



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1704 - IMPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE MAY-THURNER EN EL PRONÓSTICO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES

Adrián Hernández Concepción, Ana María Rivero Ramírez, Samanta Ortega Hernández, María Luisa Labella Báez, Michel Ramírez Van Oudenhove, Iván Marrero Medina, Eduardo González Aragonés y Aída Gil Díaz

Medicina Interna, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Resumen

Objetivos: Analizar las características clínicas, el abordaje terapéutico y la evolución de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) de extremidades inferiores (EEII) con y sin síndrome de May Turner (SMT).

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó los pacientes diagnosticados de TVP de EEII, atendidos en una Unidad de Enfermedad Tromboembólica de un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre 2014 y 2023. Se registraron y compararon variables sociodemográficas, clínicas, analíticas, de tratamiento y seguimiento a 2 años de pacientes con SMT confirmado por imagen, con el resto de pacientes sin dicha condición. Las variables categóricas se compararon con la prueba de chi cuadrado y las cuantitativas usando los test de Student o de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyeron 628 pacientes con TVP de EEII. Un total de 29 pacientes (4,6%) presentaron SMT, siendo significativamente más jóvenes (media de 45,7 vs. 63,1 años; $p < 0,001$), con predominio femenino (69 vs. 49,4%) y con menor comorbilidad. Mostraron menor prevalencia de hipertensión arterial (13,8 vs. 56,6%; OR 8,13; $p < 0,001$) y mayor exposición a estrógenos exógenos (24,1 vs. 8,3%; OR 3,51; $p = 0,004$). Los niveles de dímero D fueron superiores en los pacientes con SMT (23,59 vs. 8,04 $\mu\text{g/ml}$; $p < 0,001$). El SMT se asoció a trombosis más proximales, con mayor afectación de la vena ilíaca (96,3 vs. 27,4%; OR 68,9; $p < 0,001$) y femoral (81,5 vs. 60,1%; OR 2,9; $p = 0,033$), requiriendo más ingresos hospitalarios (48,3 vs. 24,6%; OR 2,95; $p = 0,003$) y tratamiento invasivo mediante trombectomía farmacomecánica (68,9 vs. 2,8%; OR 12,99; $p < 0,001$) fundamentalmente con AngioJet e implante de *stent*. Para la anticoagulación a largo plazo, los pacientes con SMT recibieron con mayor frecuencia anticoagulantes orales directos (41,4 vs. 14,6%; OR 4,1; $p = 0,001$) siendo el más utilizado el apixabán. Todos los pacientes con implante de *stent* venoso recibieron antiagregación concomitante. Durante el seguimiento, en el grupo con SMT se observó mayor recidiva trombótica (31 vs. 8,5%; OR 4,83; $p = 0,001$), además de una mayor incidencia de síntomas de síndrome posttrombótico, como edemas persistentes (62,5 vs. 30,8%; OR 3,74; $p = 0,002$) y pesadez (37,5 vs. 15,6%; OR 3,24; $p = 0,011$). No hubo diferencias significativas respecto a complicaciones hemorrágicas y fallecimiento a largo plazo.

Discusión: La prevalencia del SMT en nuestra cohorte fue mayor que en otras series, aunque con características similares, debutando en edades tempranas, con predominio femenino, uso de estrógenos y asociando mayor afectación venosa proximal y necesidad de abordaje intervencionista respecto a los pacientes sin SMT. Además, durante el seguimiento presentaron elevada incidencia de recurrencia y de

secuelas, lo que respalda la necesidad de estrategias diagnósticas e intervencionistas precoces, combinadas con anticoagulación eficaz.

Conclusiones: Los pacientes con TVP y SMT representan un subtipo clínico diferenciado que requiere sospecha clínica e imagen dirigida para un diagnóstico precoz. Su identificación permite optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

1. Padrnos L, García D. May-Thurner syndrome and thrombosis: A systematic review of antithrombotic use after endovascular stent placement. *Res Pract Thromb Haemost.* 2018;3(1):70-8.