

Nota Clínica

Rotura espontánea de la vena ilíaca

C. Castellón Pavón*, J.L. Sanguino Peloché**, E. Del Amo Olea*, A. Corchete Serviá***, S. Prado Morales**

*SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO. **SERVICIO URGENCIAS. ***RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL "SAN PEDRO DE ALCÁNTARA". CÁCERES.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón intervenido quirúrgicamente por shock hipovolémico secundario a una rotura espontánea de la vena ilíaca común izquierda, tratado con ligadura de la vena. La rotura espontánea de la vena ilíaca es una rara urgencia vascular de etiología incierta, con frecuencia confundida con un sangrado arterial intraabdominal. Se realiza una revisión de los casos descritos en la literatura, comentando las formas más frecuentes de presentación, posibles mecanismos desencadenantes y manejo perioperatorio. Las medidas intensivas de estabilización y un tratamiento quirúrgico urgente son fundamentales para poder reducir la elevada mortalidad de esta causa infrecuente de hemorragia exanguinante.

Palabras clave: Rotura espontánea de la vena ilíaca. Shock hemorrágico. Hematoma retroperitoneal.

INTRODUCCIÓN

La rotura espontánea o idiopática de la vena ilíaca es una rara causa de hemorragia exanguinante. Con frecuencia el diagnóstico inicial es confundido con sangrado arterial intraabdominal¹⁻⁴. En una revisión de la bibliografía hemos encontrado otros 25 casos descritos con unas manifestaciones clínicas muy similares. Presentamos el tercer caso que sucede en un hombre y sin antecedente etiopatogénico previo conocido.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años, obeso, hipertenso y fumador importante que, sin antecedente traumático previo, refirió un leve-moderado

ABSTRACT

Spontaneous iliac vein rupture

We report the case of a male patient who was surgically treated because of hypovolaemic shock secondary to spontaneous rupture of the left common iliac vein, treated through ligation of the ruptured vein. Spontaneous rupture of the common iliac vein represents a rare vascular emergency of uncertain origin, which is frequently mistaken for intra-abdominal arterial bleeding. We review the cases reported in the literature and discuss the more frequent forms of presentation, the possible triggering mechanisms and the perioperative management. Intensive stabilisation measures and an emergency surgical management are basic in order to reduce the high mortality of this infrequent cause of exsanguinating haemorrhage.

Key Words: Spontaneous iliac vein rupture. Haemorrhagic shock. Retroperitoneal haematoma.

dolor inguinal izquierdo sin irradiación, con posterior disminución de la intensidad espontáneamente. Cuatro horas después, y también de modo súbito, comenzó con malestar general y dolor abdominal intenso asociado a la presencia de una tumoración infraumbilical, breve pérdida de conciencia y relajación de esfínteres. Ante el progresivo deterioro del estado general fue trasladado al Servicio de Urgencias consciente y orientado, con diaforesis, palidez cutáneomucosa, frialdad y signos de hipoperfusión periférica, con una tensión arterial de 140/90 mm Hg y frecuencia cardíaca de 95 lpm. El abdomen era blando y depresible, con una masa en hemiabdomen inferior dolorosa a la palpación, blanda, no pulsátil de 25 x 15 cm y sin soplo abdominal a la auscultación. La extremidad inferior izquierda presentaba un aumento de diámetro y carecía de pulso femoral y

Correspondencia: Camilo J. Castellón Pavón.
C/ Bioy Casares 1, esc 1, 2º D.
10005 Cáceres.
E-mail: ccastellonp@teleline.es

Fecha de recepción: 9-6-2003
Fecha de aceptación: 17-11-2003



distales. En la analítica al ingreso destacaban: 15.100 leucocitos sin desviación a la izquierda, hemoglobina 14,9 g/dl, hematocrito 45%, glucosa 253 mg/dl, creatina 1,6 mg/dl y pH 7,24 con un exceso de bases de -12 en la gasometría arterial basal, con el resto de valores dentro de la normalidad. Tras las medidas iniciales de estabilización se realizó una Tomografía Computerizada (TAC) abdominopélvica urgente, apreciándose un gran hematoma retroperitoneal pélvico izquierdo, con extensión al espacio de Retzius, desplazando rectosigma y en estrecha relación con la vena ilíaca externa izquierda, sin líquido libre intraperitoneal (fig. 1). La aorta abdominal y las arterias ilíacas tenían un calibre normal. Al terminar la exploración radiológica el paciente sufrió un rápido deterioro hemodinámico, con marcada hipotensión y disminución del nivel de conciencia. Se realizó intubación orotraqueal e infusión de sangre y aminosimpaticomiméticas, siendo trasladado a quirófano. Se practicó una laparotomía media urgente confirmándose la presencia de un hematoma retroperitoneal (más de 2 litros de sangre y coágulos) con sangrado activo a nivel de una rotura de 1 cm en la cara antero-interna de la vena ilíaca común izquierda, sin trombosis asocia-

