

trophysiol. 2015;8:326-36. <https://doi.org/10.1161/CIRCEP.114.002386>  
 a 65 lpm, con presencia de ondas Q y T negativas en cara anterolateral, compatible con secuela de necrosis y trastornos en la repolarización.

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:375-378.  
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i5.20674>

### Trombosis venosa profunda por variante inusual de síndrome de May-Thurner. Resolución mediante trombectomía mecánica percutánea sin uso de trombolíticos

El síndrome de May-Thurner (SMT) es una entidad que consiste en la compresión de la vena ilíaca común izquierda entre la columna vertebral y la arteria ilíaca común derecha. Se puede presentar como lesiones de vena ilíaca no trombóticas (LVINT), trombosis venosa profunda (TVP) o síndrome postrombótico (SPT), y típicamente afecta a mujeres jóvenes. Si bien se considera una entidad muy poco frecuente, se sabe que su incidencia está muy probablemente subestimada. (1) Aunque más raro, las compresiones a otros niveles también han sido descritas, como la de la vena ilíaca común derecha o una compresión izquierda por la arteria hipogástrica homolateral. (2,3)

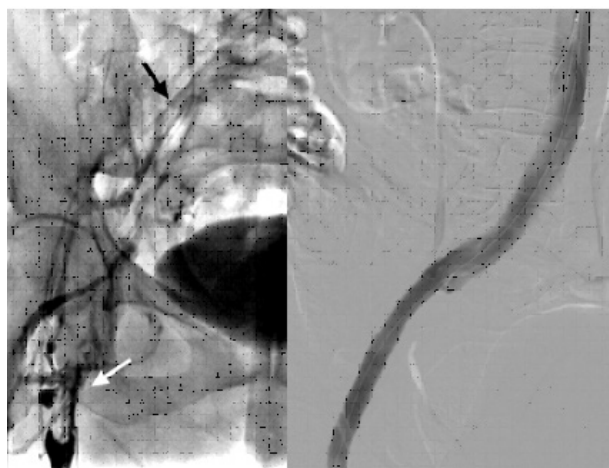
Presentamos el caso de una mujer que se presentó con una TVP del miembro inferior izquierdo causada por una variante rara de SMT.

Mujer de 55 años, previamente sana, que consulta por cuadro de edema marcado de todo el miembro inferior izquierdo, con dolor incapacitante, coloración azulada-violácea del miembro y parestesias en el pie, que comenzó una semana previa a la consulta y que fue empeorando al punto de inhabilitar la marcha. Al examen físico era notable el edema desde el pie hasta la raíz del muslo, tenso, así como la ausencia de pulsos distales con solo señales monofásicas por Doppler sin alteración de la función motora. El eco Doppler reveló una TVP que involucraba las venas femoral común, femoral proximal y femoral profunda, y también la vena safena magna, por lo que se decidió iniciar de inmediato anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. La angiografía mostró una extensa TVP desde la vena ilíaca externa izquierda proximal hasta la vena poplítea, al igual que una bifurcación aórtica retrocava, con compresión a nivel de la confluencia de las venas ilíacas externa e interna, entre el sacro y la arteria hipogástrica izquierda (Figura 1).

Se decidió llevar a la paciente a Hemodinamia para colocación de un filtro de vena cava inferior (VCI) por vía femoral derecha. Luego, con la paciente en decúbito ventral, se realizó una punción guiada por ecografía de la vena poplítea con colocación de un introductor 11 French por medio del cual se llevó a cabo una trombectomía mecánica de toda la oclusión con dispositivo Aspirex®S. Un claro sitio de compresión se notó al mismo nivel observado en la angiografía, que ocasionaba incluso una ruptura parcial de la vena con



**Fig. 1.** Izquierda. Corte axial de angiografía que evidencia bifurcación aórtica (flechas negras), por detrás de la confluencia iliovena (flecha blanca). Derecha. Corte sagital que objetiva compresión por la arteria hipogástrica izquierda (flecha negra) que causa trombosis de la vena ilíaca externa (flechas blancas).



**Fig. 2.** Izquierda. Flebografía inicial que muestra trombosis desde la vena femoral proximal (flecha blanca), que recanaliza con hipoflujo a nivel de vena ilíaca común (flecha negra). Derecha. Flebografía final post colocación de stent mostrando permeabilidad absoluta del eje ilíaco.

fuga de contraste sin descompensación hemodinámica. Se decidió colocar un *stent* venoso autoexpandible de 12 × 120 mm, y dilatación con balón, con un resultado final muy satisfactorio (Figura 2).

El edema resolvió a las pocas horas, con recuperación de los pulsos distales y franca resolución de los síntomas. La paciente fue externada luego de una angiografía que evidenció permeabilidad del *stent* y ausencia de complicaciones agudas, con anticoagulación oral y compresión 30-40 mmHg, programada para posterior extracción del filtro de VCI.

