



Caso Clínico/Carta Científica

Hemorragia retroperitoneal por rotura espontánea de la vena cava y vena ilíaca derecha

Retroperitoneal haemorrhage by spontaneous vena cava and right iliac vein rupture

Young Woon Ki, Irene Vázquez Berges, Gabriel Cristian Inajara Pérez, Iliana Andrea Suazo Guevara, Alfonso Jiménez Elbaile

Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El sangrado retroperitoneal por rotura espontánea de vena cava o ilíaca supone una entidad muy poco frecuente y extremadamente grave de hematoma retroperitoneal. El diagnóstico diferencial principal es la rotura de aneurisma aórtico. Presentamos un caso con dicha patología.

CASO CLÍNICO

Varón de 52 años con los antecedentes de diabetes *mellitus*, dislipemia, obesidad, cardiopatía isquémica revascularizada mediante *stent* coronario hace 5 años e intervenido de dos hernias discales hace 20 años. Remitido a Urgencias de nuestro hospital desde otro centro por intenso dolor lumbar de comienzo brusco de cuatro horas de evolución e hipotensión severa. Su estado general impresionaba de gravedad. A la exploración se apreciaba edema rizomélico derecho y defensa abdominal por dolor en hemiabdomen derecho. El paciente no refería antecedente traumático, pero sí esfuerzo físico puntual al empujar su moto en las horas previas, que coincidió con el comienzo del dolor y del dolor gemelar

derecho con edema de un mes de evolución previamente. A su llegada a Urgencias se demuestra descenso de 6 puntos de hemoglobina (de 16,8 g/dL a 11 g/dL) y 17 de hematocrito (de 53,9% a 37%) respecto a la analítica realizada 40 minutos antes, con valores de plaquetas 118 000/ μ , tiempo de Quick 13,8 s y actividad de protrombina 76%.

Ante sospecha de aneurisma de aorta abdominal roto se realiza angio-TAC urgente que objetiva un hematoma voluminoso retroperitoneal derecho en relación con la vena cava inferior y la vena ilíaca derecha, aumentadas de calibre, con ausencia de contraste en la fase venosa e imagen sugestiva de trombo en vena cava inferior. Eje arterial indemne sin aneurismas ni imágenes de disección ni sangrado arterial. Tromboembolismo pulmonar bilateral (TEP) sin claras imágenes de infarto pulmonar (Fig. 1).

Ante los hallazgos del TAC y la gravedad del estado general del paciente, se decide intervención urgente. Bajo anestesia general se realizó incisión de Chevron bilateral porque permite un amplio campo en poco tiempo, muy útil dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, con lo que puede explorarse desde la cava infrarrenal hasta la fosa ilíaca el punto exacto de la rotura, que desconocíamos.

Recibido: 1/5/2018 • Aceptado: 17/12/2018

Ki YW, Vázquez Berges I, Inajara Pérez GC, Suazo Guevara IA, Jiménez Elbaile A. Hemorragia retroperitoneal por rotura espontánea de la vena cava y vena ilíaca derecha. *Angiología* 2019;71(2):69-73.

DOI: <http://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00041>

Correspondencia:

Young Woon Ki. Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza e-mail: youngwoonki@gmail.com

Presentaba abundante hematoma retroperitoneal y se apreciaba importante sangrado venoso por rotura en cara lateral externa derecha de cava inferior de 5 mm. Se evacuó abundante hematoma y se reparó mediante sutura directa con monofilamento de 4/0, con lo que se consiguió su estabilización. Al revisar la fosa ilíaca derecha, se produce nuevamente un profuso sangrado proveniente de la vena ilíaca común derecha. Se identifica la rotura en su cara posterior, lo que vuelve a inestabilizarlo. No se consigue reparar por su inaccesibilidad y, debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente, se realizó ligadura de la misma proximal y distal a la rotura. Se revisó el resto del retroperitoneo sin identificar otros puntos de sangrado y se inspeccionó manualmente la pared posterior del retroperitoneo, sin palpar material de osteosíntesis de la intervención de columna previa.

Tras la intervención evoluciona favorablemente en UCI. Se extubó a las pocas horas, manteniendo estabilidad hemodinámica. Se exacerbó el edema rizomélico en los dos días posteriores a la intervención a pesar de llevar media elástica. Al tercer día presentó paresia en el pie derecho con desarrollo de pie equino parcial por posible síndrome compartimental de etiología venosa. Mejoró al iniciar tratamiento anticoagulante con HBPM a dosis profilácticas, por lo que se desestimó realizar fasciotomías. Al cuarto día se comenzó HBPM a dosis terapéuticas y, posteriormente, con acenocumarol.

