



## Nota Técnica

### Consejos en el tratamiento endovascular del síndrome de May-Thurner

#### *Tips on the endovascular treatment of May-Thurner syndrome*

Pablo Gallo González<sup>1</sup>, Santiago Zubicoa Ezpeleta<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, y <sup>2</sup>Radiología Intervencionista Vascular. Hospital Ruber Internacional. Madrid

El síndrome de May-Thurner consiste en la compresión de la vena ilíaca común izquierda (VICI) por la arteria ilíaca común derecha (AICD) contra la columna. Con menor frecuencia puede existir compresión de la vena ilíaca común derecha (VICD) o de ambas ilíacas comunes (1). Puede ser asintomático o presentar un cuadro clínico delimitado al miembro inferior izquierdo con edema, dolor, pesadez y presencia de varices. También puede manifestar clínica compatible con síndrome de congestión venosa pélvica por la circulación colateral que se desarrolla a través de la inversión de flujo de la vena ilíaca interna izquierda (VIII).

El estudio de elección para el diagnóstico de síndromes compresivos es el eco Doppler y el diagnóstico por imagen (angio-TAC y angio-RMN), así como la flebografía ascendente o descendente. Esta última, realizada desde una vena de la flexura del codo, nos permite tomar gradiente de presiones.

En los últimos años, el tratamiento endovascular ha evolucionado fundamentalmente en el desarrollo de *stents* dedicados a la patología venosa.

Con el fin de facilitar y mejorar el abordaje endovascular en el síndrome de May-Thurner, recomendamos los siguientes consejos:

1. Abordaje percutáneo bilateral (venas femorales). La inyección simultánea bilateral pro-

porciona imágenes de las venas ilíacas y de la unión con la vena cava (VC) de absoluta calidad, visualizando la lesión estenótica en cuanto a su morfología y extensión.

Durante la fase de apertura del *stent* en la vena cava inferior (VCI), pequeñas inyecciones del medio de contraste por la vena femoral derecha (VFD) nos ayudan a su correcto posicionamiento, lo que evita una excesiva protrusión en VCI que puede crear problemas en el flujo de la VICD y originar el denominado *jailing* (Fig. 1).

2. Las imágenes en 3D son definitivas para valorar la bifurcación ilio-cava, así como las lesiones en cuanto al grado de estenosis y la circulación colateral desarrollada. También puede ser útil en la comprobación del resultado final tras el *stenting*. Existe la posibilidad de realizar navegación intravascular virtual.
3. Elección del *stent* adecuado. Recomendamos el *stent* autoexpandible por sus características de flexibilidad y fuerza radial, preferiblemente de un calibre de 16 o de 14 mm de diámetro y de un mínimo de 80-90 mm de longitud.
4. Dilatación con balón pre- y pos-*stenting*. Es necesario alcanzar la máxima presión del balón para conseguir una completa dilatación del *stent* (5-8 atm). En ocasiones, cuando exis-

Recibido: 09/12/2020 • Aceptado: 11/12/2020

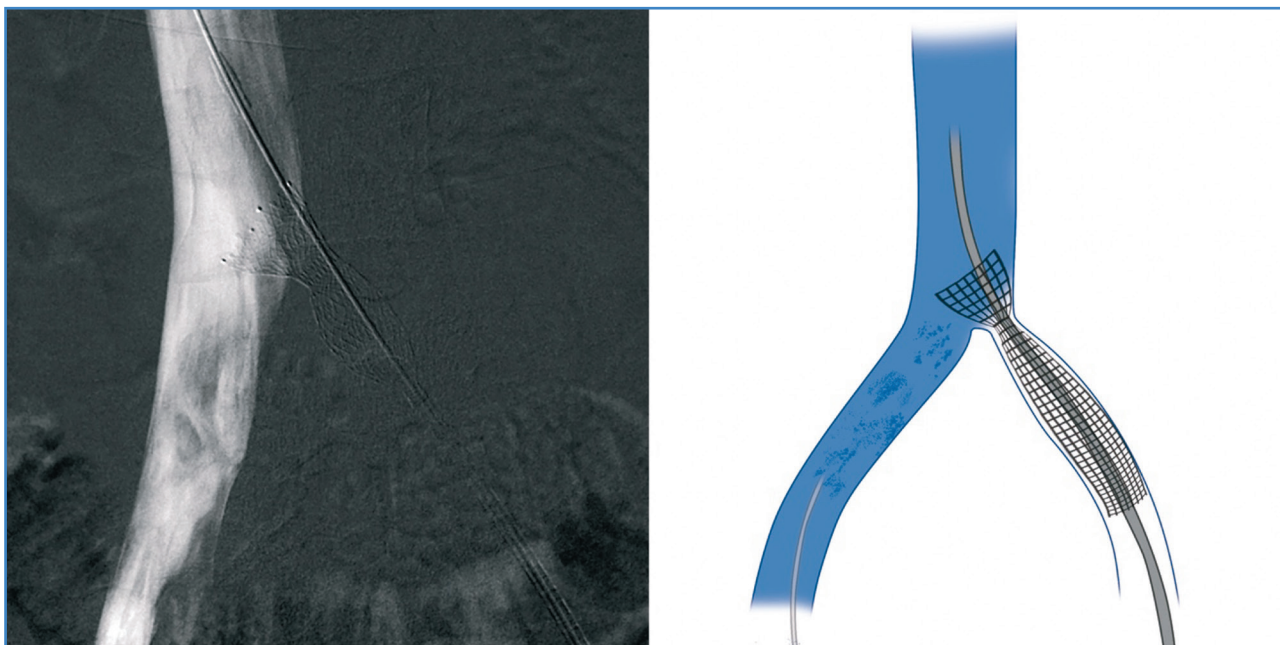
Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Gallo González P, Zubicoa Ezpeleta S. Consejos en el tratamiento endovascular del síndrome de May-Thurner. *Angiología* 2021;73(1):41-43

