

Caso clínico

Trombosis venosa profunda iliofemoral secundaria a la compresión extrínseca por un endometrioma

Dra. Monserrat Escobar-Preciado,*
Dr. Javier E. Anaya-Ayala,* Dr. Carlos A. Hinojosa

RESUMEN

La trombosis venosa profunda (TVP) asociada a la compresión extrínseca por la presencia de un endometrioma perivascular es un escenario clínico poco frecuente. En el presente artículo se reporta el caso de un paciente femenino de 41 años con diagnóstico de un endometrioma localizado en la pelvis derecha, el cual producía edema moderado y dolor refractario en pelvis y miembro pélvico derecho (MPD), exacerbado durante su periodo menstrual. La imagen confirmó que el endometrioma provocaba una obstrucción extrínseca de la vena iliaca común derecha, ocasionando limitación en el retorno venoso. Fue iniciada anticoagulación sistémica; sin embargo, los síntomas persistieron. La paciente fue sometida a la resección quirúrgica del endometrioma, logrando una restauración del retorno venoso profundo y con ello una resolución de la sintomatología.

Palabras clave. Endometrioma, trombosis venosa profunda, resección quirúrgica.

ABSTRACT

Deep vein thrombosis (DVT) associated with extrinsic compression due to the presence of a perivascular endometrioma is a rare clinical scenario. In the present article, we report the case of a 41 year-old female patient with diagnosis of an endometrioma located in the right pelvis, which provoked moderate edema and refractory pain in the pelvis and her right lower extremity, exacerbated during her menstrual period. Imaging confirmed that the endometrioma caused extrinsic obstruction of the right common iliac vein resulting in limitation in the venous return. Systemic anticoagulation was initiated, however the symptoms persisted. The patient underwent surgical resection of the endometrioma allowing restoration of the deep venous return and with resolution of the symptoms.

Key words. Endometrioma, deep venous thrombosis, surgical resection.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es un padecimiento que se caracteriza por la presencia de glándulas o estroma endometrial fuera de la cavidad uterina,¹ la cual es sensible a los cambios hormonales, desencadenando un proceso inflamatorio dependiente de estrógenos.² Afecta aproximadamente entre 10 a 15% de las mujeres fértiles, y hasta 50% de las mujeres infértiles.³ De acuerdo con su localización se divide

en pélvico y extrapélvico.⁴ Es poco común encontrar endometriosis perivasculares, se sabe muy poco sobre la frecuencia en que esto ocurre, algunos autores afirman que la incidencia de la localización extrapélvica es de 0.9-1.5% en todos los casos de endometriosis y la edad media de presentación suele ser de 34 años.⁴ La edad es la única característica sociodemográfica que ha tenido una relación constante y la presentación clínica más común es: Dolor pélvico, dismenorrea y dispareunia.^{5,6} Un en-

* Dirección de Cirugía, Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Terapia Endovascular. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

dometrioma se define como un anómalo desarrollo del estroma y de las glándulas del endometrio funcionando fuera de su ubicación normal,⁴ se le asocia con síntomas debilitantes tales como dolor pélvico, dismenorrea, infertilidad, dispareunia profunda, disquexia y disuria.⁶ Existe un número escaso de casos donde se reporta trombosis venosa profunda (TVP) secundaria a endometrioma. Presentamos el caso de una paciente con endometriosis perivascular, diagnóstico y manejo; adicionalmente analizamos con la literatura disponible acerca de esta presentación clínica inusual.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años de edad con antecedente ginecoobstétrico de endometriosis, un parto y una cesárea. En el 2016 acudió al Servicio de Urgencias de nuestra institución presentando dolor y edema moderado en miembro pélvico derecho (MPD), con discreto eritema, aumento de la temperatura local y dolor a la palpación. A través de un ultrasonido Doppler venoso se le diagnosticó TVP subaguda de miembro pélvico derecho comprometiéndolo la vena iliaca hasta su tercio distal. La terapia anticoagulante se inició con rivaroxaban vía oral. Mediante una tomografía de abdomen (TAC) inicial se evidenció la tumoración adyacente en psoas y engrosamiento del colon; se realizó colonoscopia, la cual no demostró anomalías. Se tomó biopsia de la lesión, el resultado histopatológico demostró endometriosis y fue negativa a malignidad. El servicio tratante solicitó una resonancia magné-

