Caso radiológico de desafío diagnóstico

Dres. Sebastián Yévenes A⁽¹⁾, Francisca Furnaro L⁽¹⁾, Patricia Bitar H⁽²⁾.

1. Radiólogo, Fellow Tórax-Abdomen Clínica Las Condes, Santiago – Chile.

2. Radiólogo Unidad de Cuerpo, Clínica Las Condes. Santiago – Chile.

Historia clínica

Paciente de sexo femenino, 21 años, con antecedente de colitis eosinofílica en tratamiento, usuaria de anticonceptivos orales. Presenta cuadro de aproximadamente un mes de evolución de dolor lumbar constante, con estudios neuroradiológicos negativos. Por sospecha de nefrolitiasis se solicita ecotomografía abdominal (Figura 1). Dado los hallazgos, se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis (Figuras 2-4).

¿Cuál es el diagnóstico?

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3

Figura 4.

Diagnóstico y resultado en la página 83.

Resultado caso radiológico de desafío diagnóstico

Dres. Sebastián Yévenes A⁽¹⁾, Francisca Furnaro L⁽¹⁾, Patricia Bitar H⁽²⁾.

1. Radiólogo, Fellow Tórax-Abdomen Clínica Las Condes, Santiago – Chile.

2. Radiólogo Unidad de Cuerpo, Clínica Las Condes. Santiago – Chile.

viene de la página 48.

Diagnóstico:
Síndrome de May-Thurner

En ecotomografía abdominal se observó distensión y ocupación por material ecogénico, con ausencia de flujo a la señal Doppler color, de la vena ilíaca externa izquierda, compatible con trombosis (Figura 1). En tomografía computada contemporánea, se confirma la trombosis de vena ilíaca común y externa izquierdas y se observa disminución de calibre de la vena ilíaca común izquierda secundario a compresión por la arteria ilíaca común derecha contra la columna vertebral (Figuras 2 y 3). En reconstrucción multiplanar coronal se observa la extensión de la trombosis ilíaca izquierda hasta la vena cava inferior y su relación con la arteria ilíaca común derecha (Figura 4). En corte axial de tomografía computada de tórax se observó pequeño defecto arterial de rama segmentaria en lóbulo inferior izquierdo compatible con tromboembolismo pulmonar⁽⁵⁾ (Figura 5). Posteriormente, a la paciente se le instaló filtro en vena cava inferior a través de vena yugular derecha (Figura 6).

Figura 1. Ecotomografía abdominal que demuestra distensión y ocupación por material ecogénico, con ausencia de flujo a la señal Doppler color, en la vena ilíaca externa izquierda, compatible con trombosis.

Figura 2. Corte axial de tomografía computada, en que se observa disminución de calibre de la vena ilíaca común izquierda secundario a compresión por la arteria ilíaca común derecha contra la columna vertebral.

Figura 3. Corte axial de TC contrastada que evidencia trombosis de la vena ilíaca externa izquierda.

Figura 4. Reconstrucción multiplanar coronal que demuestra la extensión de la trombosis hasta la vena cava inferior.

Figura 5. Corte axial de AngioTC pulmonar que demuestra tromboembolismo pulmonar en rama segmentaria del lóbulo inferior izquierdo.

Discusión

En 1851, Virchow describió que la trombosis venosa profunda iliofemoral izquierda era aproximadamente cinco veces más frecuente que la derecha. En 1957 May y Thurner explicaron este fenómeno al describir como variante anatómica el que la vena ilíaca común izquierda presentaba un leve engrosamiento en el punto donde se cruza con la arteria ilíaca común derecha y se comprime la vena contra la columna vertebral⁽¹⁾. Esta compresión crónica se asocia a hiperplasia intimal, la que genera ectasia venosa y subsecuentemente trombosis⁽²⁾, lo que se conoce como síndrome de compresión de la vena ilíaca o síndrome de May-Thurner.

La incidencia de esta variante anatómica es desconocida, estimada según estudios cadavéricos entre el 22 y 32%, siendo más frecuente en mujeres entre los 20 y 40 años; sin embargo, la presencia de trombosis asociada a esta variante anatómica es tan sólo del 2-3%⁽³⁾. Según Kolbel *et al.*, el 67% de los pacientes que padecen este síndrome presentan algún tipo de trombofilia asociada⁽⁴⁾.

La venografía iliofemoral sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico, debido a que demuestra la compresión vascular y permite medir gradientes de presión para cuantificar el grado de compromiso hemodinámico que determina⁽⁶⁾.

Las complicaciones asociadas al síndrome de May-Thurner pueden ser agudas como la trombosis venosa profunda, el tromboembolismo pulmonar o la flegmasia cerulea dolens; o bien crónicas tales como dolor crónico, edema o insuficiencia venosa profunda. Se describe también que las pacientes tienden a desarrollar venas colaterales que pueden determinar síndrome de congestión pelviana y/o compresión del nervio pudendo⁽⁵⁾.

Actualmente el tratamiento de esta patología es más agresivo, consiste en terapia combinada de trom-

Figura 6. Instalación de filtro en vena cava inferior.

bolíticos e intervención endovascular, con el objetivo de mejorar el calibre y permitir un drenaje venoso normal. También se ha propuesto el posicionamiento de un filtro de vena cava previo a la trombólisis, a modo de prevenir potenciales embolizaciones⁽⁶⁾.

En conclusión, es importante sospechar esta enfermedad en mujeres jóvenes con edema y/o dolor crónico de la pierna izquierda, debido a que en la actualidad se considera que esta entidad es una enfermedad progresiva con complicaciones a largo plazo importantes, por lo que se debe diagnosticar y tratar oportunamente.

Bibliografía

1. Shivani Kalu, Payal Shah, Aparna Natarajan, Nwabundo Nwankwo, Usman Mustafa, Nasir Hussain. Case Reports in Vascular Medicine, Volume 2013, Article ID 740182.
2. May R, Thurner J. The cause of the predominantly sinistral occurrence of thrombosis of the pelvic veins. *Angiology* 1957; 8(5): 419-427.
3. Kibbe MR, Ujiki M, Goodwin AL, et al. Iliac vein compression in an asymptomatic patient population. *Journal of Vascular Surgery* 2004; 39(5): 937-943.
4. Kolbel T, Lindh M, Akesson M, Wasselius J, Gottsater A, Ivancev K. "Chronic iliac vein occlusion: Midterm results of endovascular recanalization," *Journal of Endovascular Therapy* 2009; 16: 483-491.
5. Ramírez-García S, Gutiérrez-Salinas J, Núñez-Ramos NR, Maldonado-Velázquez AJ, et al. Síndrome de May-Thurner como causa de compresión neurovascular del nervio pudendo. *Ginecol Obstet Mex* 2013; 81: 105-108.
6. Barbaros E. Cil, Erhan Akpinar, Musturay Karcaaltincaba, Devrim Akinci. Case 76: May-Thurner Syndrome. *Radiology* November 2004; 233: 361-365.

Yévenes S, Fumaro F, Bitar P. Síndrome de May-Thurner. *Rev Chil Radiol* 2015; 21(2): 48, 83-84.

Correspondencia: Dr. Sebastián Yévenes A. / syevenes@gmail.com

Trabajo recibido el 27 de noviembre de 2013. Aceptado para publicación el 07 de marzo de 2014.