

Compresión de la vena ilíaca y neoplasia oculta

M. Monreal* - E. Lafoz* - R. Salvador** - J. M. Callejas*** - A. Martorell*** - C. Lisbona***

M. Interna*, Radiología**, C. Vascular***
Hospital «Germans Trias i Pujol» de Badalona (España)

RESUMEN

Se exponen tres casos demostrativos de que algunas neoplasias pueden comprimir el sistema venoso simulando una trombosis, sin que exista. Se resalta que ante estas circunstancias hay que investigar posibles neoplasias, lo mismo que en casos de trombosis venosa sin causa aparente.

SUMMARY

Three cases demonstrating the possible venous system compression by some neoplasias, feigning an inexistent thrombosis, are presented. Author stands out the fitness of to investigate possible neoplasias in thrombosis without apparent causality.

Introducción

Han pasado ya muchos años desde que **Trousseau** describiera en 1865, por primera vez, la asociación que existe entre algunas neoplasias y la tromboflebitis superficial (1). Posteriormente se ha ido citando también una mayor asociación de la que cabría esperar entre neoplasia y trombosis venosa profunda. En los últimos años, diversos autores, entre ellos nuestro grupo (2-6), hemos llamado la atención sobre el hecho de que la aparición de una trombosis venosa profunda en un paciente por lo demás asintomático, puede ser la primera manifestación de una neoplasia.

Esta asociación entre ambas enfermedades se ha intentado explicar por distintos mecanismos fisiopatológicos. En algunos casos, la neoplasia comprime mecánicamente el sistema venoso; y por esta vía se pretende justificar el desarrollo de la trombosis.

En nuestra experiencia personal hemos vivido el caso de tres pacientes que acudieron al hospital con síntomas clínicos sugestivos de trombosis venosa profunda y en quienes, a pesar de que las flebografías descartaron la presencia de trombosis, la tumefacción de la extremidad fue el primer síntoma de una neoplasia oculta.

Casos clínicos

Caso 1. — Mujer de 42 años, sin historia de enfermedad venosa previa. Ingresó en el hospital por dolor y tumefacción en extremidad inferior izquierda. La exploración física en el momento del ingreso revelaba un aumento de la temperatura local con edema y signo de Homans positivo. La pletismografía fue sugestiva de trombosis venosa profunda, pero la flebografía convencional resultó normal. Los estudios de laboratorio fueron normales y la paciente fue dada de alta sin diagnóstico. Reingresó dos meses más tarde por la aparición de una adenopatía inguinal izquierda de consistencia firme y dura, con aumento de los signos sugestivos de trombosis venosa. Se practicó de nuevo una flebografía que mostró compresión extrínseca de la vena ilíaca izquierda con ausencia de trombosis venosa (Fig. 1). El nódulo fue extirpado quirúrgicamente y el estudio anatomopatológico diagnosticó linfadenopatía angioinmuno-blástica.

Caso 2. — Varón de 75 años, con historia previa de bronquitis crónica y claudicación intermitente. Ingresó por tumefacción de ambas extremidades inferiores y escroto, sin dolor, pero con rubor y aumento de la temperatura local. No refería ninguna otra sintomatología. La flebografía mostró compresión extrínseca de la vena cava, pero sin signos de trombosis. El TAC abdominal mostró la presen-

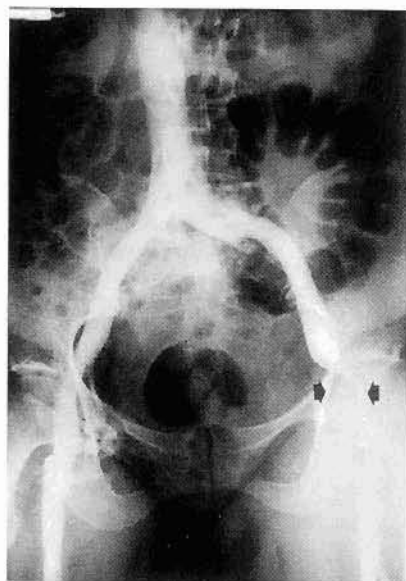


Fig. 1 - Flebografía. Compresión extrínseca de la vena iliaca izquierda por una linfadenopatía angioinmunoblástica.



Fig. 2 - Compresión extrínseca de la vena cava por fibrosis retroperitoneal secundaria a carcinoma prostático.

cia de una fibrosis retroperitoneal (Fig. 2), así como una próstata irregular y aumentada de tamaño y lesiones óseas difusas sugestivas de metástasis. La biopsia de próstata resultó positiva para adenocarcinoma.

Caso 3. — Mujer de 57 años que ingresó por dolor y tumefacción en extremidad inferior izquierda. Refería historia de varices en extremidades inferiores y la exploración física era compatible con trombosis venosa. La analítica fue normal y la pletismografía compatible con trombosis venosa profunda. La flebografía mostró ausencia de trombosis, pero nuevamente reveló signos de compresión extrínseca de la vena iliaca izquierda y ureter (Fig. 3). La ecografía mostró la presencia de nódulos linfáticos retroperitoneales, confirmando la anatomía patológica el diagnóstico de linfoma inmunoblástico.

Los tres pacientes experimentaron una importante mejoría del edema de extremidades inferiores al

iniciarse el tratamiento antineoplásico.