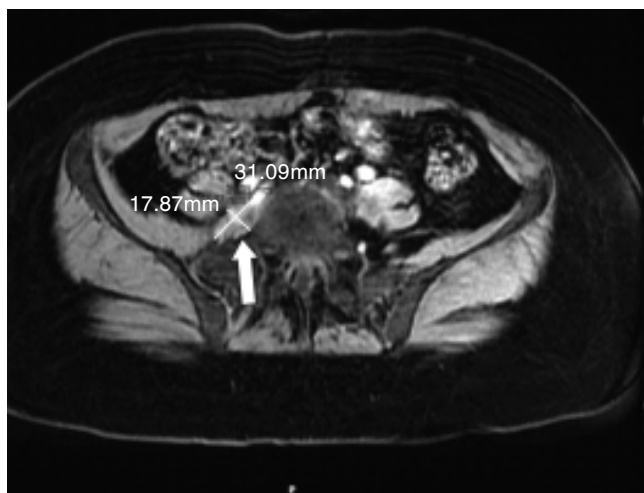


Figura 1. Proyección axial de resonancia magnética nuclear (RMN). Se observa tejido sólido por debajo de la confluencia de la iliaca común derecha con medidas de 31.09 x 17.87 mm, condicionando retracción de los vasos adyacentes y comprometiendo el flujo venoso.

tica nuclear (RMN) que evidenció la presencia de tejido sólido por debajo de la confluencia de la vena iliaca común derecha, la cual condicionaba retracción de vasos adyacentes y compromiso en el trayecto del nervio ciático ipsilateral (*Figura 1*).

A inicios del 2018 la paciente reinició con alteraciones del ciclo menstrual como dismenorrea, hipermenorrea, coágulos, dolor refractario en pierna derecha y pelvis, cada vez que presentaba su periodo menstrual. Llegó a Urgencias de nuestro servicio manifestando exacerbación del dolor pélvico, dado el antecedente de TVP y del endometrioma, se ingresó para realizar resección quirúrgica del endometrioma. En el quirófano la paciente fue colocada en posición supina, se llevó a cabo una incisión en J tipo Gibson derecha; se identificaron, se disecaron cuidadosamente por planos y se ligaron los vasos epigástricos. Se llevó a cabo la disección a través de músculos abdominales hasta fascia transversalis, incisión de fascia transversalis el ingreso a cavidad abdominal, identificación y referencia de arteria iliaca externa. Se resecó un ganglio periiliaco y la tumoración en región posterior de bifurcación arte-

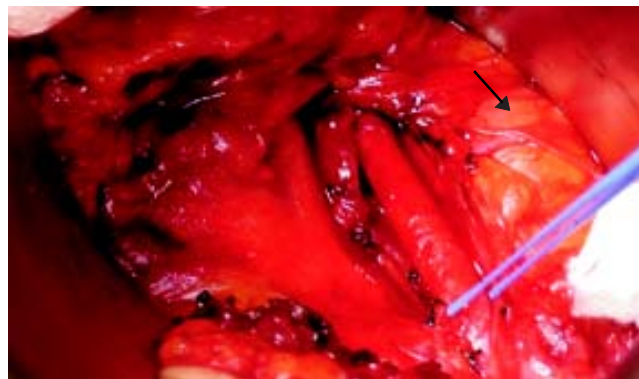


Figura 2. Intraoperatorio. Se observó masa causante de la compresión extrínseca hacia la vena iliaca común derecha; a pesar de dicha compresión, ésta mantiene su calibre y permeabilidad, por lo que no requirió angioplastia.