da y sin evidencia de masas locorregionales. Se realizó ligadura de la vena y evacuación del hematoma. El paciente sufrió parada cardíaca y falleció en el postoperatorio inmediato por shock refractario con acidosis metabólica grave.

DISCUSIÓN

La rotura de la vena ilíaca es infrecuente y suele suceder por un traumatismo grave o durante una cirugía pélvica. La rotura espontánea es una causa excepcional de shock hemorrágico, que supone un auténtico reto diagnóstico y terapéutico. En una revisión de la literatura hemos encontrado otros 25 casos desde que en 1961 Hossne y cols. describieran el primero⁵. La edad media ha sido de 62 años (33-83) y la mayoría de los pacientes fueron mujeres (88,4%), siendo nuestro caso el tercero que sucede en un hombre. El cuadro clínico se caracteriza por un súbito dolor en hemiabdomen inferior y/o inguinal, asociado con frecuencia una masa no pulsátil, de pocas horas de evolución, con hipotensión y un deterioro progresivo del estado general hasta alcanzar el estado de shock. La rotura de la vena

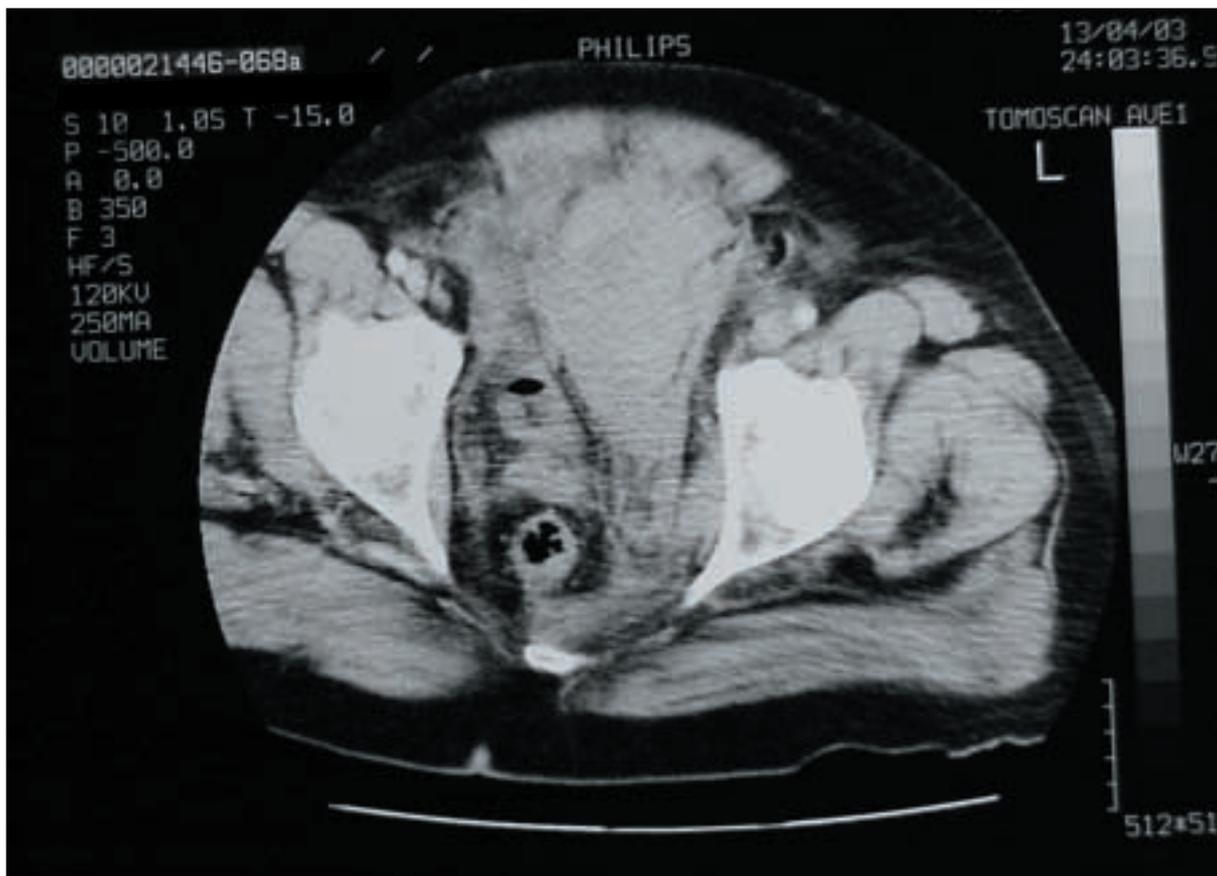


Figura 1. TAC con contraste: Gran hematoma en retroperitoneo pélvico izquierdo con desplazamiento de rectosigma hacia la derecha.

TABLA 1. Resumen de los casos publicados de rotura espontánea de la vena iliaca

Autor (año)	Edad /sexo	Localización	Síntomas iniciales	Masa abd	Edema miembro inferior	Trombo asociado	Factor predisponente	Tto quirúrgico	Aniticoag postop	Evolución
Hossne (1961) ⁵	48/M	Externa dcha	Dolor abd	+	-	Sí	Desconocido	Ligadura	-	Vivo. TVP
Herczeg (1967) ⁶	41/M	Común izda	Dolor abd	+	+	Sí	Postparto	Sutura	-	Fallecida
Herrin (1975) ¹⁴	67/M	Común izda	Dolor abd	+	+	Sí	Caída?	Sutura	+	Vivo
Brown (1977) ¹⁵	75/M	Común izda	Dolor abd	-	-	Sí	Caída?	Sutura	+	Vivo
McDonald (1980) ¹¹	46/M	Externa izda	Dolor ing	-	+	Sí	Viaje coche prolongado	Ligadura	-	Fallecida
