis as a presentation of May-Thurner syndrome

B. Cinta Bella^{a,*}, F.J. Román Pérez^b, R.M. Casas Sepúlveda^a, C.M. Orejuela Carmona^{a,b,c} y E.M. Pérez Guerra^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Unidad Docente de Toledo, Toledo, España

^b Área de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Bárbara, Toledo, España

^c Área de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Sonseca, Sonseca, Toledo, España

Paciente de 17 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acudió a consulta por clínica de inflamación del miembro inferior izquierdo de una semana de evolución. Jugador federado de fútbol, por lo que fue visto por su fisioterapeuta en 2 ocasiones pensando en una posible rotura fibrilar, sin mejoría clínica. No antecedente traumático o fiebre.

En la exploración física se objetivó aumento del diámetro del miembro inferior izquierdo con respecto al contralateral, con aumento de temperatura, empastamiento y signo de Homans dudoso.

Ante la clínica referida por nuestro paciente y la exploración llevada a cabo se nos planteó el diagnóstico diferencial de un edema unilateral, en el cual es importante valorar si existe o no un antecedente traumático, y en el que debemos plantearnos afecciones como: trombosis venosa profunda, rotura fibrilar, celulitis, insuficiencia venosa crónica, rotura de quiste de Baker y linfedema, entre otros.

Ante la sospecha diagnóstica de una trombosis venosa profunda, decidimos derivar al servicio de urgencias hospitalarias para completar estudio con las pruebas complementarias necesarias.

A nivel hospitalario se solicitó analítica con dímero-D y radiografía de tórax. Objetivándose niveles de dímero-D de 14.694 ng/ml (valor normal: < 500 ng/ml), por lo que se avisó al servicio de cirugía vascular, quienes



Figura 1 Flebografía de miembro inferior en la que se observa ausencia de visualización de la vena ilíaca izquierda, en su lugar hay un claro desarrollo de colaterales.

realizaron una ecografía-doppler venosa, en la que se confirmó una trombosis venosa idiopática íleo-fémoro-poplíteo del miembro inferior izquierdo. Motivo por el cual se inició tratamiento con bemiparina 5.000 unidades cada 24h durante 10 días y posteriormente con bemiparina 3.500 unidades cada 24h durante 6 meses, sin objetivarse una

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizcinbe@outlook.es (B. Cinta Bella).

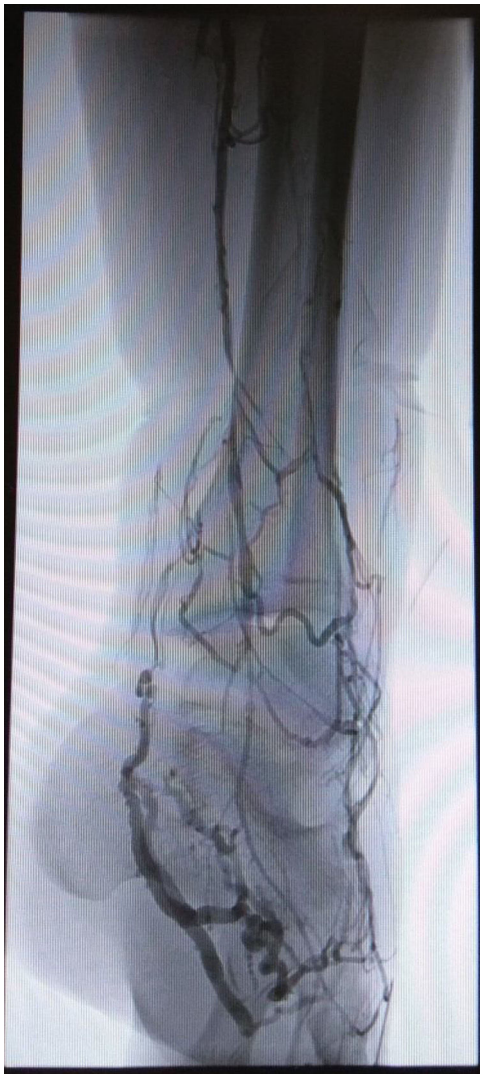


Figura 2 Flebografía de miembro inferior en la que se observa claro desarrollo de venas colaterales a consecuencia de trombosis crónica de la vena poplítea.

clara mejoría clínica, por lo que se decidió completar el estudio con ecografía abdominal, flebografía y estudio de hipercoagulabilidad.