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00239>

#### Correspondencia:

Pablo Gallo González  
Servicio de Angiología, Cirugía Vascular  
y Endovascular. Hospital Ruber Internacional.  
C/ de La Masó, 38. 28034 Madrid  
e-mail: [congresos@patologjivascul.com](mailto:congresos@patologjivascul.com)



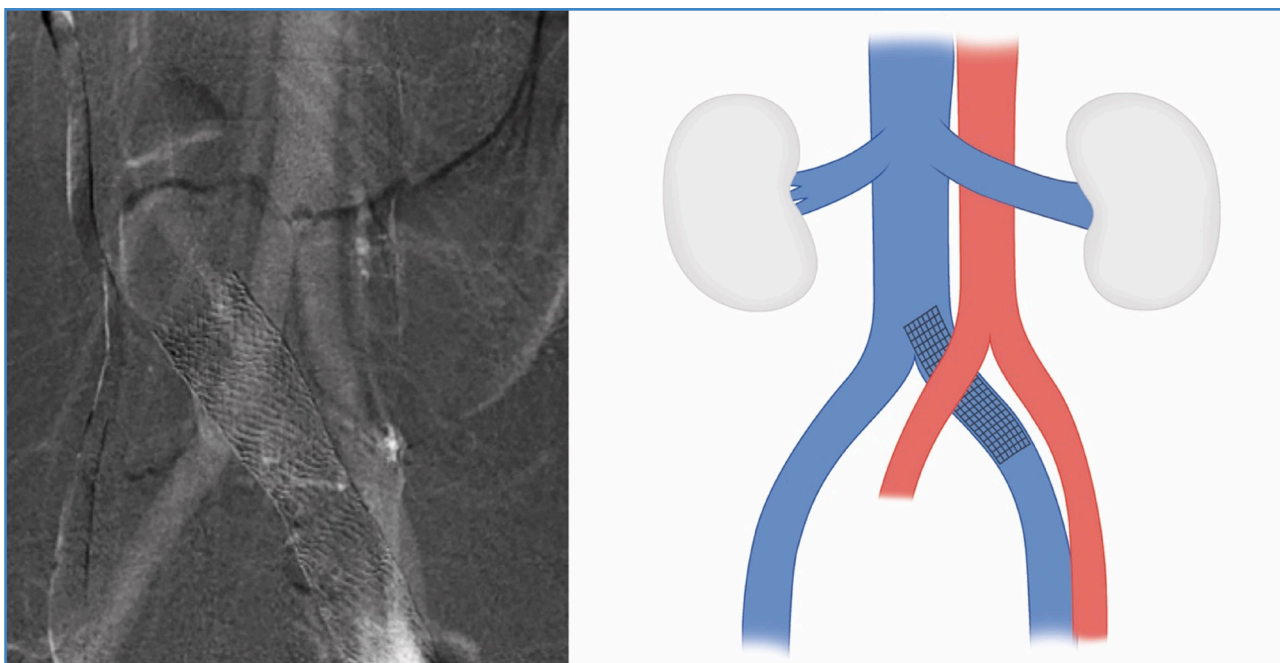
**Figura 1.** Stent en fase de apertura en VCI. Su correcta posición se controla mediante inyección de medio de contraste por la VFD.

ten sinequias centrales, debe realizarse una dilatación previa con catéter de balón para facilitar el paso del catéter portador del stent y ayudar a su correcta colocación.

5. Retorno arterial. Cuando realizamos la inyección simultánea bilateral por ambas venas femorales, una vez colocado el stent, conseguir la visualización del retorno arterial mediante

la técnica de sustracción digital nos confirmará el correcto posicionamiento del stent, que deberá sobrepasar mínimamente el trayecto de la AICD (Fig. 2).

6. Gradientes de presión. Las presiones, que se toman habitualmente antes del procedimiento, nos mostrarán una diferencia significativa entre ambas venas femorales, que se



**Figura 2.** Fase del retorno arterial con sustracción digital que muestra la AICD sobrepasada por el stent, con lo que cumple su función de apertura de la compresión.

normalizan después del correcto posicionamiento del *stent*.

7. IVUS. Es una herramienta que puede emplearse de forma complementaria a la flebografía convencional, útil para visualizar anomalías intraluminales. No se requiere contraste ni radiación (2) y, en nuestro caso, la utilizamos para descartar estenosis residuales.

Esperamos que estas recomendaciones sean de utilidad y contribuyan a mejorar el abordaje endovascular de los síndromes compresivos ve-

nosos, a lograr tratamientos endovasculares exitosos y a minimizar el riesgo de complicaciones secundarias al *stenting*.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Radaideh Q, Patel NM, Shamma NW. Iliac vein compression: epidemiology, diagnosis and treatment. *Vasc Heal Risk Manag* 2019;15:115-22.
2. Black S, Janicek A, Knuttinen MG. Re-intervention for occluded iliac vein stents. *Cardiovasc Diagn Ther* 2017;7(3):258-66.