

que la dimensión «vitalidad» presenta una mejor valoración que la gran mayoría de las poblaciones contrastadas^{1,4,6,8}, lo cual pudiera deberse a sus características étnicas o socio-culturales.

En resumen, aunque la muestra es pequeña, el grupo aimara del norte de Chile tendría en términos generales una CVRS levemente superior a la de la población general chilena. Este estudio incita a considerar una eventual modificación del cuestionario para poblaciones en altura, como ha ocurrido con otras afecciones o condiciones de salud⁹.

Por lo tanto, estos resultados preliminares, en una población limitada, podrían ser estimados como un patrón de referencia inicial para los residentes en altura, cuyas importancia epidemiológica y utilidad clínica es necesario enfatizar.

Financiación

UNAP: DI 006-08 y AECID: A/023476/09

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Olivares-Tirado P. Perfil del estado de salud de beneficiarios del sistema de salud de Chile: 2004-2005. Santiago: Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estudios. Superintendencia de Isapres. Gobierno de Chile; 2006. Disponible en: http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-1062_recurso_1.pdf.
2. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: New England Medical Center, The Health Institute; 1993.
3. NBS calculator: 0-100 SF-36 scores to Norm-Based. Disponible en: <http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>.
4. Encuesta Calidad de Vida. Santiago: Subsecretaría Salud Pública, Planificación Sanitaria; Ministerio de Salud de Chile (MINSAL); 2006. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>.
5. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Towards a Mexican normative standard for measurement of the short format 36 health-related quality of life instrument. *Salud Publica Mex*. 2004;46:306–15.
6. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998;111:410–6.
7. Monge C, León-Velarde F. *El reto fisiológico de vivir en los Andes*. Lima: IFEA/Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003.
8. Pérez F, Carrasco E, Santos JL, Calvillán M, Albala C. Prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia en grupos aborígenes rurales de Chile. *Rev Méd Chile*. 1999;127:1169–75.
9. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50.

P. Siques^{a,*}, J. Brito^a y R. López^b

^a Instituto de Estudios de la Salud, Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile

^b Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: psiques@tie.cl (P. Siques).

doi:10.1016/j.rce.2010.09.010

Trombosis de la vena yugular externa asociada a enfermedad de Hansen

External jugular vein thrombosis associated with Hansen's disease

Sr. Director:

La trombosis de la vena yugular externa (TVYE) es una condición clínica poco frecuente que ha sido relacionada con la colocación de catéteres venosos centrales, infecciones de la cabeza y del cuello, abuso de drogas intravenosas y compresión en el lado afectado, entre otras causas¹. Recientemente, Sanz Hernández et al han comunicado un caso de TVYE en una paciente anciana en el que apuntan a un estado de hipercoagulabilidad como posible causa de esta situación².

La presencia de trombosis de la VYE en pacientes con enfermedad de Hansen es excepcional. Para investigarla hemos realizado una pesquisa bibliográfica en línea en la

base de datos MEDLINE, y se utilizaron los descriptores: «trombosis yugular externa» y «enfermedad de Hansen», entre 1960 y 2010. En ese periodo de medio siglo, no hemos encontrado informes de esta asociación, aunque sí un caso de flebitis lepromatosa de la VYE en un paciente con lepra *bordeline* tuberculoide³.

Presentamos el caso de un varón de 52 años, procedente de un ambiente urbano, sin antecedentes patológicos conocidos, que refería un cuadro de 6 meses de evolución de aparición en piel de múltiples máculas, nódulos y pápulas de distribución asimétrica. Las lesiones fueron haciéndose progresivamente más extensas, comprometiendo zonas malares, frente, cuello, antebrazos, tórax y muslos, por lo que acudió a su médico de cabecera, que le indicó la realización de una biopsia cutánea, que evidenció la presencia de enfermedad de Hansen *bordeline* lepromatosa. Se decidió iniciar tratamiento con rifampicina, dapsona y clofazimina. Inmediatamente antes de comenzar esta medicación, el paciente se percató de la presencia de un cordón indurado, eritematoso y doloroso en la región lateral izquierda del cuello, próximo a varias lesiones. En la ecografía Doppler-color de vasos del cuello se constató una TVYE

en el tercio medio del cuello, encontrándose permeable en el tercio inferior. Se descartó la presencia de trombofilia. Ante estos hallazgos, se inició la medicación específica para la enfermedad de Hansen y, simultáneamente, tratamiento anticoagulante oral con acenocumarol. Un mes después, el paciente se encontraba asintomático: no se palpaba la VYE y habían desaparecido el dolor y los signos inflamatorios. Las lesiones cutáneas también presentaban una marcada mejoría.