La flebografía (figs. 1 y 2) vino a confirmar una trombosis crónica a nivel poplíteo, femoral e iliaca izquierda externa y común. Por lo que se decidió ampliar de nuevo el estudio, realizándose una TAC abdomino-pélvica, en la cual se observó compresión de la vena iliaca izquierda común por la arteria iliaca común izquierda y la columna sacra, con aumento de la circulación colateral, hallazgos compatibles con síndrome de May-Thurner. El estudio de hipercoagulabilidad por su parte, no mostró ningún dato de interés.

Una vez confirmado el diagnóstico de síndrome de May-Thurner se cambió la pauta de anticoagulación con bemparina por acenocumarol hasta nueva valoración por parte del servicio de cirugía vascular, quienes ante la mejoría clínica decidieron continuar con la misma pauta y plantearon la posibilidad de tratamiento quirúrgico.

El síndrome de compresión iliocava, también conocido como síndrome de May-Thurner o síndrome de

Cockett consiste en una alteración anatómica, compresiva o endoluminal de la vena iliaca común izquierda que se encuentra comprimida a su paso entre la arteria iliaca común derecha y la columna vertebral a la altura de la quinta vértebra lumbar o el promontorio sacro; que genera insuficiencia venosa y episodios tromboticos venosos iliofemorales¹⁻⁷.

Es más frecuente en mujeres de edades comprendidas entre los 20-50 años, y se encuentra infradiagnosticado. Se reporta una prevalencia del 22-24%, aunque asociado a episodios de trombosis venosa solo aparece en el 2-3% de los casos.

El grado de severidad depende de la eficiencia de la circulación colateral de la pelvis para lograr el retorno venoso desde la extremidad inferior hacia la vena cava inferior. Encontramos así 3 estadios clínicos:

- I. Compresión asintomática.
- II. Aparición de espolones venosos a consecuencia de la compresión mantenida.
- III. Trombosis de la vena iliaca izquierda.

La venografía es la prueba *gold standard*, por su descripción compresiva y posibilidad terapéutica; no obstante, en la actualidad existe cierta preferencia por la TAC abdominal para objetivar la alteración anatómica con mayor claridad.

El tratamiento del síndrome de compresión iliocava lo reservaremos para aquellos pacientes con clínica, fundamentalmente trombosis venosa profunda, iniciaremos el tratamiento con anticoagulantes orales y posteriormente se valorará por parte de cirugía vascular el tratamiento quirúrgico con *stents* endovasculares.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Saldarriaga EL, Vinasco M, Jaimes DA. Síndrome de May-Thurner como diagnóstico diferencial en trombosis a repetición. *Acta Med Colomb.* 2016;41:67-70.
2. Gordillo-Escobar E, Egea-Guerrero JJ, Revuelto-Rey J, Martín-Bermúdez R. Síndrome de May-Thurner: causa infrecuente de rotura espontánea de vena iliaca izquierda. *Med Intensiva.* 2012;36:239-40.
3. Ardiles Vega VA, Álvarez Argaluz MI, Olivares Araya PA, Parraguez Guerra FI. Presentación atípica de síndrome infrecuente: absceso como inicio de síndrome de May-Thurner. *Rev Chil Cir.* 2017.
4. Liddel RP, Evans NS. May-Thurner syndrome. *Vasc Med.* 2018;23:493-6.
5. Bhat MN, Vadala R, Rabindrarajan E, Ramakrishnan N. Curious case of acute unilateral deep vein thrombosis: May-Thurner syndrome. *Indian J Crit Care Med.* 2018;22:55-60.
6. Narese D, Bracale UM, Vitale G, Pocellini M, Midiri M, Bracale G. What the Young physician know about May-Thurner syndrome. *Transl Med UniSa.* 2015;12:19-28.
7. Peters M, Syed RK, Katz M, Moscona J, Press C, Nijjar V, et al. May-Thurner syndrome: A not so uncommon cause of a common condition. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2012;25:231-3.