Elliott (1982) ¹⁶	72/M	Externa dcha	Dolor abd	+	+	No	↑ Presión abd	Sutura	-	Vivo. TVP
Stevan Solano (1982) ¹⁷	40/M	Externa izda	Dolor abd e inguinal	+	+	No	Desconocido	Ligadura	-	Fallecida
Noszczyk (1983) ³	48/H	Externa izda	Dolor abd	+	+	Sí	Compresión venosa ↑ Presión abd	Sutura	+	Vivo
Stock (1986) ⁸	79/M	Común izda	Dolor abd	+	+	Sí	Compresión venosa	Sutura	+	Vivo. TVP
Forsberg (1988) ¹⁸	83/M	Externa izda	Dolor abd	+	-	No	Compresión venosa	Sutura	+	Fallecida
Forsberg (1988) ¹⁸	74/M	Externa izda	Dolor abd	+	+	Sí	Sigmoiditis/diarrea ↑ Presión abd	Sutura	+	Vivo
Copeland (1989) ¹⁹	63/M	Común izda	Dolor abd	+	+	No	Desconocido	Sutura	+	Vivo
Ratia (1989) ²⁰	33/M	Externa izda	Dolor abd	-	-	No	Desconocido	Sutura	-	Vivo. TVP
Hill (1990) ²¹	52/M	Común izda	Dolor abd	+	+	No	↑ Presión abd	Sutura	-	Fallecida
Nishida (1993) ²²	80/M	Externa izda	Dolor abd	-	+	Sí	↑ Presión abd	Sutura	+	Vivo. TVP
Majeed (1993) ²³	49/M	Externa izda	Dolor abd	+	-	Sí	↑ Presión abd	Sutura	+	Vivo
Van Damme (1993) ²⁴	63/H	Común izda	Dolor abd	+	-	Sí	Compresión venosa	Sutura	+	Vivo. TVP
Yamada (1995) ³	66/M	Externa izda	Dolor abd	-	+	Sí	Compresión venosa	Sutura	+	Vivo. TVP
Plate (1995) ²⁵	78/M	Externa izda	Dolor abd e inguinal	+	+	Sí	Desconocido	Sutura	+	Vivo. TVP
Lin (1996) ¹³	69/M	Externa izda	Dolor abd	+	-	Sí	↑ Presión abd	Sutura	+	Vivo. TVP
DePass (1998) ²	68/M	Común izda	Dolor abd	-	-	No	↑ Presión abd (obesidad)	Sutura	-	Vivo. TVP
Lopez Boado (1998) ²⁶	81/M	Común izda	-	+	+	Sí	Desconocido (obesidad)	Ligadura	-	Fallecida
Gaschnigard (2000) ⁷	58/M	Común izda	Dolor abd	+	-	Sí	Desconocido	Ligadura	+	Vivo. TVP
Pedley (2002) ¹	66/M	Común izda	Dolor abd e inguinal	+	+	Sí	Caída?	Ligadura	+	Vivo
Jazayeri (2002) ⁴	45/M	Externa izda	Dolor ing	-	+	No	Compresión venosa	Sutura	+	Vivo. TVP
Castellon (2003)	69/H	Común izda	Dolor abd e inguinal	+	+	No	Desconocido (obesidad)	Ligadura	-	Fallecida