Figura 3. Pieza quirúrgica de masa quística de endometrioma posterior a la resección.

rial iliaca. La cual se envió a patología, confirmando que se trataba de masa de endometriosis, se aplicó hemostasia y se realizó el cierre por planos. Durante la resección quirúrgica no se observó una lesión estenótica que comprometiera el flujo a vena iliaca derecha, ésta se encontró permeable y con buen calibre, por lo que no se requirió la realización de una angioplastia para incrementar el lumen (Figura 2). Se extrajeron dos piezas blandas, la mayor midió 1.5 x 0.5 x 0.2 cm y el menor 0.9 x 0.4 x 0.3 cm (Figura 3). La paciente se recuperó de manera favorable con una disminución del edema en MPD inmediata y a los cinco días se le dio de alta manteniéndola con anticoagulantes orales. A los tres meses del procedimiento sus síntomas se habían resuelto, continuaba en anticoagulación y mostraba mejoría significativa en su calidad de vida.

DISCUSIÓN

La etiología de la endometriosis continúa siendo desconocida; sin embargo, se han propuesto varias hipótesis. La más acertada es la menstruación retrógrada y los fragmentos endometriales que alcanzan la pelvis a través del flujo retrógrado transtubal, se implantan en el peritoneo y los órganos abdominales, proliferan y causan inflamación crónica con formación de adherencias.⁷

El método definitivo para establecer el diagnóstico, estadificar la endometriosis y evaluar la recurrencia de la enfermedad después del tratamiento es la visualización directa durante la cirugía, en cuanto a enfoques diagnósticos no quirúrgicos tenemos la ecografía transvaginal y la resonancia magnética (RM);⁸ la laparoscopia es la única prueba de

CUADRO I

Resumen de los siete casos encontrados en la literatura, incluyendo edad, manifestaciones clínicas, tratamiento y seguimiento disponible.

Autor	Número de casos	Lateralidad	Manifestaciones clínicas	Edad (años)	Método diagnóstico	Tratamiento	Seguimiento
1 Rosengarten AM. ¹⁰	1	Vena iliaca externa derecha.	Edema catamenial de pierna derecha y muslo. TVP.	50	Venograma.	Resección quirúrgica.	Asintomática a 13 meses de seguimiento.
2 Ianieri MM. ¹¹	1	Vena iliaca izquierda.	Dolor abdominal. Dolor y edema en la extremidad inferior izquierda.	63	Placa simple de abdomen.	Resección quirúrgica.	NR.
3 Sharma RP. ³	1	Vena iliaca derecha.	Edema pierna derecha. Dismenorrea. Infertilidad.	41	TAC. Ecografía dúplex.	Trombólisis. Stent endovascular. Terapia hormonal.	NR.
4 Zamurovic M. ¹²	1	Vena iliaca común izquierda.	Trastornos circulatorios. Edema pierna izquierda.	NR	NR.	Resección quirúrgica.	NR.
5 Chiaramonte T. ²	1	Vena iliaca. Músculo oblicuo externo.	Dolor en ingle. Edema en miembros inferiores. TVP.	38	Ultrasonido. Ecografía Doppler. TAC.	Resección quirúrgica.	Asintomática a seis meses.
6 Ma Li. ¹³	1	Vena iliaca externa izquierda.	Dolor abdominal. Dificultad para respirar. TVP.	25	TAC.	Resección quirúrgica.	NR.
7 Escobar-Preciado M.	1	Vena iliaca derecha.	Dolor abdominal. Dolor y edema en MPD. TVP.	41	TAC.	Resección quirúrgica.	Asintomática a tres meses.

