

Síndrome de May-Thurner: presentación de caso y revisión de la literatura

May-Thurner syndrome: case presentation and literature review

Yaiza Villalobos-Torres¹, David E. Arias-Mira^{2*} y Carol Y. Pulido-Mariño³

¹Departamento de Urgencias, Fundación Cardio Infantil; ²Departamento de Medicina Interna, Hospital Santa Clara; ³Departamento de Urgencias, Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia

Resumen

El síndrome de May-Thurner se define como el conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la compresión anatómica extrínseca de la vena ilíaca común por la arterial ilíaca, lo cual puede desencadenar eventos trombóticos recurrentes y síndrome posttrombótico. Dicha variación anatómica se puede presentar en aproximadamente una de cada cuatro personas, quienes desarrollarán el síndrome una vez se encuentren ante una noxa desencadenante, es por esto que el enfoque basado en imagen de abdomen contrastado en pacientes con trombosis venosa recurrente unilateral es acertado para identificar a tiempo dicha anomalía, dado el requerimiento de intervenciones mínimamente invasivas tal y como se describe en el presente caso.

Palabras clave: Síndrome posttrombótico. Angiotomografía. Trombosis venosa profunda. Tromboembolia pulmonar.

Abstract

May-Thurner syndrome is defined as the set of clinical manifestations secondary to anatomical extrinsic compression of the common iliac vein by the iliac artery, which can trigger recurrent thrombotic events and post-thrombotic syndrome. This anatomical variation can occur in approximately 1 in 4 people, who will develop the syndrome once they are faced with a triggering noxa, which is why the approach based on contrasted abdomen imaging in patients with unilateral recurrent venous thrombosis is accurate to identify said anomaly in time, given the requirement of minimally invasive interventions as described in the present case.

Keywords: Post-thrombotic syndrome. Angiotomography. Deep venous thrombosis. Pulmonary embolism.

***Correspondencia:**

David E. Arias-Mira

E-mail: mdavidarias@hotmail.com

0377-4740/© 2023 Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular y Endovascular, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 27-06-2023

Fecha de aceptación: 01-11-2023

DOI: 10.24875/RMA.23000018

Disponible en internet: 11-03-2024

Rev Mex Angiol. 2024;52(1):35-38

www.RMAngiologia.com

Introducción

El síndrome de May-Thurner se define como el conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la compresión anatómica de la vena ilíaca común por la arterial ilíaca, por lo que también recibe el nombre de síndrome ilio-cava o síndrome de compresión de la ilíaca. Dicho fenómeno se puede desencadenar por compresión contra el hueso adyacente, siendo la vena ilíaca común izquierda la más frecuentemente comprometida¹.

Descrito inicialmente por May y Thurner en el año 1957, no fue sino hasta el año 1965 cuando Cockett y Thomas documentaron, mediante venografía directa de la femoral en una serie de 29 pacientes, los fenómenos de trombosis venosa proximal desencadenados por el engrosamiento de la pared vascular, describiendo por primera vez que la descompresión como única medida terapéutica es insuficiente para la recanalización venosa¹. Dicha compresión venosa lleva consigo múltiples complicaciones, principalmente trombóticas, con formación de trombosis venosa profunda (TVP) con alto riesgo de tromboembolia pulmonar (TEP)².

Esta alteración anatómica se puede presentar entre el 10 y el 24% de las personas con una evolución completamente asintomática a lo largo de su vida; las manifestaciones clínicas se suelen presentar principalmente en los adultos jóvenes, con edema repentino de su extremidad inferior posterior a períodos prolongados de inmovilización, en estados postoperatorios o durante el embarazo y/o puerperio, siendo el género femenino el más afectado, dado el uso de anticonceptivos orales y una mayor lordosis lumbar con respecto a los hombres, lo cual confiere un mayor riesgo de compresión vascular por la contigüidad vertebral^{2,3}. Existe mayor predisposición por el compromiso venoso del miembro inferior izquierdo debido a la distribución arteriovenosa a nivel abdominal, ocasionando episodios de TVP en el 18 al 49% de los casos, que se manifiestan con claudicación, hiperpigmentación y tortuosidad vascular, los cuales comprometen la calidad de vida del paciente, ya que pueden ser altamente recurrentes en ausencia de una terapia intervencionista definitiva³.

A continuación se describe el caso clínico de una paciente con síndrome de May-Thurner con características clásicas de la enfermedad.

Presentación de caso

Se trata de una paciente de sexo femenino de 59 años con antecedente de hipotiroidismo en tratamiento



Figura 1. Miembro inferior izquierdo con edema unilateral y cambio en la coloración a violácea.

con levotiroxina. Consulta por cuadro clínico de una semana de evolución, consistente en dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo, con edema unilateral en dicha extremidad y cambio en la coloración a violácea durante el último día previo al ingreso por urgencias (Fig. 1).