Micobacterium leprae, el agente causal de la enfermedad de Hansen, es endémico en muchas regiones del mundo. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad dependen de la inmunidad mediada por células y pueden variar desde placas anestésicas hasta una enfermedad diseminada⁴. Si se retrasa el diagnóstico, la enfermedad puede progresar afectando a nervios motores y sensitivos⁵. Se ha descrito el compromiso del endotelio vascular en la enfermedad de Hansen, y cabe destacar que, aunque la afectación de vasos de mediano y gran tamaño es rara, ha sido bien documentada, principalmente en la variedad lepromatosa y, con menor frecuencia, en la tuberculoide^{6,7}.

El caso que presentamos es la primera descripción en la literatura médica de una TVYE en un paciente con enfermedad de Hansen *borderline* lepromatosa diseminada. El mecanismo señalado en este caso es el daño endotelial producido por el bacilo de Hansen. La lesión del endotelio forma parte de la tríada de Virchow, siendo uno de los tres factores principales que predisponen a la trombosis. Finalmente, es conveniente subrayar que la enfermedad de Hansen debe ser incluida entre los diagnósticos etiológicos de la trombosis de la VYE.

Bibliografía

1. Colomina MJ, Godet C, Bagó J, Pellisé F, Puig O, Villanueva C. Isolated thrombosis of the external jugular vein. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2000;10:264–7.
2. Sanz Hernández MA, De Grado Manchado T, González P, Ruiz-Yagüe M. Trombosis de la vena yugular externa. *Rev Clin Esp*. 2009;209:55–6.
3. Thompson AM, Lynn AA, Robson K, Joyce MP, Fivenson DP, Scollard D. Lepromatous phlebitis of the external jugular vein. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:1180–2.
4. Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, Truman RT, Williams DL. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microb Rev*. 2006;19:338–81.
5. Pereira JH, Bowden RE, Gschmeissner SE, Narayanakumar TS. Nerve damage in leprosy. *Lancet*. 1993;342:1060–1.
6. Mukherjee A, Girdhar BK, Malviya GN, Ramu G, Desikan KV. Involvement of subcutaneous veins in lepromatous leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 1983;51:1–6.
7. Mukherjee A, Girdhar BK, Malviya GN. Venous involvement in non lepromatous leprosy. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 1984;52:424–5.

J. Zarza*, M.E. Centurión, A. Armoa y M. Calvo

Departamento de Hematología, Cátedra de Semiología Médica, Universidad Nacional de Asunción, Instituto Radiológico Calvo, Asunción, Paraguay

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jjzarza@yahoo.es (J. Zarza).

doi:10.1016/j.rce.2010.09.009

Enfermedad de Mondor. Una forma inusual de trombosis venosa superficial

Mondor's disease. An uncommon form of superficial venous thrombosis

Sr. Director:

La enfermedad de Mondor (EM) es la trombosis de la vena dorsal superficial del pene. Es una enfermedad infrecuente y de evolución generalmente autolimitada, que se presenta en hombres entre 21-70 años, aunque con mayor frecuencia entre los 20-45 años, generalmente 24-48 horas después de una actividad sexual prolongada, y siendo su principal característica la presencia de un cordón palpable y doloroso en el dorso del pene. Otras etiologías implicadas son infecciones, neoplasias, y trastornos de la coagulación¹. Presentamos el caso de un paciente con trombosis de la vena dorsal del pene.

Varón de 27 años de edad, que acudió a Urgencias en repetidas ocasiones por dolor en la cara dorsal del pene a la erección. El examen físico apreció un cordón indurado y doloroso a dicho nivel. Ante la sospecha de trombosis, se procedió a la realización de ecografía doppler peneana (figs. 1–3), que evidenció la ocupación total por material sólido y ausencia de flujo de todo el trayecto de

la vena dorsal del pene, con aumento del calibre de la misma.

Aunque inicialmente Mondor en 1939 describió la trombosis de venas superficiales de la pared torácica, fue Braun-Falco el que presentó la flebitis de las venas dorsa-



Figura 1 Ecografía doppler peneana (modo B, corte longitudinal). Trombosis de la vena dorsal del pene (flechas). Modo B: corte longitudinal.