



Caso clínico

Trombosis idiopática de la vena yugular

Tomás Martínez Campos*, Angela Arévalo Pardal, Judit Fraile Simon, Laura Pérez Rubio y Nieves Sobradillo Castrodeza

Centro de Salud Parquesol, Gerencia de Atención Primaria Valladolid Oeste, Valladolid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de octubre de 2018

Aceptado el 31 de octubre de 2018

Palabras clave:

Trombosis venosa yugular

Trombosis idiopática

Tromboembolismo pulmonar

RESUMEN

Contexto: La trombosis de la vena yugular es una causa muy infrecuente de trombosis venosa y supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica. Más excepcional aún resulta el hallazgo de formas idiopáticas de esta patología.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una mujer, ama de casa, sin antecedentes personales de interés salvo asma desde la adolescencia y obesidad. No hábitos tóxicos. No toma anticonceptivos. A raíz de un cuadro catarral se detecta un bulto no doloroso y no fluctuante en la base derecha del cuello. La radiografía de tórax no mostraba alteraciones y la ecografía de cuello puso de manifiesto la presencia de trombosis en la vena yugular derecha. Se realizó un estudio exhaustivo para filiar su etiología pero no se halló ninguna causa, por lo que se la ha catalogado como idiopática. Nuestra paciente desarrolló además un cuadro de tromboembolismo pulmonar que requirió ingreso hospitalario. Tras tratamiento con apixabán la evolución ha sido satisfactoria.

Conclusiones: El diagnóstico de trombosis de la vena yugular idiopática exige la exclusión de todas sus posibles causas, principalmente tumores. Hasta un 5% de los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda desarrollan neoplasias en el plazo de un año, por lo que estamos obligados a realizar un seguimiento de estos pacientes ante la posibilidad de su aparición en un futuro.

© 2018 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/>).

Idiopathic jugular vein thrombosis

ABSTRACT

Keywords:

Jugular venous thrombosis

Idiopathic thrombosis

Pulmonary thromboembolism

Background: Jugular vein thrombosis is a very rare cause of venous thrombosis, and accounts for less than 5% of the manifestations of thromboembolic disease. Even more exceptional is the finding of idiopathic forms of this pathology.

Case presentation: The case is presented of a woman, a housewife, with no personal history of interest other than asthma since adolescence and obesity. She had no toxic habits, and does not use contraceptives. As a result of a clinical picture of catarrh, a non-painful and non-fluctuating bulge was detected in the right base of the neck. The chest radiograph showed no abnormalities, and the neck ultrasound revealed the presence of thrombosis in the right jugular vein. An exhaustive study was carried out to identify its aetiology, but no cause was found, for this reason it has been classified as idiopathic. Our patient also developed a pulmonary thromboembolism that required hospital admission. After treatment with apixaban the outcome was satisfactory.

Conclusions: The diagnosis of thrombosis of the idiopathic jugular vein requires the exclusion of all possible causes, mainly tumours. Up to 5% of patients diagnosed with deep vein thrombosis develop neoplasms within a year, thus these patients must be monitored due to the possibility of their appearance in the future.

© 2018 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tmartinezc@saludcastillayleon.es (T. Martínez Campos).

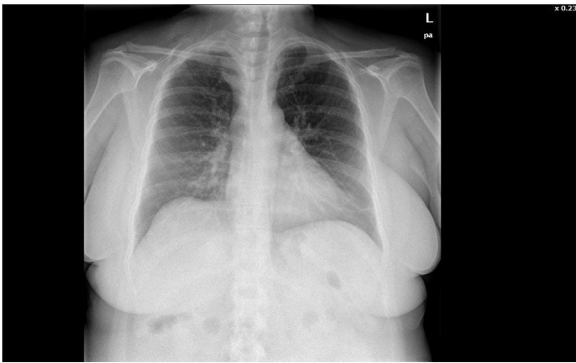


Figura 1. Radiografía de tórax.