El paciente fue dado de alta tras 27 días de ingreso con mejoría notable del edema. Fue estudiado por Medicina Interna, donde se le diagnosticó de síndrome antifosfolípido. Se mantuvo la anticoagulación de por vida y actualmente presenta un edema discreto bien tolerado. Camina sin ningún tipo de limitación tras la rehabilitación, por lo que no nos planteamos recanalización venosa.

DISCUSIÓN

Existe poca literatura sobre casos de rotura espontánea de la vena ilíaca. De los casos publicados, el 67,6% (Tabla I) asociaba trombosis venosa profunda (TVP) en la misma extremidad, la mayoría en el lado izquierdo (1-6). Hasta la fecha actual, se han publicado 4 casos sobre rotura espontánea de vena



Figura 1.

cava inferior (7-10), pero que acabaron en *exitus*. Sin embargo, no conseguimos encontrar casos publicados con las dos patologías a la vez en un mismo paciente (rotura espontánea de cava inferior y de vena ilíaca).

En su momento agudo, no pudimos realizar pruebas de imagen para diagnosticar TVP debido a la inestabilidad del paciente; no obstante, la exploración era sugestiva de TVP y los hallazgos del TAC con restos de trombo en cava inferior y TEP bilateral sugieren que, en el momento en el que presentó el episodio de sangrado, ya presentaba una TVP extensa en la extremidad inferior derecha que no había sido diagnosticada correctamente. En los casos publicados de rotura espontánea de vena ilíaca se describe antecedente de maniobra de Valsalva con aumento de la presión intraabdominal como causante de la rotura en el 21,6% de los casos (Tabla I).

Tabla I. Resumen de los casos publicados de rotura espontánea de la vena ilíaca

Autor (año)	Edad/sexo	Localización	Síntomas iniciales	Masa abdominal	Edema miembro inferior	Trombo asociado	Factor predisponente	Tto qx	Anticoag posop	Evolución
Hossne (1961)	48/M	Externa der.	Dolor abdominal	+	-	+	Desconocido	Ligadura	-	Viva.TVP
Herczeg (1967)	41/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Posparto	Sutura	-	Fallecida
Herrín (1975)	67/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	+	¿Caída?	Sutura	+	Viva
Brown (1977)	75/M	Común izq.	Dolor abdominal	-	-	+	¿Caída?	Sutura	+	Viva
McDonald (1980)	46/M	Externa izq.	Dolor inguinal	-	+	+	Viaje en coche prolongado	Ligadura	-	Fallecida
Elliot (1982)	72/M	Externa der.	Dolor abdominal	+	+	-	Aumento de presión abdominal	Sutura	-	Viva.TVP
Stevan Solano (1982)	40/M	Externa izq.	Dolor abdominal e inguinal	+	+	-	Desconocido	Ligadura	-	Fallecida
Noszczyk (1983)	48/H	Externa izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Compresión venosa y aumento de presión abdominal	Sutura	+	Vivo
Stock (1986)	79/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Compresión venosa	Sutura	+	Viva.TVP
Forsberg (1988)	83/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	-	-	Sigmoiditis/diarrea	Sutura	+	Fallecida
Forsberg (1988)	74/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Aumento de presión abdominal	Sutura	+	Viva
Copeland (1989)	63/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	-	Desconocido	Sutura	+	Viva
Rafia (1989)	33/M	Externa izq.	Dolor abdominal	-	-	-	Desconocido	Sutura	-	Viva.TVP
Hill (1990)	52/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	-	Aumento de presión abdominal	Sutura	-	Fallecida
Nishida (1993)	80/M	Externa izq.	Dolor abdominal	-	+	+	Aumento de presión abdominal	Sutura	+	Viva.TVP
Majeed (1993)	49/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	-	+	Aumento de presión abdominal	Sutura	+	Viva
Van Damme (1993)	63/H	Común izq.	Dolor abdominal	+	-	+	Compresión venosa	Sutura	+	Viva.TVP
Yamada (1995)	66/M	Externa izq.	Dolor abdominal	-	+	+	Compresión venosa	Sutura	+	Viva.TVP
Plate (1995)	78/M	Externa izq.	Dolor abdominal e inguinal	+	+	+	Desconocido	Sutura	+	Viva.TVP
Lin (1996)	69/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	-	+	Aumento de presión abdominal	Sutura	+	Viva.TVP

(Continúa en página siguiente).

