

Caso	(107) Síndrome de May Thurner
Autores	Ignacio Arrazola González, Cabeza Carreta Arturo, Moran Marsili Joaquín Patricio Moreno Ruiz Mónica, Santos Ángel Ana, Domínguez Franjo Esther.
Centro	Hospital Universitario Infanta Sofía

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 79 años acude al servicio de urgencias con dolor en miembro inferior izquierdo (MII) de 6-7 horas de evolución. A la exploración presenta edema generalizado del MII, desde la raíz, coloración violácea de la piel y signo de Homans positivo. Presenta pulsos palpables simétricos. En la analítica presenta un dímero D de 3720. Ante la sospecha de clínica de TVP, se procede a la realización de una ecografía Doppler, en la que se objetiva una extensa trombosis del eje iliofemoral. En la TC con contraste intravenoso (CIV) que se le realiza posteriormente se identifica una extensa trombosis que se extiende desde la vena poplítea derecha hasta la vena iliaca común ipsilateral, observándose la compresión de esta última por parte de la arteria iliaca común derecha.

DISCUSIÓN

El síndrome de May Thurner, o también conocido como síndrome de Cockett, forma parte del conjunto de los síndromes vasculares compresivos y se trata de una entidad clínica causada por la compresión de la vena iliaca común izquierda entre la arteria iliaca común derecha y los cuerpos vertebrales de L4-L5. Esta situación provoca una ectasia del flujo venoso, la cual tiene lugar por un mecanismo doble (1,2): la propia compresión física de la arteria por la vena y la agresión que supone el continuo latido de la arteria sobre la vena, que induce la hipertrofia de la capa íntima venosa.

Suele tener lugar en mujeres, con un pico de frecuencia entre los 20 y los 40 años.

La ectasia crónica causada por la compresión prolongada produce una serie de síntomas que van desde los más frecuentes (hinchazón del MII, con o sin TVP) hasta los menos frecuentes como el TEP.

Las pruebas diagnósticas más rentables son la venografía convencional y la TC con CIV (1,2). La ecografía Doppler, aunque es adecuada para el diagnóstico de TVP en este contexto y puede llegar a hacernos sospechar la presencia de esta entidad, puede resultar subóptima para determinar la presencia de compresión a nivel iliaco.

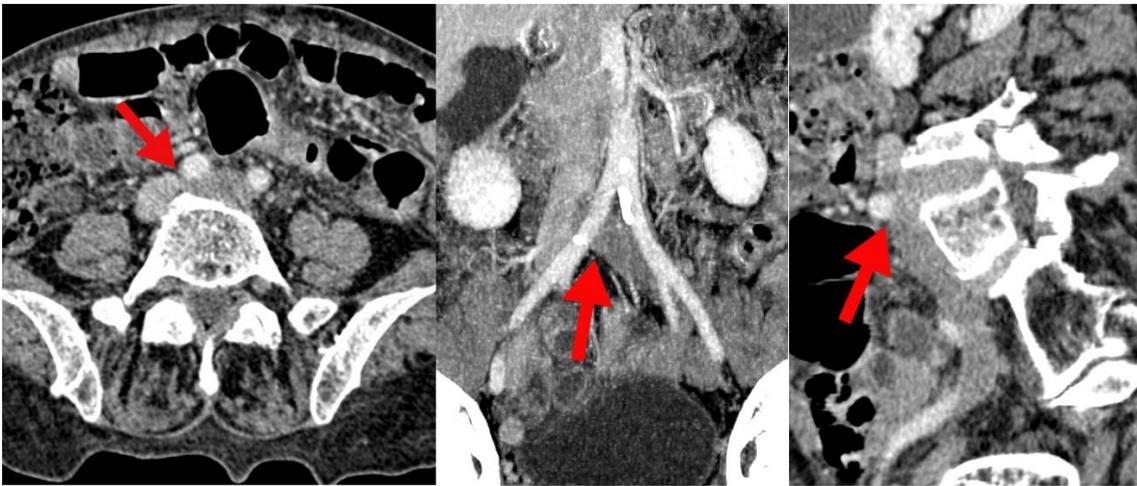
El tratamiento con mayor tasa de permeabilidad a largo plazo consiste en la aplicación conjunta de trombolisis endovascular, colocación de stent y anticoagulación posterior (2).

CONCLUSIÓN

En cuanto al síndrome de May Thurner en concreto y al conjunto de síndromes vasculares en general es importante tener en consideración dos aspectos:

Es necesaria la presencia de síntomas y signos para poder realizar un diagnóstico, no basta únicamente con servirse de la imagen para ello. Aunque la disposición de los vasos iliacos nos pueda sugerir la presencia de este síndrome, si no genera repercusión clínica, debe únicamente describirse como hallazgo.

Se debe incluir esta entidad en el diagnóstico diferencial de la TVP, ya que muchas veces no suele tenerse en cuenta si el paciente presenta otros factores de riesgo más típicos para el desarrollo de trombosis (1).



TC abdominopélvico con CIV en fase venosa. En los planos axial, coronal y sagital se identifica el punto en el que la arteria iliaca común derecha comprime la vena iliaca común izquierda (flecha roja).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramit Lamba, Dawn T. Tanner, Simran Sekhon, John P. McGahan, Michael T. Corwin, Chadana G. Lall. Multidetector CT of Vascular Compression Syndromes in the Abdomen and Pelvis. RadioGraphics. 2014; vol 34: 93-115. 10.1148/rg.341125010.
2. Ruth Eliahou, Jacob Sosna, Allan I. Bloom. Between A Rock and a hard place: Clinical and Imaging Features of Vascular Compression Syndromes. RadioGraphics. 2011; 32: 33-49. 10.1148/rg.321115011.