

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kowalski ML, Makowska JS, Blanca M, Bavbek S, Bochenek G, Bousquet J, et al. Hypersensitivity to nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) – classification, diagnosis and management: review of the EAACI/ENDA and GA2LEN/HANNA. *Allergy*. 2011;66:818–29.
2. Wong GK, Huissoon AP, Goddard S, Collins DM, Krishna MT. Wheat dependent exercise induced anaphylaxis: is this an appropriate terminology? *J Clin Pathol*. 2010;63:814–7.
3. Tatham AS, Shewry PR. Allergens to wheat and related cereals. *Clin Exp Allergy*. 2008;38:1712–26.
4. Pascal M, Muñoz-Cano R, Reina Z, Palacín A, Vilella R, Picado C, et al. Lipid transfer protein syndrome: clinical pattern, cofactor effect and profile of molecular sensitization to plant-foods and pollens. *Clin Exp Allergy*. 2012;42:1529–39.
5. Nizankovska-Mogilmicka E, Bochenek G, Mastalerz L, Swierczynska M, Picado C, Scadding G, et al. EAACI/GA2LEN guideline: aspirin provocation test for diagnosis of aspirin hypersensitivity. *Allergy*. 2007;62:1111–8.
6. Sánchez-Muñoz L, Morgado JM, Álvarez-Twose I, Matito A, García-Montero AC, Teodosio C, et al. Diagnosis and classification of mastocytosis in non-specialized versus reference centres: a Spanish Network on Mastocytosis (REMA) study on 122 patients. *Br J Haematol*. 2016;172:56–63.
7. Pascal M, Muñoz-Cano R, Milà J, Sanz ML, Diaz-Perales A, Sánchez-López J, et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs enhance IgE-mediated activation of human basophils in patients with food anaphylaxis dependent on and independent of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Exp Allergy*. 2016;46:1111–9.
8. Matsukura S, Aihara M, Sugawara M, Kunimi Y, Matsuki M, Inoue Y, et al. Two cases of wheat-dependent anaphylaxis induced by aspirin administration but not by exercise. *Clin Exp Dermatol*. 2010;35:233–7.
9. Matsuo H, Morimoto K, Akaki T, Kaneko S, Kusatake K, Kuroda T, et al. Exercise and aspirin increase levels of circulating gliadin peptides in patients with wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis. *Clin Exp Allergy*. 2005;35:461–6.
10. Matsuo H, Kaneko S, Tsujino Y, Honda S, Kohno K, Takahashi H, et al. Effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) on serum allergen levels after wheat ingestion. *J Dermatol Sci*. 2009;53:241–3.

D. Blanco<sup>a,\*</sup>, V. Ruiz Sancho<sup>a</sup>, R. Barranco<sup>a</sup>,  
C. Fernández<sup>a</sup> e I. Bobolea<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Alergología, Hospital Universitario 12 de Octubre, i+12, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología y Alergia respiratoria, ICR, Hospital Clínic, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dblancogg@gmail.com](mailto:dblancogg@gmail.com) (D. Blanco).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.04.006>  
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Aneurisma sacular de vena yugular externa trombosada: a propósito de un caso



### Thrombosed external jugular vein sacular aneurysm: Presentation of a case

#### Introducción

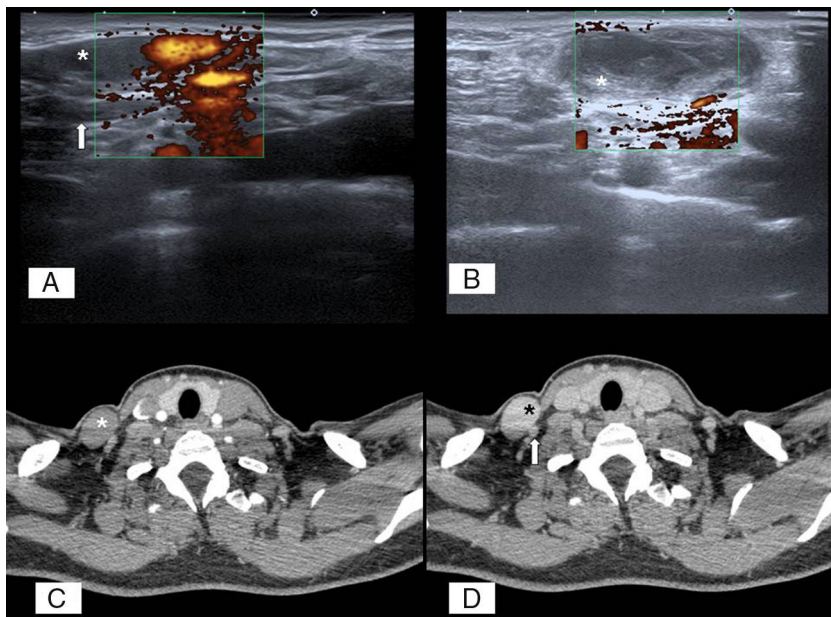
Las varices aneurismáticas saculares de vena yugular, también llamadas aneurismas de la yugular o flebectasia yugular son una rara entidad descrita por primera vez por Gruber en 1875. Aunque mayoritariamente asintomáticas, sus potenciales complicaciones y su forma de presentación deben estar presentes en el acto clínico diario.

#### Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de atención primaria por bultoma laterocervical derecho que refiere presentar desde hace 4-5 días. Dicho bultoma no se modifica

con maniobras de Valsalva. No presenta sintomatología asociada, síndrome constitucional, ni antecedentes de interés. A la exploración física presenta consistencia blanda, fija y no dolorosa a la compresión. No se identifican adenopatías ni otras tumoraciones asociadas. Se solicita estudio ecográfico al servicio de radiodiagnóstico del hospital de referencia en el que se observa (fig. 1A) lesión ovalada bien delimitada, y superficial en contacto con estructura vascular y con flujo en su interior. Ante la sospecha de lesión vascular se completa el estudio con tomografía computarizada (TC) en fases arterial y venosa torácica y cervical (figs. 1C y D), sin identificar lesiones intratorácicas, y confirmando la existencia de una variz aneurismática sacular dependiente de yugular externa derecha, sin otros hallazgos asociados.

A los 3 meses consulta de nuevo porque la tumoración se ha endurecido y es dolorosa de forma espontánea y brusca, con eritema local asociado (fig. 2) siendo derivada al servicio de urgencias para ecografía. En dicho estudio se objetiva (fig. 1B) aumento de la tumoración sin registro doppler en su interior y con contenido ecogénico sugestivo de trombosis. La paciente es tratada por el servicio de cirugía vascular con bemparina sódica 7.500 UI 10 días seguido de 3.500 UI 20 días en espera de cirugía como técnica terapéutica preventiva.



**Figura 1** A) Corte transversal de ecografía Doppler identificando una masa hipocogénica (\*) con flujo en su interior comunicado con yugular externa derecha (flecha). B) La misma masa con contenido ecogénico de predominio periférico (\*) y sin registro Doppler. C) Corte axial de la TC cervical en fase arterial con masa superficial (\*) hipodensa que se realza en fase venosa (D) en contacto y dependiente de la vena yugular externa derecha (flecha).



**Figura 2** Masa supraclavicular laterocervical derecha con eritema local y dolorosa espontáneamente y a la palpación.

**Discusión**

Las varices aneurismáticas yugulares pueden afectar a la yugular interna o externa, siendo la primera la más frecuente<sup>1</sup>. La dilatación fusiforme suele ser de origen

congénito. Sin embargo, las de morfología sacular pueden ser espontáneas idiopáticas o secundarias a tumor, inflamación o traumatismo<sup>2</sup>. En niños es más frecuente en el lado derecho, mientras que en adultos es en el lado izquierdo.

La forma de presentación más frecuente es la de masa laterocervical indolora que aumenta con maniobras de Valsalva.

Respecto al manejo diagnóstico las principales técnicas son la ecografía Doppler (de primera elección, fundamental para el diagnóstico diferencial), la TC en fase venosa, la RM y los métodos más invasivos como la flexografía (reservados hoy en día para dudas diagnósticas o previos al tratamiento).

Ante toda ectasia venosa en hemisferio superior debe completarse el estudio con radiografía de tórax y/o TC torácica para descartar masa compresiva como origen de la ectasia.

Los principales diagnósticos diferenciales serían fundamentalmente todas aquellas causas de masa laterocervical: higroma quístico, laringoceles, hemangioma, linfocelos<sup>3-5</sup>, quiste branquial, faringocele, quiste dermoide, tumores o quistes del mediastino superior.

El tratamiento es conservador con seguimiento periódico, solo considerando cirugía ante una complicación, siendo la más habitual la trombosis venosa, en las varices saculares o por causa estética ante marcadas deformidades cervicales<sup>6</sup>. Sin embargo, otros autores aconsejan el tratamiento preventivo para evitar la posible rotura o cuadros de embolismo pulmonar<sup>7,8</sup>.

La técnica quirúrgica consiste en la resección del aneurisma y la ligadura de la vena con escasas complicaciones: trombosis venosa secundaria y hemorragia severa secundaria.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo para la publicación de datos de pacientes, y han solicitado los permisos correspondientes.

## Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Bibliografía

1. LaMonte SJ, Walker EA, Moran WB. Internal jugular phlebectasis. A clinicoroentgenographic diagnosis. *Arch Otolaryngol.* 1976;102:706-8.
2. Chatz IJ, Fine G. Venous aneurysms. *N Engl J Med.* 1962;266:1310-2.
3. Kirmani S, Rashid M, Ali I, Badar F. External jugular vein aneurysm: A rare cause of neck swelling. *J Ultrasound Med.* 2011;30:1157-8.
4. Ioannou CV, Kostas T, Tsetis D, Georgakarakos E, Gionis M, Katsamouris AN. External jugular vein aneurysm: A source of thrombotic complications. *Int Angiol.* 2010;29:284-5.
5. Neto T, Balhau R, Coelho L, Pinto I, Correia-Sá I, Silva Á. Thrombosed Aneurysm of the External Jugular Vein: A Rare Cause of Cervical Mass. *J Craniofac Surg.* 2016;27:e36-7.
6. Ascher E, Salles-Cunha S, Hingorani A. Morbidity and mortality associated with internal jugular vein thromboses. *Vasc Endovascular Surg.* 2005;39:335-9.
7. Mohanty D, Jain BK, Garg PK, Tandon A. External jugular venous aneurysm: A clinical curiosity. *J Nat Sci Biol Med.* 2013;4:223-5.
8. De Oliveira Góes Junior AM, Monteiro Franco RS, de Campos Vieira Abib S. Internal Jugular Vein Aneurysm Presenting after Emesis Episode. *Angiol.* 2014;2:130.

R.A. Rubio Cavelo<sup>a,\*</sup>, D. Ibáñez Muñoz<sup>b</sup>, M.P. Marcos Calvo<sup>a</sup> y C. Olleta Marco<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Casetas, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ruthruca@yahoo.es](mailto:ruthruca@yahoo.es) (R.A. Rubio Cavelo).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.05.007>  
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## A propósito de un caso de carcinomas múltiples en el mismo paciente



## A case of multiple carcinomas in the same patient

### Introducción

A escala mundial, la incidencia de cáncer colorrectal en ambos sexos presenta un claro gradiente según el grado de industrialización y la latitud. Las zonas más desarrolladas y situadas hacia el norte, presentan tasas más elevadas<sup>1</sup>.

La mortalidad por cáncer colorrectal en España es menor que la de los países del norte de Europa, siendo la variabilidad interprovincial muy baja<sup>2</sup>. En el período 1997-2008 se registraron en Cantabria un total de 4.081 casos de cáncer colorrectal invasivo, con un promedio anual de 340,08 casos. El cáncer de colon, con 2.606 casos (217 casos/año), fue más frecuente que el de recto + unión colorrectal, con 1.475 (123 casos/año). Estas cifras absolutas suponen una tasa de incidencia ajustada de 30,15 casos/100.000 habitantes<sup>2</sup>.

Este cáncer se ha relacionado con genes encargados de la reparación de los errores de emparejamiento del ADN (Mismatch Repair [MMR]), que son: MSH2, MSH6, MLH1 y PMS2. La presencia de dichos genes, supone una mayor predisposición al desarrollo de cáncer colorrectal y otras neoplasias relacionadas (síndrome de Lynch), entre los que destaca el cáncer de endometrio en mujeres de edad joven<sup>3,4</sup>.

El diagnóstico definitivo se confirma mediante un estudio genético que es completo y costoso, por lo que se recomienda realizar una selección previa de pacientes<sup>5-7</sup>.

Con el fin de seleccionar a estos pacientes, se utilizan 2 criterios clínicos diferentes:

En primer lugar, los de Amsterdam II:

- a) Tres o más individuos con cáncer colorrectal o tumor asociado al síndrome de Lynch (endometrio, estómago, intestino delgado, tracto urinario, ovario, páncreas, tracto biliar, cerebral o próstata).
- b) Uno de ellos familiar de primer grado de los otros 2.
- c) Afectación de 2 generaciones consecutivas, existiendo como mínimo un caso diagnosticado y confirmado antes de los 50 años<sup>1,8,9</sup>.

En segundo lugar, los criterios de Bethesda revisados:

- a) Pacientes con cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 50 años.
- b) Pacientes con cáncer colorrectal sincrónico o metacrónico u otro tumor asociado al síndrome de Lynch (independientemente de la edad del diagnóstico).
- c) Pacientes con cáncer colorrectal con histología característica de síndrome de Lynch (linfocitos infiltrantes del tumor, reacción de tipo Crohn, diferenciación mucinosa/anillo de sello o crecimiento medular), diagnosticado antes de los 60 años.
- d) Pacientes con cáncer colorrectal y uno o más familiares de primer grado con un tumor asociado al síndrome de Lynch, uno de ellos diagnosticado antes de los 50 años.
- e) Pacientes con cáncer colorrectal y 2 o más familiares de primer o segundo grado con un tumor asociado al síndrome de Lynch independientemente de la edad.

Los pacientes afectos deben ser seguidos con colonoscopia cada 1-2 años.

Existen 2 variantes del síndrome de Lynch. La primera, el síndrome de Turcot tipo 1 con patrón de herencia autosómica