

M. Angeles Galiano Leis

Punto de Atención Continuada (PAC) de Verín, Gerencia de Atención Integrada de Ourense-Verín-O Barco, Ourense, España

Correo electrónico: angeles.galiano.leis@sergas.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.009>
0212-6567/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Trombosis de la vena yugular interna en paciente portadora de marcapasos



Internal jugular vein thrombosis in a patient with internal pacemaker

Sr. Editor:

Se presenta un caso clínico de trombosis de la vena yugular interna asociada a cable de marcapasos, cuya relevancia radica en la escasa documentación de casos similares, sumada a la importancia de su sospecha precoz desde atención primaria ante un cuadro de dolor e inflamación en la región lateral del cuello.

Se trata de una mujer de 83 años, hipertensa, portadora de marcapasos VDDR implantado 20 días antes, por bradicardia secundaria a bloqueo auriculoventricular, que acudió de urgencias al centro de salud por un cuadro de dolor cervical izquierdo y disfagia de 4 días de evolución, acompañado de aumento de volumen latero-cervical izquierdo, enrojecimiento local, limitación de los movimientos cervicales, palpitations y debilidad generalizada. En la exploración física destacaban: empastamiento del área yugulodigástrica y yugular local, eritema local, torticollis; contractura del músculo esternocleidomastoideo izquierdo; en orofaringe se objetivó: hiperemia, edema de pilar amigdalino anterior izquierdo, y pared faríngea lateral izquierda. La paciente fue derivada a otorrinolaringología de urgencias para realización de laringoscopia indirecta y analítica bajo la sospecha de absceso parafaríngeo.

En la laringoscopia indirecta se constató abombamiento de la pared lateral faríngea hasta fondo de seno piriforme izquierdo que quedaba colapsado. En la analítica destacaba: PCR 152,5, fibrinógeno 797; sin leucocitosis, (la sospecha de absceso ya no era del todo convincente). Se solicitó una tomografía cérvico-facial constatándose un aumento de calibre de la vena yugular interna con defecto de repleción compatible con trombo (fig. 1), extendido desde el golfo de la yugular hasta confluencia con la vena subclavia izquierda, que abombaba sobre la luz de la pared lateral de la faringe.

La trombosis venosa profunda en región cervical supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica venosa¹.

En una búsqueda realizada en PUBMED con los descriptores: «Jugular Veins», «Thrombosis» y «Pacemaker, Artificial» hemos encontrado escasas referencias. Arhi CS et al.², describen un caso de trombosis yugular asociado a cable de marcapasos. Faber, Grom y Zehender³ así como Fitzgerald and Leckie⁴ relatan casos similares asociados a marcapasos.

La trombosis yugular clásicamente se ha asociado con infecciones odontógenas, otológicas y faríngeas (síndrome de Lemierre)^{1,5}. Las etiologías planteadas con mayor frecuencia en la actualidad son: daño en la pared vascular (bien asociado a catéteres centrales, marcapasos, hemodiálisis, cirugía cervical o a consumo de drogas por vía parenteral), alteraciones de flujo y alteraciones de la composición de la sangre^{1,6} tales como estados de hipercoagulabilidad: ingesta de anticonceptivos orales, hiperestimulación ovárica, síndrome antifosfolípido, secundarios a neoplasias (síndrome de Trousseau), coagulación intravascular diseminada o enfermedades sistémicas como lupus eritematoso⁷. Además hay casos descritos secundarios a traumatismos cervicales y realización de ejercicio físico extremo (síndrome de Paget-Schroetter)⁶. Excepcionalmente resulta idiopática o espontánea⁶.

Su forma de presentación habitual suele ser tumefacción y dolor cervical, signos inflamatorios próximos al músculo esternocleidomastoideo, limitación funcional, odinofagia,



Figura 1 Corte axial de tomografía computarizada cervical con contraste intravenoso a nivel de mandíbula, hioides y cuernos superiores de cartilago tiroides en el que se visualiza la vena yugular interna izquierda completamente trombosada, con el interior del vaso hipodenso y una captación en anillo (punta de flecha). El seno piriforme izquierdo está colapsado (flecha), comparado con el derecho, en el que se objetiva una imagen con densidad aire.

incluso febrícula (todos frecuentes en consultas de atención primaria). Deben descartarse enfermedades como: absceso parafaríngeo, faringoamigdalitis, adenopatía única latero-cervical, contractura del esternocleidomastoideo, linfoma, quiste branquial, hemangioma, quiste sebáceo, lipoma, tumor carotídeo, o incluso neoplasia de parótida o metástasis.

Para su diagnóstico se utilizan pruebas de imagen como la tomografía computarizada (de elección). Es habitual el uso de la ecografía Doppler como aproximación diagnóstica. La resonancia magnética es menos utilizada por su elevado coste.

Su complicación más relevante es el trombo embolismo pulmonar (0,5% de los casos)⁸ justificando la indicación de anticoagulación precoz con heparina y acenocumarol.

La trombosis yugular asociada a marcapasos es una enfermedad que, aunque infrecuente, debe tenerse en cuenta desde atención primaria, en pacientes de este tipo, para un correcto diagnóstico y manejo terapéutico precoz.

Agradecimientos

A la Dra. Aleydis Viñas Calvo, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad de los Periodistas.

Bibliografía

1. Sanz Gonzalo JJ, Alobid I, Martínez Molina P, Arias Cuchí G, Ruiz A, Cuchí A. Trombosis de la vena yugular: a propósito de seis casos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2001;52:432–6.
2. Arhi CS, Buchanan MA, Allen SA, Pickles J. Internal jugular vein thrombosis secondary to a permanent cardiac pacemaker: an unusual case of lateral neck swelling. *The Journal of Laryngology & Otology*. 2010;124:916–8.
3. Faber T, Grom A, Zehender M. A unique pacemaker complication of thrombus formation in the right internal jugular vein due to unusual migration of an atrial pacemaker electrode. *J Invasive Cardiol*. 2003;15:423–5.
4. Fitzgerald SP, Leckie W. Thrombosis complicating transvenous pacemaker lead presenting as contralateral internal jugular vein occlusion. *American Heart J*. 1985;109:593–5.
5. Davidoss N, Ha JF, Anderson JR, Rodríguez S. Lemierre's syndrome - an unusual complication of otitis externa in a young, healthy female. *J Laryngol Otol*. 2015;129 Suppl 1:S60–2.
6. Fernández-Ruiz M, Guerra-Vales JM, Guillén-Camargo V. Trombosis espontánea idiopática de la vena yugular interna. *Rev Clin Esp*. 2008;208:374–5. <http://dx.doi.org/10.1157/13124327>. Disponible en <http://www.revclinesp.es/en/trombosis-espontanea-idiopatica-vena-yugular/articulo/S001425650871779X/>
7. William WJ. Disorders of hemostasis-thrombosis. En: Williams WJ, editor. *Hematology*. New York: McGraw-Hill; 1983. p. 1474–88.
8. Ascher E, Salles-Cunha S, Hingorani A. Morbidity and mortality associated with internal jugular vein thromboses. *Vasc Endovascular Surg*. 2005;39:335–9.

Karen Viera-Rodríguez^{a,*}, Marta Delgado-Magdalena^{a,b}, Elena León-Soriano^c y José Francisco Ávila-de Tomás^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad de los Periodistas, Madrid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital La Paz, Madrid, España

^c Servicio de Otorrinolaringología, Hospital La Paz, Madrid, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Isabel, Dirección asistencial SUR, Leganés, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: karen.viera@gmail.com (K. Viera-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.010>
0212-6567/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).