Tabla I. (Cont.) Resumen de los casos publicados de rotura espontánea de la vena ilíaca

Autor (año)	Edad/sexo	Localización	Síntomas iniciales	Masa abdominal	Edema miembro inferior	Trombo asociado	Factor predisponente	Tto qx	Anticoag posop	Evolución
DePass (1998)	68/M	Común izq.	Dolor abdominal	-	-	-	Aumento de presión abdominal (obesidad)	Sutura	-	Viva. TVP
López Boado (1998)	81/M	Común izq.	No	+	+	+	Desconocido (obesidad)	Ligadura	-	Fallecida
Bracale (1999)	51/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Desconocido	Cierre parche PTFE	+	Viva
Bracale (1999)	66/H	Externa izq.	Dolor abdominal	+	-	+	Desconocido	Ligadura	-	Fallecido
Gaschinguinalhard (2000)	58/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	-	+	Desconocido	Ligadura	+	Viva. TVP
Pedley (2002)	66/M	Común izq.	Dolor abdominal e inguinal	+	+	+	¿Caída?	Ligadura	+	Viva
Jazayeri (2002)	45/M	Externa izq.	Dolor inguinal	-	+	-	Compresión venosa	Sutura	+	Viva. TVP
Castellón (2003)	69/H	Común izq.	Dolor abdominal e inguinal	+	+	-	Desconocido (obesidad)	Ligadura	-	Fallecida
Zieber (2004)	48/M	Externa izq.	Dolor lumbar	-	+	+	Desconocido	Endovascular	-	Viva
Kwon (2004)	62/M	Externa izq.	Dolor abdominal	+	-	-	Desconocido	Sutura	+	Viva
Borkon (2009)	60/M	Común izq.	Dolor inguinal	-	+	+	Desconocido	Sutura	-	Fallecida
Zang (2011)	62/M	Externa der.	Dolor abdominal	+	-	+	Compresión venosa	Sutura	+	Viva
Deng (2011)	63/M	Común izq.	Dolor abdominal	+	+	+	Desconocido	Sutura	+	Viva. TVP
Kim (2011)	72/M	Externa izq.	Dolor lumbar y abdominal	-	+	-	Desconocido	Sutura	+	Viva
Joseph (2017)	51/M	Común izq.	Dolor lumbar y abdominal	-	+	-	Aumento de presión pélvica	Sutura	-	Fallecida
Vázquez (2017)	52/H	Común der.	Dolor lumbar e inguinal	-	+	+	Aumento de presión abdominal (obesidad)	Ligadura	+	Vivo. TVP
González-Castro (2017)	46/M	Externa izq.	Dolor lumbar	+	-	+	Desconocido	-	-	Fallecida

Mi: mujer; H: hombre; Tto qx: tratamiento quirúrgico; Anticoag posop: anticoagulación posoperatoria.

En conclusión, los signos clínicos sugestivos de TVP iliofemoral de miembro inferior derecho de un mes de evolución previo al episodio de rotura y la presencia del TEP en el momento agudo nos hacen plantear como probable etiología de la rotura venosa la movilización del trombo subagudo parcialmente adherido, debido al esfuerzo físico con aumento de la presión abdominal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jazayeri S, Tatou E, Cheynel N, et al. A spontaneous rupture of the external iliac vein revealed as a phlegmasia cerulea dolens with acute lower limb ischemia: Case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2002;35:999-1002.
2. Bracale G, Porcellini M, D'armiento FP, et al. Spontaneous rupture of the of the iliac vein. *J Cardiovasc surg* 1999;40:871-5.
3. Castellón Pavón C, Sanguino Peloché JL, del Amo Olea E, et al. Rotura espontánea de la vena ilíaca. *Emergencias* 2003;15:376-80.
4. Lin B, Chen R, Fang J, et al. Spontaneous rupture of left external iliac vein: Case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 1996;24:284-7.
5. Tamura M, Shinagawa M, Funaki Y. Spontaneous Retroperitoneal Hematoma. *EJVES Extra* 2002;4:69-71. DOI: 10.1053/ejvx.2002.0177
6. González-Castro A, Azueta Etxebarriab A, González-Sánchez FJ. Trombosis venosa profunda y hemorragia retroperitoneal espontánea, una combinación fatal. *Med Clin (Barc)* 2017;149(1):41-2. DOI: 10.1016/j.medcli.2017.01.011
7. Karakaya Z, Ünlüer E, Ersan A. Deadly right flank pain: inferior vena cava spontaneous rupture. *Am J Emerg Med* 2016;34(10):2050.e1-2050.e3. DOI: 10.1016/j.ajem.2016.02.055
8. Mulkern EM, Dynan YM, Chaturvedi S. Spontaneous rupture of the inferior vena cava: case report and literature review. *J R Coll Surg Edinb* 2000;45(4):252-3.
9. Goncu T, Toktas F, Yalcinkaya S, et al. Spontaneous Rupture of Inferior Vena Cava Associated with Enoxaparin Use; Case Report and Review of the Literature. *Sci Rep* 2012;1(1):1-2. DOI: 10.4172/scientificreports.104
10. Nair HT, Dalvi AN, Kulkarni HS, et al. Spontaneous tear of inferior vena cava (a case report). *J Postgrad Med* 1986;32(4):229-30.