Discusión

La trombosis venosa es frecuente en los pacientes neoplásicos.



Fig. 3 - Flebografía. Compresión extrínseca de la vena iliaca derecha y del ureter por la presencia de adenopatías retroperitoneales.

Son muchos los factores que contribuyen a ella: la inmovilización o encamamiento prolongado, las intervenciones quirúrgicas, algunos fármacos antineoplásicos, etc. Pero también la propia actividad tumoral predispone al desarrollo de trombosis, bien sea como resultado de una coagulación intravascular crónica, compresión extrínseca por el tumor u otros factores. En este sentido, es comprensible que en ocasiones la trombosis venosa pueda ser la primera manifestación clínica de una neoplasia, hasta entonces asintomática.

La importancia de los casos que describimos, reside en que permiten ilustrar, cómo algunas neoplasias pueden comprimir el sistema venoso y, sin embargo, no provocar trombosis. Desde el punto de vista práctico, si últimamente se reconoce que ante todo paciente con trombosis venosa de causa no conocida hay que investigar la presencia de una neoplasia oculta, a partir de ahora sugerimos que también ante la sospecha clínica de una trombosis, aunque las flebogra-

fías no la confirmen, también hay que intentar descubrir una neoplasia oculta.

Estos casos clínicos ilustran además otro aspecto, como es el del diagnóstico de la trombosis venosa. En dos pacientes de los descritos la pletismografía de impedancia era compatible con trombosis. En el otro paciente, no se había practicado. La compresión del sistema venoso es una causa frecuente de falsos positivos (7) tanto con pletismografía como con Doppler. Este es un argumento más en favor de otra técnica diagnóstica no invasiva, como es la ecografía de tiempo real que, tanto en nuestra experiencia (8) como en la de otros autores (9-12), demuestra una fiabilidad diagnóstica que puede ser superior a la de otros métodos no invasivos.

BIBLIOGRAFIA

1. TROUSSEAU, A.: Phlegmasia alba dolens. Clinique médicale de l'Hotel-Dieu de Paris. London. «The New Sydenham Society», 3: 94, 1865.
2. GORE, J. M.; APPELBAUM, J. S.; GREENE, H. L.; DEXTER, L.; DALEN, J. E.: Occult cancer in patients with acute pulmonary embolism. «Ann. Intern. Med.», 96: 556-560, 1982.
3. GOLDBERG, R. J.; SENEFF, M.; GORE, J. M.; ANDERSON, F. A.; GREENE, H. L.; WHEELER, H. B.; DALEN, J. E.: Occult malignant neoplasm in patients with deep venous thrombosis. «Arch. Intern. Med.», 147: 251-253, 1987.
4. GRIFFIN, M. R.; STANSON, A. W.; BROWN, M. L.; HAUSER, M. F.; O'FALLON, W. M.; ANDERSON, H. M.; KAZMIER, F. J.; MELTON, L. J.: Deep venous thrombosis and pulmonary embolism. Risk of subsequent malignant neoplasms. «Arch. Intern. Med.», 147: 1907-1911, 1987.
5. ANLYAN, W. G.; SHINGLETON, W. W.; DE LAUGHTER, G. D.; DURHAM, N. C.: Significance of idiopathic venous thrombosis and hidden cancer. «JAMA», 161: 964-966, 1956.
6. MONREAL, M.; SALVADOR, S.; SORIANO, V.; SABRIA, M.: Cancer and deep venous thrombosis. «Arch. Intern. Med.», 148: 485, 1988.
7. RACHMANDI, P. R.; SOULEN, R. L.; FEDULLO, L. M.; GAINES, V. D.: Deep vein thrombosis: significant limitations of noninvasive tests. «Radiology», 156: 47-49, 1985.
8. MONREAL, M.; MONTERRAT, E.; SALVADOR, S.; BECHINI, J.; DONOSO, L. L.; CALLEJAS, J. M.; FOZ, M.: Realtime ultrasound for diagnosis of symptomatic venous thrombosis and for screening of patients at risk: correlation with ascending conventional venography. «Angiology» (en prensa).
9. SANDLER, D. A.; MARTIN, J. F.; DUNCAN, J. S.; BLAKE, G. M.; WARD, P.; RAMSAY, L. E.; LAMONT, A. C.; ROSS, B.; SHERRIF, S.; WALTON, L.: Diagnosis of deep vein thrombosis: comparison of clinical evaluation, ultrasound, plethysmography, and venoscan with X-ray venogram. «Lancet», II: 716-719, 1984.
10. EFFENEY, D. J.; FRIEDMAN, M. B.; GOODING, G. A. W.: Iliofemoral venous thrombosis: real-time ultrasound diagnosis, normal criteria, and clinical application. «Radiology», 150: 787-792, 1984.
11. DAUZAT, M. M.; LAROCHE, J. P.; CHARRAS, C. H.: Real-time B-mode ultrasonography for better specificity in the noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. «J. Ultrasound Med.», 5: 625-631, 1986.
12. CRONAN, J. J.; DORFMAN, G. S.; SCOLA, F. H.; SCHEPPS, B.; ALEXANDER, J.: Deep venous thrombosis: us assessment using vein compression. «Radiology», 162: 191-194, 1987.