La compresión de la vena ilíaca común o externa por la arteria hipogástrica homolateral es rara; existen po-

cos casos descritos en la literatura. Llamativamente, nuestra paciente presentaba ausencia de pulsos distales palpables con flujo arterial alterado por Doppler, lo cual no es lo más habitual en casos de TVP iliofemoral. Sin embargo, este cuadro también está descrito en los reportes de casos de esta misma variante. (2,3) Creemos que esto puede estar explicado claramente por el intenso edema producto de una compresión exactamente a nivel de la confluencia entre las venas ilíacas externa e interna, lo cual comprometería aún más el drenaje venoso del miembro inferior.

La incidencia de SPT a 2 años llega hasta 75% en pacientes con TVP extensas, por lo que remover el trombo en forma precoz está demostrado y recomendado en la actualidad no solo para aliviar los síntomas en la fase aguda, sino también para prevenir el desarrollo de esta complicación, especialmente teniendo en cuenta que muchas veces se trata de pacientes jóvenes, y que el cuadro puede llegar a ser discapacitante y afectar seriamente la calidad de vida. (4) De los estudios al respecto, CaVenT es quizás el que posea mayor peso debido a su período de seguimiento, si bien apunta al uso de líticas como estrategia para remover el trombo. Este mismo estudio arrojó tasas de permeabilidad muy bajas a mediano y largo plazo sin uso de *stent* (65,9%), por lo que hoy las recomendaciones hablan de intervenir los pacientes con TVP iliofemoral para remover el trombo por distintos mecanismos, y aconsejan el uso de stents para lidiar con los sitios de compresión o estenosis residual. (4,5)

El dispositivo Aspirex®S permite realizar una trombectomía mecánica en forma segura, y evitar el uso de trombolíticos y el consiguiente riesgo de hemorragia. Aún no hay estudios randomizados al respecto, pero los resultados provenientes de estudios observacionales son muy prometedores. (6) Si bien no existe evidencia fuerte para el uso profiláctico de filtros de VCI, preferimos hacerlo dado que no solo se previene una complicación potencialmente mortal como la embolia pulmonar, sino también las consecuencias a largo plazo de embolias pulmonares subclínicas en pacientes jóvenes, como la hipertensión pulmonar.

En conclusión, describimos el caso de una mujer que se presentó con una TVP iliofemoral como consecuencia de una variante rara del SMT, con clínica incapacitante. El mismo fue resuelto en forma exitosa por vía endovascular, siguiendo las recomendaciones

de las guías internacionales para el tratamiento de las TVP iliofemorales y sin el uso de trombolíticos. El trabajo multidisciplinario que involucre profesionales de hemodinamia, cirugía vascular y hematología es elemental para el reconocimiento de esta patología y poder hacer así un tratamiento precoz y adecuado, como también para el control y seguimiento de estos pacientes.

#### Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen ningún conflicto de interés.

**Miguel Ferrer, Sebastián Romero,**

**Fernando Álvarez, Ricardo Parra, Horacio Romero**  
Servicios de Cirugía Vascular y Hemodinamia. Hospital Privado Regional del Sur. San Carlos de Bariloche, Argentina

*Dirección para correspondencia:* Miguel Ferrer. E-mail: migferrer12@gmail.com

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Mako K, Puskas A. May-Thurner syndrome - Are we aware enough? *Vasa* 2019;48:381-8. <https://doi.org/10.1024/0301-1526/a000775>
2. Steinberg JB, Jacocks MA. May-Thurner Syndrome: a previously unreported variant. *Ann Vasc Surg* 1993;7:577-81. <https://doi.org/10.1007/BF02000154>
3. Sharafi S, Farsad K. Variant May-Thurner syndrome: Compression of the left common iliac vein by the ipsilateral internal iliac artery. *Radio Case Rep* 2018;13:419-423. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.01.001>
4. Kakkos SK, Gohel M, Baekgaard N, Bauersachs R, Bellmunt-Montoya S, Black SA, et al., European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023>
5. Haig Y, Enden T, Sandset PM, CaVenT Study Group. Post-thrombotic syndrome after catheter-directed thrombolysis for deep vein thrombosis (CaVenT): 5-year follow-up results of an open-label, randomized controlled trial. *Lancet Haematol* 2016;3:e64-71. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00248-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00248-3)
6. Loffroy R, Falvo N, Chevallier O. Single-Session Percutaneous Mechanical Thrombectomy Using the Aspirex®S Device Plus Stenting for Acute Iliofemoral Deep Vein Thrombosis: Safety, Efficacy, and Mid-Term Outcomes. *Diagnostics (Basel)* 2020;10:544. <https://doi.org/10.3390/diagnostics10080544>

REV ARGENT CARDIOL 2023;91:378-379.  
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i4.20671>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>