M: Mujer; H: Hombre; TVP: trombosis venosa profunda. Abd: abdominal.



ilíaca y el consiguiente hematoma retroperitoneal masivo comprometen el retorno venoso siendo frecuente el aumento del perímetro de la extremidad inferior ipsilateral (65,4%), llegando en un caso a producir una *flegmasia cerulea dolens* e isquemia aguda de la extremidad inferior⁴. La extrema gravedad del paciente es atribuida con frecuencia a un sangrado arterial intraabdominal, por lo que habitualmente se acude a quirófano sin un diagnóstico preoperatorio exacto. La TAC puede ser de ayuda para descartar una rotura arterial aunque no resulta diagnóstica, por lo que su realización debería considerarse únicamente en pacientes estables hemodinámicamente por el retardo que provoca sobre la actuación quirúrgica urgente.

La rotura espontánea afecta igualmente a la vena ilíaca común y externa, aunque es más frecuente en el lado izquierdo (24 pacientes, 92,3%) (tabla 1). El mecanismo etiopatogénico es desconocido. Se ha relacionado con factores hormonales, antecedentes de lesiones obstétricas y traumatismos leves^{1,6}. En 17 ocasiones (65,4%) se ha obtenido un trombo en la vena ilíaca. La mayor incidencia de rotura de la vena ilíaca izquierda se ha atribuido a al aumento de la presión venosa local por una membrana endotelial o por la compresión que provoca la arteria ilíaca derecha a nivel de la quinta vértebra lumbar (síndrome de Cockett)^{3,4,6,12}. La obstrucción proximal de la vena favorecería la formación del trombo. Probablemente una combinación de la obstrucción venosa junto a la lesión de la íntima por la trombosis y una maniobra de aumento súbito de la presión intraabdominal contribuirían a la rotura de la vena^{1,4,13}. En nuestro caso no se encontró trombosis venosa asociada por lo que consideramos que el aumento de presión

venosa abdominal por la obesidad y alguna maniobra de Val-salva inadvertida habrían intervenido en la rotura espontánea de la vena ilíaca común izquierda.

A pesar de las medidas intensivas de reposición de volumen y la actuación quirúrgica urgente, han fallecido 7 pacientes (26,9%). Al inicio de abordaje quirúrgico el clampaje de la aorta infrarrenal puede resultar una maniobra de gran ayuda para la estabilización de la presión arterial. El tratamiento es la reparación de la vena con una sutura continua o la ligadura en pacientes con gran inestabilidad hemodinámica como sucedió en nuestro caso. Ante la presencia de un trombo asociado a la rotura venosa es recomendable, si la situación del paciente lo permite, realizar también una trombectomía para reducir el riesgo de trombosis venosa iliofemoral postquirúrgica. A pesar de anticoagulación profiláctica la incidencia de trombosis venosa profunda postoperatoria es alta (63,1%).

