

CARTAS CIENTÍFICAS

Tratamiento endovascular de trombosis venosa iliocava secundaria a compresión por mioma gigante



Endovascular treatment of ilio caval venous thrombosis due to compression by a giant myoma

M.V. Gastambide Norbis*, M. Martín Pedrosa, V. Gutiérrez Alonso, E.M. San Norberto y C. Vaquero Puerta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

El síndrome posttrombótico (SPT) y la trombosis venosa profunda (TVP) son problemas frecuentes tras un primer episodio de trombosis venosa profunda aguda. Entre un 30 y un 80% de los pacientes con un primer episodio de TVP desarrollarán un SPT, lo que se relaciona con gran morbilidad y una disminución en la calidad de vida.

Los tratamientos endovasculares de recanalización venosa (angioplastia/stent) disminuyen los síntomas, con mejores permeabilidades que la cirugía convencional¹⁻³.

Se trata de una mujer de 30 años sin antecedentes personales de interés que sufre un aborto espontáneo en la octava semana de gestación y se le diagnostica un mioma uterino mediante ecografía y TVP iliofemoral mediante eco-Doppler, en otro centro hospitalario.

Es enviada a nuestro servicio para la resolución de la TVP, antes de la resección de mioma uterino, dado el alto riesgo de tromboembolia pulmonar y de hemorragia venosa intraoperatoria, siendo valorada por el servicio de ginecología de referencia y el de nuestro hospital.

Para completar el estudio del sector proximal ilio cavo se realiza una resonancia magnética que muestra un mioma

uterino de 16 × 10 cm que comprime la vena cava inferior y el confluente iliaco (fig. 1).

De común acuerdo con el servicio de ginecología se decide colocar un filtro de vena cava y resolver la afección trombótica para, posteriormente, realizar la resección del mioma uterino.

Se coloca el filtro de vena cava infrarrenal, tras lo cual se realiza la trombectomía del eje venoso ilio cavo bilateral mediante catéter de Fogarty de doble luz.

Posteriormente se realiza angioplastia iliaca bilateral y kissing-stent autoexpandible en ambas ilíacas comunes (Zilver vena, Cook Medical). En la flebografía de control se aprecia estenosis residual en vena iliaca externa derecha por lo que se coloca otro stent autoexpandible (Wallgraft 12 × 70 mm, Boston Scientific).

Durante el postoperatorio la paciente presenta dolor en fosa lumbar izquierda y la angio-TC de control evidencia la compresión total del stent iliaco izquierdo, por lo que se realiza la resección del mioma uterino a las 24 h, por parte del servicio de ginecología, que transcurre sin incidentes.

A las 48 h se realiza una nueva trombectomía iliaca bilateral y angioplastia del stent iliaco izquierdo, siendo el control flebográfico satisfactorio (fig. 2), por lo que no fue necesaria la trombólisis.

La paciente presenta buena evolución clínica, con disminución del dolor y edema de ambas extremidades inferiores,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vgastambide@yahoo.com.ar
(M.V. Gastambide Norbis).

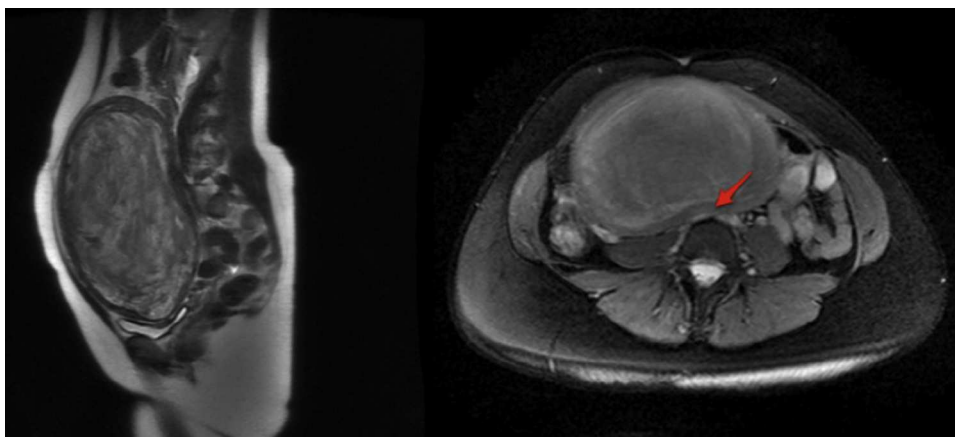


Figura 1 RM: mioma gigante que comprime el sector venoso iliocava.

por lo que le es dada el alta a las 48 h con tratamiento antiagregante y anticoagulante (AAS 100 mg/día y heparina de bajo peso molecular de forma profiláctica durante 3 meses).

En la eco-Doppler de control a los 3 meses y en la flebografía de control al año se observa permeabilidad del sector venoso iliocava.

Actualmente la paciente permanece asintomática, en tratamiento con anticoagulación oral de forma indefinida, pendiente de realizar el estudio de trombofilia por parte del servicio de hematología.

El SPT se considera una causa de elevada incidencia de morbilidad y es más frecuente y de peor pronóstico si la trombosis venosa es proximal, a nivel iliofemoral.

El tratamiento médico de la TVP consiste en heparina durante 5 días seguidos de anticoagulantes orales durante 3-6 meses. Sin embargo, el trombo residual al finalizar el tratamiento convencional dobla el riesgo de TVP recurrente, por lo que el tratamiento quirúrgico resulta atractivo en ocasiones.

