

MIOMATOSIS UTERINA Y EMBARAZO COMO CAUSA DE SINDROME DE MAY THURNER A PROPÓSITO DE UN CASO



INTRODUCCIÓN:

Las lesiones ilíacas de origen no trombótico también conocidas como **Síndrome de May-Thurner o de Cockett** (o sx de compresivo iliocaval) suelen producirse como una compresión de la vena ilíaca común izquierda, como resultado de la disminución del flujo en la vena en la extremidad inferior izquierda debido a una malformación vascular. Puede provocar; edema, dolor, **trombosis venosa profunda** iliofemoral y síndrome posttrombótico. La prevalencia exacta es desconocida ya que en general es de curso asintomático. En los casos de pacientes sintomáticos que presentan un trastorno venoso de las extremidades inferiores, el sx de May-Thurner es la etiología en el **2 al 5%** de los pacientes.

FACTORES DE RIESGO:

- SEXO FEMENINO
- TRASTORNOS HIPERCOAGULANTES
- ESCOLIOSIS
- EXPOSICIÓN ACUMULATIVA A LA RADIACIÓN

CASO CLÍNICO:

MUJER DE 36 AÑOS, PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 12.6 SDG

Previamente sana, se presentó al departamento de urgencias de gineco-obstetricia tras 7 días de evolución con **aumento** de volumen en **extremidad inferior izquierda**, acompañada de **dolor** tipo pulsátil y parestesias con incapacidad a la bipedestación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Abdomen globoso, **fondo uterino de 31 cm** de aspecto sólido no doloroso. **Extremidades asimétricas**, circunferencia femoral izquierda de 56 cm vs derecha 51 cm, dolor a la movilización pasiva, **homans y olow +**, edema +++/++++



LABORATORIALES

BH, TP y TPT sin alteraciones, Dímero D 2274

Anticoagulante lúpico, ANAS, ANTI SMITH, y ANTI DNA **NEGATIVO**

Útero de 45.3 x 27.5 x 20.6 con mioma gigante, feto de 12.2 por LCR, hematoma retrocorial en borde placentario inferior

USG OBSTÉTRICO

USG DOPPLER

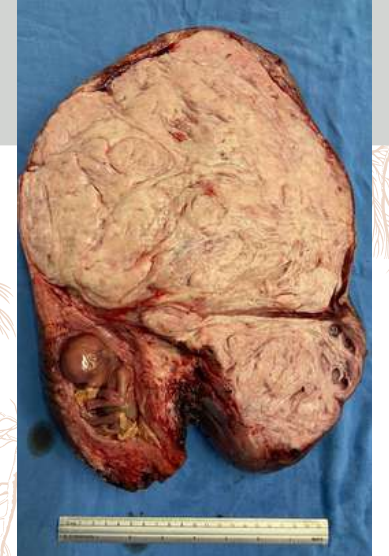
Vena común femoral izquierda **superficial y profunda** así como poplítea, con **aumento** en su calibre, presencia de **material isoecogénico** en su inferior no compresible

HISTOPATOLÓGICO

ÚTERO DE 35X27X14 CM, PESO 7482



Útero con 2 regiones lobuladas, 1er: de lesión circunscrita de **30 x 27 cm**, que **desplaza cavidad uterina**, 2da: región en fondo uterino de 7x2 ocupada por feto, así como hematoma de 4 cm



OBJETIVO:

Destacar las principales consideraciones terapéuticas empleadas en este grupo de pacientes, con el propósito de generar conocimiento acerca de un tema poco frecuente en la población general y aún más en la obstétrica, donde la literatura es limitada así como el abordaje a seguir

DISCUSIÓN:

El sx clínico de May Thurner se encuentra en **2 a 5%** de los pacientes durante la exploración por **problemas venosos** en miembros inferiores, es responsable de **2 a 3%** de las **TVP** en miembros inferiores y en 50% de iliofemorales. Se sabe que los miomas uterinos, causan TVP como una de sus raras secuelas, se cree que esto ocurre secundariamente a que el mioma crece lo suficiente como para ejercer una presión directa sobre el sistema venoso profundo. Las tasas de TVP fueron significativamente más altas en pacientes con **peso uterino de 1000 gr o más** (11.5%) respecto a aquellos úteros con peso inferior. La muestra quirúrgica de nuestro caso fue de 7482 grs. Se sospecho en esta patología por datos clínicos y radiográficos. La paciente presentó **estenosis recalcitrante del sistema ilíaco izquierdo**. La alta probabilidad de esta entidad también se explica por qué toda la **TVP se limitó al sistema femoral izquierdo**, con el lado derecho no afectado a pesar de que la masa uterina se desvió hacia la derecha. Si la trombosis se debiera solo a la compresión del sistema venoso profundo esperaríamos también cierta afección del sistema ilíaco derecho.

La situación clásica de esta estenosis, así como el sitio anatómico afectado, nos lleva a creer firmemente la coexistencia en esta paciente de un sx de May-Thurner preexistente.

El pilar del tratamiento solía ser la anticoagulación y la trombólisis sistémica. En actualidad las técnicas endovasculares mínimamente invasivas se han convertido en una práctica común. Se ha demostrado que las técnicas **endovasculares** son particularmente **efectivas en el sx de May-Thurner**, en esta paciente se decidió la **colocación de un filtro de vena cava, previo a la resolución del embarazo**. Tras sesión multidisciplinaria en comité del hospital se concluyó: pobre pronóstico fetal y alto riesgo de complicaciones de morbi-mortalidad materna, por ello se decidió realizar histerectomía total abdominal en bloque. Resuelto el embarazo se colocó un de stent en vena ilíaca.

CONCLUSIONES:

1. El sx de May Thurner es una entidad poco frecuente, pero es un factor precipitante para el tromboembolismo venoso.
2. El diagnóstico y tratamiento precoz son cruciales debido a la pobre respuesta al tratamiento conservador
3. El tratamiento definitivo debe adaptarse a cada paciente a medida que la condición varía, tratando la causa subyacente, hasta la histerectomía de ser preciso.
4. La clave para un tratamiento exitoso en la TVP relacionada al sx de May-Thurner es corregir la lesión anatómica junto con la eliminación del coágulo y el uso de anticoagulación
5. Es importante relacionar este sx como etiología de TVP unilateral debido a la posible recurrencia de la trombosis, y acompañamiento de embolia pulmonar y sx incrementando la morbilidad y mortalidad de forma significativa.

Bibliografía:

1. Raju S, Neglen P. High prevalence of nonthrombotic iliac vein lesions in chronic venous disease: a permissive role in pathogenicity. J Vasc Surg 2006;44(1):136-43;discussion 144.
2. Kaltenmeier CT, Erben Y, Indes J, Lee A, Dardik A, Sarac T, Ochoa Chaar CI. Systematic review of May-Thurner syndrome with emphasis on gender differences. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord 2018;6(3):399-407.e4.
3. Shiota M, Kotani Y, Umemoto M, Tobiume T, Shamaoka M, Hoshiai H. Deep-vein thrombosis is associated with large uterine fibroids. Tohoku J Experimental Med. 2011;224(2):87-89
4. Patel NH, Stookey KR, Ketcham DB. Endovascular management of acute extensive iliofemoral deep venous thrombosis caused by May-Thurner syndrome. J Vasc Interv Radiol. 2000;11(10):1297-1302.