

Angiología

**Trombosis venosa iliocava y
rotura traumática de vena ilíaca
secundaria a mioma uterino
gigante**

**Ilio-caval venous thrombosis and
traumatic iliac vein rupture
secondary to a giant uterine
fibroid**

10.20960/angiologia.00956

10/16/2026

Trombosis venosa iliocava y rotura traumática de vena ilíaca secundaria a mioma uterino gigante

Ilio-caval venous thrombosis and traumatic iliac vein rupture secondary to a giant uterine fibroid

Pablo Rodríguez González, Xian Fariña Casanova, María Irene López Arquillo, José Manuel Encisa de Sá

Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo, Pontevedra

Correspondencia: Pablo Rodríguez González. Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular. Hospital Álvaro Cunqueiro. Estrada Clara Campoamor, 341. 36312 Vigo, Pontevedra

e-mail: rodriguezgon.pablo@gmail.com

Recibido: 13/08/2026

Aceptado: 17/08/2026

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

RESUMEN

Introducción: los miomas uterinos son frecuentes, pero rara vez causan complicaciones vasculares graves. Presentamos un caso de trombosis venosa profunda (TVP) iliocava y rotura venosa con *shock* hemorrágico, secundarias a la compresión y traumatismo por un mioma gigante.

Caso clínico: mujer de 56 años que acudió a urgencias con *shock* hemorrágico y edema en la pierna izquierda tras una caída accidental. El angio TAC mostró un gran hematoma retroperitoneal, TVP iliofemoral izquierda y un mioma uterino gigante que comprimía severamente la vena cava inferior (VCI). Tras la estabilización hemodinámica inicial, se planificó intervención quirúrgica con colocación de filtro de

vena cava para prevención embólica, y posterior histerectomía. Durante la intervención se descubrió la rotura de la vena ilíaca izquierda trombosada, procediendo a trombectomía y reparación directa de vena ilíaca. La paciente desarrolló un síndrome compartimental que requirió fasciotomías urgentes. A los 6 meses, la TVP se resolvió por completo, permitiendo retirar el filtro y la anticoagulación. Al año de seguimiento la paciente se encuentra asintomática con una mínima limitación de la flexoextensión a nivel del tobillo.

Discusión: la rotura venosa ilíaca asociada a un mioma gigante es excepcional. La compresión crónica induce estasis severa y vuelve las paredes venosas friables, haciéndolas susceptibles a roturas traumáticas ante impactos como una caída. Ante un shock hemorrágico en presencia de una masa pélvica, sospechar esta entidad es clave. Su manejo exige un reto multidisciplinar para garantizar la estabilización hemodinámica, el control vascular preventivo, la protección embólica y el tratamiento precoz de complicaciones como el síndrome compartimental.

Palabras clave: Leiomioma. Trombosis venosa profunda. Vena ilíaca. *Shock* hemorrágico. Síndrome compartimental. Filtro de vena cava.

ABSTRACT

Introduction: uterine fibroids are common but rarely cause severe vascular complications. We present a case of ilio-caval deep vein thrombosis (DVT) and venous rupture with hemorrhagic shock, secondary to compression and direct trauma from a giant fibroid.

Case report: a 56-year-old woman presented to the emergency department with hemorrhagic shock and left leg edema following an accidental fall. A CT angiography revealed a large retroperitoneal hematoma, left iliofemoral DVT, and a giant uterine fibroid severely compressing the inferior vena cava (IVC). Following initial hemodynamic stabilization, a surgical intervention was planned, including the placement of a vena cava filter for embolic prevention, followed by a hysterectomy. During the procedure, the rupture of the thrombosed left iliac vein was discovered, proceeding to a thrombectomy and direct repair of the iliac vein. The patient developed compartment syndrome requiring urgent fasciotomies. At 6 months, the

DVT was completely resolved, allowing for the removal of the filter and anticoagulation. At one-year follow-up, the patient is asymptomatic with minimal limitation in ankle flexion-extension.

Discussion: iliac vein rupture associated with a giant fibroid is exceptional. Chronic compression induces severe stasis and makes the venous walls friable, leaving them susceptible to traumatic rupture upon physical impacts such as a fall. In the presence of hemorrhagic shock and a pelvic mass, suspecting this entity is key. Its management represents a multidisciplinary challenge to ensure hemodynamic stabilization, preventive vascular control, embolic protection, and early treatment of complications such as compartment syndrome.