Al examen físico se evidencia ausencia de pulso popliteo y pedio, con pulso femoral disminuido, palidez y frialdad distal con limitación a la movilización.

Se realiza ecografía por compresión en el servicio de urgencias, donde se evidencian signos compatibles con TVP proximal a nivel de la femoral común con ausencia de Doppler color, con arteria femoral que evidencia Doppler pulsado con flujo monofásico.

Ante riesgo de evento tromboembólico pulmonar por TVP proximal de aparente inicio agudo, se inició infusión de heparina no fraccionada con seguimiento de tiempos de coagulación y nomograma, se solicitaron estudios de imagen complementarios para confirmar extensión.

Se realizó angiotomografía que documenta TVP extensa de características agudas, comprometiendo la

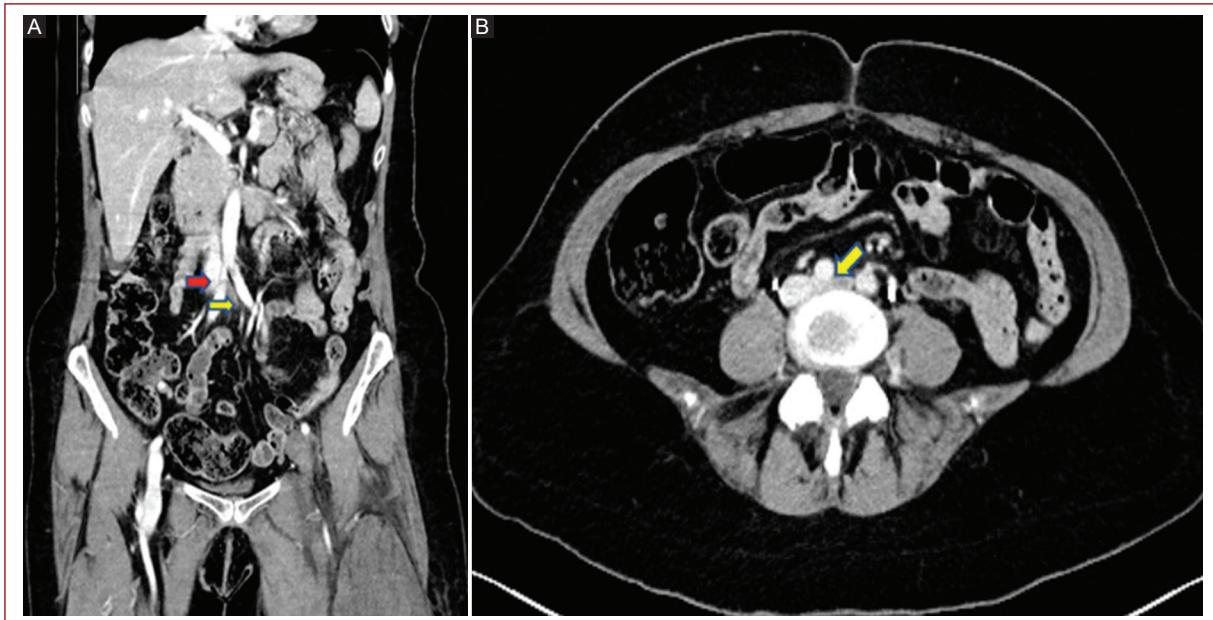


Figura 2. **A:** corte coronal con evidencia de trombosis venosa profunda extensa de características agudas (flecha amarilla), que compromete la vena ilíaca común izquierda, ilíaca interna y externa, con compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha (flecha roja). **B:** corte axial o transversal con evidencia de trombosis venosa profunda extensa de características agudas por compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha y el cuerpo vertebral (flecha amarilla).

vena ilíaca común izquierda, ilíaca interna y externa al igual que femorales, con trombosis aparentemente secundaria a compresión de la vena ilíaca común izquierda por la arteria ilíaca común derecha (Fig. 2), hallazgo compatible con el síndrome de May-Thurner.

Por lo anterior, se continuó esquema de anticoagulación con posterior realización de tromboaspiración e implante de filtro de vena cava.

Se inició anticoagulación oral con apixabán por tres meses con seguimiento de dímero D para definir continuidad de dosis intermedias. Además se brindó educación a la paciente, dado el riesgo de recurrencia ante diferentes noxas clínicas tales como fracturas, inmovilización, cirugía, cáncer, etc.

Discusión

El síndrome de compresión ilio-cava o de compresión de la vena ilíaca se caracteriza por manifestaciones trombóticas tales como la TVP y la TEP, con alto riesgo de recurrencia dado el daño crónico del endotelio secundario a la fricción pulsátil arterial, lo cual desencadena el síndrome conocido síndrome postrombótico o TVP recurrente (TVPR), que a su vez perpetúa

el riesgo de TEP, la cual confiere un alto riesgo de mortalidad⁴.