Como conclusión podemos decir que la rotura espontánea de la vena ilíaca es una rara emergencia vascular. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes, especialmente mujeres en la séptima década de la vida, con shock hipovolémico de inicio súbito y origen desconocido precedido de dolor abdominal y/o inguinal izquierdo. La TAC abdominopélvica no es una herramienta diagnóstica esencial y en ocasiones puede suponer un retraso vital del control del sangrado en quirófano. La estabilización hemodinámica precoz, un alto grado de sospecha clínica y un tratamiento quirúrgico urgente con reparación o ligadura de la vena son fundamentales para lograr una evolución favorable de esta urgencia asociada a una elevada mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Pedley D, Nagy J, Nichol N. Spontaneous iliac vein rupture: case report and literature review. *J R Coll Edinb* 2002;47:510-1.
- 2- DePass IE. Spontaneous common iliac vein rupture: a case report. *Can J Surg* 1998;41:473-5.
- 3- Noszczyk W, Orzeszko W. Spontaneous rupture of the left iliac vein. *Arch Surg* 1983;118:1277.
- 4- Jazayeri S, Tatou E, Cheynel N, Becker F, Brenot R, David M. A spontaneous rupture of the external iliac vein revealed as phlegmasia cerulea dolens with acute lower limb ischemia: case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 2002;35:999-1002.
- 5- Hossne WS, Hahas PS, Vasconcelos E. Spontaneous rupture of the iliac vein: acute abdomen. *Arq Circ Clin Exp* 1961;24:27-30.
- 6- Herczeg B, Karpathy L, Kovacs G, Hajas G. Spontaneous rupture of an ectasia of the iliac vein with lethal hemorrhage. *Zentralbl Chir* 1967;92:552-5.
- 7- Gaschignard N, Le Paul Y, Maouni T, Dupont Le Priol P. Spontaneous rupture of the left common iliac vein. *Ann Vasc Surg* 2000;14:517-8.
- 8- Stock SE, Gunn A. Spontaneous rupture of the iliac vein. *Br J Surg* 1986;73:565.
- 9- Yamada M, Nonaka M, Murai N, Hanada H, Aiba M, Funami M, et al. Spontaneous rupture of the iliac vein: report of a case. *Surg Today* 1995;25:465-7.
- 10- Cockett FB, Thomas LM. The iliac compression syndrome. *Br J Surg* 1965;52:816-25.
- 11- McDonald RT, Vorpahl TE, Caskey J. Spontaneous rupture of the iliac vein. *Vasc Surg* 1980;14:330-3.
- 12- Sztankay C, Szabo Z. Iliocaval dysplasia: studies on the pathogenesis of venous diseases in the lower extremities. *J Cardiovasc Surg* 1968;2:16-21.
- 13- Lin BC, Chen RJ, Fang JF, Lin KE, Wong YC. Spontaneous rupture of left external iliac vein: case report and review of the literature. *J Vasc Surg* 1996;24:284-7.
- 14- Herrin BJ, Osborne P, Dieste A, Campbell F. Spontaneous rupture of an iliac vein. *Vasc Surg* 1975;9:182-4.
- 15- Brown L, Sanchez F, Mannix H. Idiopathic rupture of the iliac vein. *Arch Surg* 1977;112:95.
- 16- Elliot D, Ware CC. Spontaneous rupture of the external iliac vein. *JR Soc Med* 1982;75:477-8.
- 17- Stevan Solano JM, García-Pumarino JL, Pacho Rodríguez AJ, García de la Torre A, Valle Gonzalez A, Diez Valencia O, et al. Ruptura idiopática de la vena ilíaca. *Angiología* 1982;34:136-9.
- 18- Forsberg JO, Bark T, Lindholmer C. Nontraumatic rupture of the iliac vein. *Eur J Vasc Surg* 1988;2:267-8.
- 19- Copeland GP, Saw Y, Monk D. Spontaneous rupture of the left common iliac vein. *J Roy Coll Surg Edinb* 1989;34:165.
- 20- Ratia T, Alvira LG, Herrera J, Pereira F, Pradas G, Pardo F. Rotura espontánea de la vena ilíaca. A propósito de un caso. *Cir Esp* 1989;5:743-6.

- 21- Hill S, Billings PJ, Walker RT, Dormandy JA. True spontaneous rupture of the common iliac vein. *J Roy Soc Med* 1990;83:117.
- 22- Nishida S, Arikawa K, Yamashita M, Kawashima S, Shiota K, Tabam D. Spontaneous rupture of left external iliac vein: a case report. *J Jpn Surg Soc* 1993;94:424-6.
- 23- Majeed SMK, Pheils PJ. Spontaneous rupture of the left external iliac vein. *Br J Clin Pract* 1993;47:109-10.
- 24- Van Damme H, Hartstein G, Limet R. Spontaneous rupture of the iliac vein. *J Vasc Surg* 1993;17:757-8.
- 25- Plate G, Qvarfordt P. Idiopathic rupture of the iliac vein. *Eur J Surg* 1995;161:611-2.
- 26- López-Boado MA, Alcoberro J, Espert JJ, Gonzalez FX, Zavala E. Ruptura espontánea de la vena ilíaca. A propósito de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Esp* 1998;63:315-7.