Keywords: Leiomyoma. Deep vein thrombosis. Iliac vein. Hemorrhagic shock. Compartment syndrome. Vena cava filter.

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos son las neoplasias benignas uterinas más comunes en mujeres en edad reproductiva. Debido a su curso frecuentemente asintomático, determinar su incidencia exacta constituye un desafío clínico. No obstante, las estimaciones oscilan entre el 4,5 % y el 68,6 % en mujeres de hasta 50 años, alcanzando su pico máximo durante la quinta década de la vida (1).

Dicha patología rara vez provoca complicaciones agudas. No obstante, cuando aparecen conllevan una morbilidad significativa, incluyendo cuadros de sangrado uterino anormal, infertilidad, alteraciones urinarias o abortos de repetición. Además, una causa infrecuente, pero documentada, de los miomas uterinos es la enfermedad tromboembólica venosa debido a la compresión sobre el sistema venoso pélvico, lo que puede precipitar una trombosis venosa (TVP) y una posterior tromboembolia pulmonar (TEP) (2,3).

Presentamos el caso clínico de un mioma uterino gigante que indujo estasis venosa pélvica, lo que produjo una TVP iliocava, hematoma retroperitoneal y *shock* hemorrágico secundario.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años de edad que acudió a Urgencias por cuadro sincopal y dolor lumbar tras una caída accidental. Presentaba *shock* hemorrágico y edema en el miembro inferior izquierdo (MII).

Se realizó una angiotomografía computarizada (TC), en la que se objetivó un hematoma retroperitoneal extenso (14 × 16 × 31 cm), TVP iliofemoral izquierda y una masa pélvica de origen uterino (20 × 22 × 37 cm) con severa compresión de la vena cava inferior (VCI) (Figs. 1 y 2).



Figura 1. Imagen diagnóstica de mioma uterino gigante.

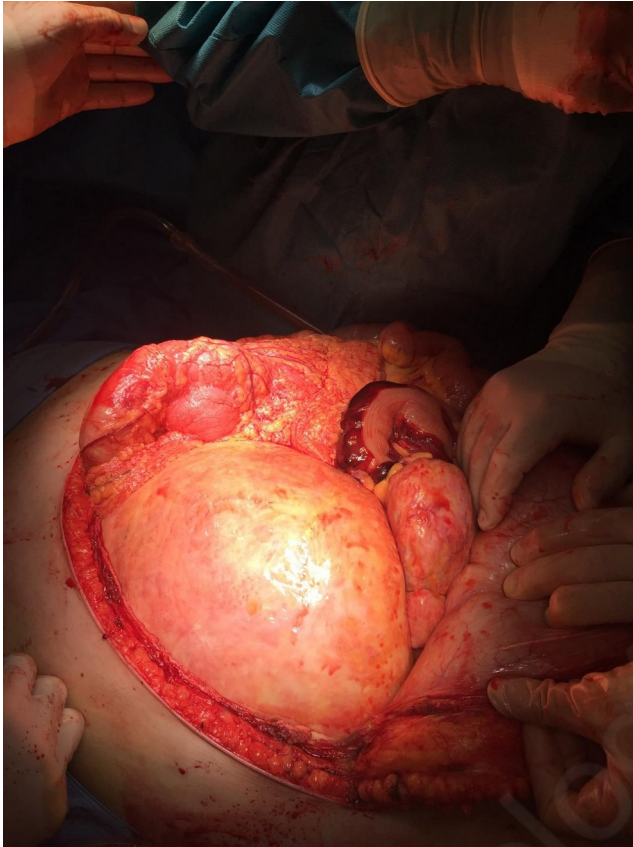


Figura 2. Imagen durante la operación del mioma uterino gigante.

Ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos para soporte hemodinámico y, ante la alta sospecha de hemorragia activa, se realizó arteriografía urgente, en la que se identificó sangrado activo en una rama arterial lumbar izquierda (L3). Se embolizó en el mismo procedimiento. Tras estabilidad clínica y descarte de TEP, se inició anticoagulación con heparina no fraccionada.

Se realizó valoración multidisciplinaria y se decidió cirugía programada para la resección del mioma por parte de Cirugía Vascular, Ginecología y Radiología Intervencionista. Con el objetivo de minimizar el riesgo embólico, se implantó un filtro de VCI transyugular antes de la histerectomía y se realizó control vascular con pinzamiento de la VCI. Se objetivó rotura de la vena ilíaca izquierda, que se encontraba trombosada, y se procedió a la realización de una trombectomía con catéter Fogarty y venorrafia directa.