Este síndrome afecta principalmente al género femenino, con una relación 2:1 con respecto a los hombres, y con una edad de inicio de los síntomas más temprana (38 años en mujeres vs. 46 años en los hombres) y una mayor intensidad de estos⁵.

El método diagnóstico de elección, por su disponibilidad y facilidad en la interpretación, es la tomografía contrastada, que cuenta con una buena sensibilidad, la cual es incluso equiparable a la angiografía por resonancia magnética, otro método útil en el diagnóstico, pero poco accesible debido a sus elevados costos. El uso de la ultrasonografía es de utilidad en el diagnóstico de complicaciones tales como la TVP, por lo tanto se considera un método complementario y no excluyente, ya que no permite determinar el nivel de la compresión⁶.

El tratamiento de la compresión venosa requiere la realización de angioplastia con stent, sin embargo, y puesto que la presencia de síndrome postrombótico asociado a TVPR es la principal complicación (25% de los casos sintomáticos), es necesario realizar trombectomía con o sin trombólisis con catéter para disminuir el riesgo de recurrencia. En caso de presentarse, dicha

recurrencia puede ameritar el implante de un filtro de vena cava con el fin de disminuir el riesgo de TEP^{7,8}.

A pesar de las intervenciones descritas, existe una alta probabilidad de trombosis del *stent* y linfedema persistente asociado a la flegmasia secundaria a trombosis venosa persistente con oclusión externa del drenaje linfático⁷, siendo los primeros 6 a 12 meses el tiempo donde más se presenta la obstrucción trombótica del *stent*, principalmente en los pacientes que inician con TVP vs. los pacientes en quienes no se han documentado eventos trombóticos como complicación de la compresión de la vena ilíaca^{9,10}, en dichos pacientes no solo se obtiene una disminución significativa del riesgo de TEP y la mortalidad que esta confiere, además se ha documentado un importante impacto en los cuestionarios de calidad de vida posterior a la inserción del *stent*¹¹.

Conclusión

El síndrome de May-Thurner, compresión de la vena ilíaca o compresión ilio-cava, es una complicación secundaria a una alteración anatómica frecuente, el cual se manifiesta ante la presencia de múltiples noxas que afectan principalmente al género femenino en etapa productiva y con un alto riesgo de mortalidad secundaria a eventos tromboembólicos. Por lo tanto, el diagnóstico y manejo de este síndrome es de vital importancia en la práctica médica diaria, con el fin de permitir el abordaje multidisciplinario necesario para la resolución del cuadro clínico.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Poyyamoli S, Mehta P, Cherian M, Anand R, Patil R, Kalva S, et al. May-Thurner syndrome. Cardiovasc Diagn Ther. 2021;11(5):1104-11.
2. Harbin M, Lutsey P. May-Thurner syndrome: History of understanding and need for defining population prevalence. J Thromb Haemost. 2020;18:534-42.
3. Radaideh Q, Patel N, Shammas N. Iliac vein compression: epidemiology, diagnosis and treatment. Vasc Health Risk Manag. 2019;15:115-22.
4. Liu Q, Liu F, Lü P, Wu HX, Ye P, You Y, et al. Current status and prospect of stent placement for May-Thurner syndrome. Curr Med Sci. 2021;41(6):1178-86.
5. Kaltenmeier C, Erben Y, Indes J, eLee A, Dardik A, Sarac T, al. Systematic review of May-Thurner syndrome with emphasis on gender differences. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2018;6(3):399-407.e4.
6. Sanabria J, Zabala A, DiCaro V, Pietrani M, Rabellino M. Síndromes compresivos vasculares: un desafío diagnóstico. Rev Argent Radiol. 2019;83(4):160-9.
7. Montes M, Carbonell J, Gomez-Mesa J. Endovascular and medical therapy of May-Thurner syndrome: Case series and scoping literature review. J Med Vasc. 2021;46:80-9.
8. Carroll S, Moll S. Inferior vena cava filters, May-Thurner syndrome, and vein stents. Circulation. 2016;133:e383-e387.
9. Rodrigues L, Bertanha M, El Dib R, Moura R. Association between deep vein thrombosis and stent patency in symptomatic iliac vein compression syndrome: Systematic review and meta-analysis. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2021;9(1):275-84.
10. Salahuddin T, Armstrong E. Intervention for iliofemoral deep vein thrombosis and May-Thurner syndrome. Interv Cardiol Clin. 2020;9(2):243-54.
11. Bi Y, Yu Z, Chen H, Ren J, Han X. Long-term outcome and quality of life in patients with iliac vein compression syndrome after endovascular treatment. Phlebology. 2019;34(8):536-42.