NR: No reportado.

diagnóstico que puede detectar o descartar una endometriosis.^{1,7} El dolor se puede tratar mediante la extirpación de implantes peritoneales, nódulos profundos y quistes ováricos, o induciendo la supresión de la lesión mediante la abolición de la ovulación y la menstruación a través de la manipulación hormonal con progestinas, anticonceptivos orales y agonistas de la GnRH.⁷

Nuestra revisión de la literatura de TVP asociada a la presencia de endometriosis incluye un total de siete casos, tres en el lado izquierdo y un artículo no menciona su lateralidad. La media de edad fue de 41 años; sólo en dos casos –uno de ellos, el nuestro– se reporta el seguimiento que se le dio al paciente, en seis casos se resolvió con resección quirúrgica y en uno se utilizó la terapia hormonal; sin embargo, no se reporta la evolución del paciente. El cuadro I resume los siete casos encontrados en la literatura. En nuestra paciente se logró restaurar el retorno venoso sin necesidad de llevar a cabo una angioplastia de la vena. La masa de endometrioma presente en nuestra paciente era pequeña; sin embargo, a pesar de su tamaño comprometía el lumen de la vena iliaca común derecha causado por la compresión extrínseca que esta masa ejercía. Nuestra paciente mejoró su sintomatología y con ello su calidad de vida.

Basados en la revisión de la literatura, sólo se ha informado de un caso similar al nuestro, resuelto con el mismo abordaje.

CONCLUSIÓN

Los endometriomas son neoplasias quísticas poco frecuentes, en la pelvis pueden llegar a comprometer el retorno venoso condicionando un evento trombótico. El edema de la extremidad y el dolor pélvico son los síntomas más persistentes, este último siendo crónico e incapacitante. Nuestro caso ilustra la exitosa resección quirúrgica de un endometrioma con la restauración exitosa del retorno venoso a través del segmento iliofemoral venoso derecho.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Kasper D, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison. Principio de medicina interna. 19th Ed. Estados Unidos de América: McGrawHill; 2016. p 2388.
2. Chiamonte R, Castorina S, Castorina EG, Panarello A, Maria Antoci S. Thrombosis of iliac vessels, a rare complication of endometriosis: Case report and review of literature. *J Adv Res* 2017; 8(1): 1-5.
3. Sharma RP, Delly F, Marin H, Sturza S. Endometriosis causing lower extremity deep vein thrombosis - case report and review of the literature. *Int J Angiol* 2009; 18(4): 199-202.
4. Solano JA, Valenzuela PL, Martínez E, Zapico A, González J. Primary umbilical endometriosis. *Clin Invest Gin Obst* 2013; 40(5): 227-30.
5. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997; 24(2): 235-58.
6. Restrepo G. Endometriosis, Endometrioma e Infertilidad. *Revista Med* 2010; 18(2): 197-209.
7. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. *Nat Rev Endocrinol* 2014; 10(5): 261-75.
8. Giudice LC. Práctica Clínica Endometriosis. *N Engl J Med*. Disponible en PMC 2011.
9. Kasper D, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison. Principio de medicina interna. 19th Ed. Estados Unidos de América: McGrawHill; 2016. p 388.
10. Rosengarten AM, Wong J, Gibbons S. Endometriosis causing cyclic compression of the right external iliac vein with cyclic edema of the right leg and thigh. *J Obstet Gynaecol Can* 2002; 24(1): 33-5.
11. Ianieri MM, Buca DIP, Panaccio P, Cieri M, Francomano F, Liberati M. Retroperitoneal endometriosis in postmenopausal woman causing deep vein thrombosis: case report and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2017; 44(1): 148-50.
12. Zamurovic M. Rare extrapelvic endometriosis on iliac vein wall diagnosis and treatment. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2014; 41(3): 349-50.
13. Ma Li, Kailun Chen, Yoke Fai Fong. A rare case of endometriosis that lines the external iliac vein that causes deep vein thrombosis. Department of Obstetrics and Gynecology, National University Hospital, Singapore. *AJOG* 2018.

Correspondencia:

Dr. Carlos A. Hinojosa
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición "Salvador Zubirán"
Vasco de Quiroga, Núm. 15
Col. Sección XVI, C.P. 14080.
Del. Tlalpan, Ciudad de México.
Tel.: (01 55) 5487-0900
Correo electrónico:
carlos.a.hinojosa@gmail.com