Como complicación de la TVP, desarrolló un síndrome compartimental en el MII que requirió fasciotomías urgentes. Pese a la descompresión, presentó una neuropatía del

nervio ciático poplíteo externo, con pie equino. El cierre de las fasciotomías se logró por segunda intención al mes de la cirugía y, después del tratamiento por parte del Servicio de Rehabilitación, se resolvió la neuropatía. A los 6 meses se observó resolución completa de la TVP mediante ecografía, lo que posibilitó la retirada de la anticoagulación y del filtro de VCI. Al año de seguimiento, la paciente realiza vida activa, con mínima limitación residual en la flexoextensión del tobillo izquierdo.

DISCUSIÓN

La asociación entre miomas gigantes y complicaciones vasculares graves es excepcional. La fisiopatología de la TVP en este contexto se basa en la compresión mecánica extrínseca sobre el sistema venoso pélvico, lo que induce una estasis severa que actúa como factor precipitante según la tríada de Virchow (1,4). La incidencia de TVP aumenta significativamente en úteros miomatosos de grandes dimensiones, especialmente con pesos cercanos a los 1000 gramos; en nuestro caso, 903 g (5).

El aspecto más inusual de este caso es la rotura venosa ilíaca. Esta entidad, a menudo confundida con roturas arteriales por la magnitud del sangrado, suele estar precedida por una hipertensión venosa aguda secundaria a la oclusión iliofemoral (6). Planteamos que el hematoma fue consecuencia de un traumatismo vascular directo debido al impacto del mioma contra los vasos pélvicos durante la caída. Desde un enfoque biomecánico, la compresión crónica provocó una ingurgitación que volvió las paredes venosas friables (6). Ante la deceleración de la caída, el mioma se comportó como una masa rígida que provocó la rotura de la vena ilíaca previamente debilitada.

El tratamiento constituye un reto multidisciplinar (2,3). La manipulación de masas gigantes trombosadas conlleva un alto riesgo de desprendimiento embólico, por lo que la colocación de un filtro de VCI y el control vascular proximal con pinzamiento son estrategias críticas para prevenir una TEP masiva durante la cirugía (1,4). Por último, el síndrome compartimental es una complicación grave asociada a la hipertensión venosa extrema y la flegmasia (6), en el que la fasciotomía temprana es la única medida eficaz para preservar la extremidad.

CONCLUSIÓN

Aunque los leiomiomas uterinos son generalmente benignos, las variantes gigantes pueden desencadenar eventos vasculares críticos mediante mecanismos de compresión extrínseca y traumatismo directo. La sospecha clínica de rotura venosa ante un *shock* hemorrágico en presencia de una masa pélvica es fundamental para el pronóstico. El éxito terapéutico en estos casos complejos radica en un abordaje multidisciplinar, priorizando la estabilización hemodinámica inicial, el control vascular preventivo y la protección embólica durante la cirugía definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Afaq M, Zlotshewer BA, Oliveros E, Bauman SG, Vaidya A, Lakhter V, et al. Uterine Fibroids and Their Association with Acute and Chronic Venous Thromboembolic Disease-An Expert Review of the Literature. *J Clin Med* 2025;14(12):4065.
2. Gupta S, Manyonda IT. Acute complications of fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009;23(5):609-17.
3. Qammar A, Raja S, Raja A, Chaulagain A, Moshayedi P, East C. Large uterine fibroid causing DVT and PE: Successful management with mechanical aspiration thrombectomy and hysterectomy: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2024;103(49):e40862.
4. Fernandes FL, Dinardo CL, Terra-Filho M. Uterine myoma as a cause of iliac vein thrombosis and pulmonary embolism: common disease, rare complication. *Respirol Case Rep* 2014;2(4):132-4.
5. Shiota M, Kotani Y, Umemoto M, Tobiume T, Tsuritani M, Shimaoka M, et al. Deep-vein thrombosis is associated with large uterine fibroids. *Tohoku J Exp Med* 2011;224(2):87-9.
6. McCready RA, Kiell CS, Webb TH. Spontaneous iliac vein rupture: An uncommon, but frequently lethal, event. *J Vasc Surg Cases Innov Tech* 2021;7(3):558-62.