En 1958, Palma describió la derivación femorofemoral con vena safena interna para aliviar los síntomas por

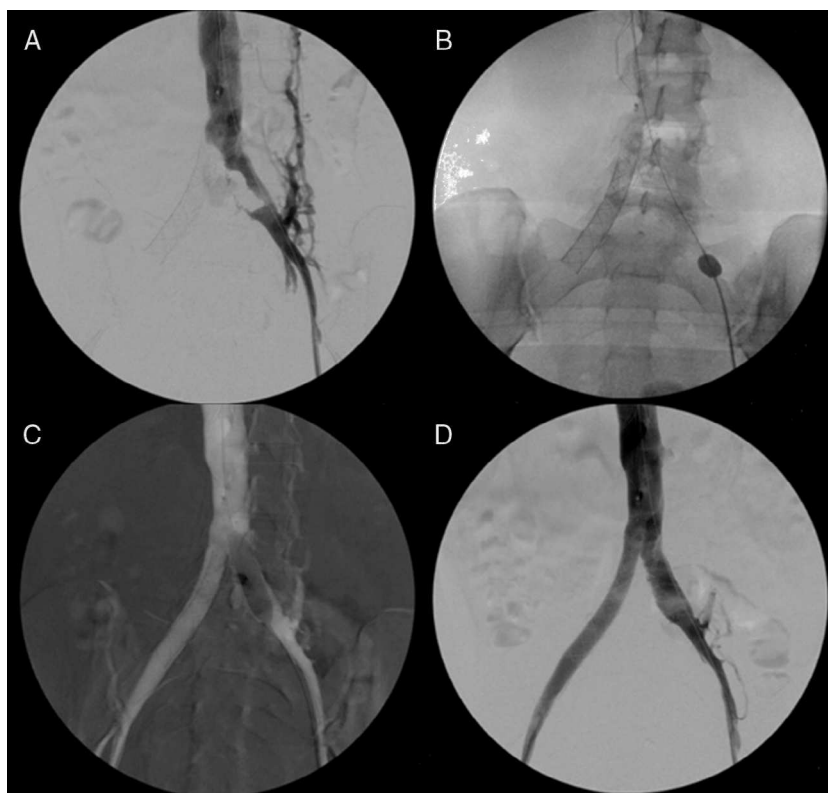


Figura 2 A) Trombosis venosa iliocava. B) Trombectomía venosa. C) Angioplastia venosa ilíaca izquierda tras resección de mioma. D) Control final.

trombosis iliaca. Por otro lado, la trombectomía presenta una reducción significativa de la TVP recurrente, disminución de la insuficiencia valvular y consiguiente disminución del SPT.

En las últimas décadas el tratamiento endovascular ha mejorado la capacidad de reconstrucción del sistema venoso mediante tratamiento menos invasivo⁴⁻⁶.

Sin embargo, la trombectomía y/o trombólisis y la angioplastia sin colocación de stent tienen una elevada tasa de retrombosis, por lo que la mayoría de los autores apoyan la colocación primaria de un stent venoso iliaco.

Numerosos estudios han obtenido resultados comparables e incluso mejores que la cirugía abierta, con permeabilidades primarias de más del 80%⁷.

En esta paciente, dada su edad y la TVP proximal iliocava, se optó por un tratamiento quirúrgico endovascular mediante extracción del trombo, para disminuir la probabilidad de SPT.

Está claro que la secuencia quirúrgica (filtro vena cava-tratamiento endovascular-resección del tumor) no fue la ideal, pesando más en la toma de decisión el alto riesgo de hemorragia venosa pélvica durante la resección del mioma en presencia de trombo iliocava agudo.

En este caso, la resección del mioma ocurrió sin incidentes y fue favorecida por el hecho de que se trataba de un tumor benigno que se pudo extirpar completamente, permaneciendo la paciente asintomática y con flebografía satisfactoria en el control anual.

La duración de la terapia anticoagulante en pacientes con stents venosos no está protocolizada, por lo que optamos por la anticoagulación oral a largo plazo.

Finalmente creemos que el tratamiento endovascular mediante angioplastia/stent es una opción segura y eficaz, que podría estar recomendada en pacientes jóvenes con TVP proximal, con el fin de evitar el desarrollo futuro del SPT.

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 en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Titus JM, Moise MA, Bena J, Lyden SP, Clair DG. Iliofemoral stenting for venous occlusive disease. *J Vasc Surg.* 2011;53:706-12.
2. Kahn SR. The post-thrombotic syndrome: The forgotten morbidity of deep vein thrombosis. *J Thromb Thrombolysis.* 2006;21:41-8.
3. Messner MH, Caps MT, Bergelin RO, Manzo RA, Strandness Jr DE. Propagation, rethrombosis and new thrombus formation after acute deep venous thrombosis. *J Vasc Surg.* 1995;22:558-67.
4. Jenkins JS. Endovascular therapies to treat iliofemoral deep venous thrombosis. *Prog Cardiovasc Dis.* 2011;54:70-6.
5. Gloviczki P, Rutherford RB. Tratamiento de los trastornos venosos. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 2111-23.
6. Kearon C, Kahn SR, Agnelli G, Goldhaber S, Raskob GE, Comerota AJ. Antithrombotic therapy for venous thromboembolic disease: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th edition). *Chest.* 2008;133:S454-545.
7. Husmann MJ, Heller G, Kalka H, Savolainen H, Do DD, Schmidli J, et al. Stenting of common iliac vein obstructions combined with regional thrombolysis and thrombectomy in acute deep vein thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;34:87-91.