Contexto

La trombosis de la vena yugular (TVY) es una causa muy infrecuente de trombosis venosa: supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica¹. Más excepcional aún resulta el hallazgo de formas idiopáticas de esta patología. Se ha relacionado con infecciones locales, estados de hipercoagulabilidad, neoplasias, etc.². Presentamos el caso de una mujer en la que, tras un estudio exhaustivo, no se ha llegado a diagnosticar ningún otro proceso asociado. Creemos que la escasa literatura existente y la importancia de su conocimiento, por las repercusiones futuras que pudiera tener, justifica el conocimiento y seguimiento de este tipo de patología en atención primaria.

Presentación del caso

Mujer de 45 años. Casada. Trabaja atendiendo las labores de su casa. No refiere alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No hipertensión, diabetes ni dislipemia. Obesidad. Asma bronquial desde la adolescencia. Reglas irregulares abundantes, un parto eutócico. No abortos. Antecedentes familiares: la madre falleció de un tumor en la espalda (no sabe precisar más); padre y hermanos sanos. Toma broncodilatadores y corticoides inhalados en las fases de reagudización de su proceso asmático. No toma anticonceptivos.

Acude a nuestra consulta porque desde hace 3 días nota mal-estar general y tos. Sensación febril no termometrada y sensación disnea. A la exploración estaba consciente, orientada, y la saturación de oxígeno era del 98%. No presentaba ingurgitación yugular y los pulsos carotídeos eran simétricos, sin soplos a la auscultación. Se palpaba lóbulo tiroideo izquierdo y una tumefacción dolorosa en la base derecha de cuello, bien delimitada, no

pulsátil, no caliente ni fluctuante. La auscultación cardíaca y pulmonar fue normal. No existía edema en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. El sistemático de sangre y la bioquímica fueron normales. ECG y radiografía de tórax (fig. 1) normales. En la ecografía cervical (fig. 2), realizada en nuestro centro de salud, se detecta TVY derecha y nódulo tiroideo izquierdo de $16 \times 13 \times 10$ mm, de bordes bien definidos y sin vascularización. Ante este hallazgo se ingresó a la paciente en nuestro hospital de referencia, donde se completó el estudio. Se realizó punción-aspiración del nódulo tiroideo, y el diagnóstico anatomopatológico fue de nódulo coloideo. Anticuerpos antinucleares y anticardiolipina negativos, hormonas tiroideas y coagulación normales, excepto fibrinógeno (973 mg/dl). Marcadores tumorales: CEA, CA 15.3, CYFRA 21.1, CA 19.9 normales; CA 125, 336 U/ml (elevado). Proteinograma compatible con proceso inflamatorio inespecífico. En la tomografía computarizada (TAC) toracoabdominal se detecta defecto de repleción en arteria pulmonar derecha en relación con tromboembolismo pulmonar, TVY derecha y de la vena subclavia derecha. Mamografía, colonoscopia y gastroscopia normales. PET-TAC sin evidencia de enfermedad maligna metabólicamente activa. La paciente fue tratada con apixabán, con buena evolución hasta la actualidad.

Discusión

La TVY fue descrita por primera vez por Long en 1912 en un paciente diagnosticado de absceso periamigdalino. Actualmente las causas más frecuentes son los catéteres venosos centrales, la adicción a drogas por vía parenteral y los tumores³. La TVY puede asociar embolismo pulmonar hasta en el 0,5% de los casos si es aislada, o en el 2,4% cuando asocia la trombosis de las venas subclavia o axilar; la mortalidad de esta entidad es del 14% al mes y del 42% al año⁴. El diagnóstico de TVY idiopática exige la exclusión de todas estas causas, principalmente tumores. La asociación entre trombosis venosa profunda y cáncer está ampliamente documentada en la literatura médica⁵. Aunque en nuestro caso no se ha diagnosticado ningún tumor, estamos obligados a realizar un seguimiento de la paciente, puesto que hasta el 5% de los pacientes diagnosticados de trombosis venosa profunda desarrollan cáncer en el plazo de un año⁶. En muchos casos es asintomática. Cuando produce síntomas, los más habituales son dolor en el cuello y masa o tumefacción en la cara lateral del cuello. Las complicaciones principales son el embolismo pulmonar y la trombosis de la vena subclavia, ambas presentes en nuestra paciente. La TAC es la técnica de imagen no invasiva diagnóstica de elección, si bien el eco-doppler nos proporciona una aproximación diagnóstica muy sensible⁷. El

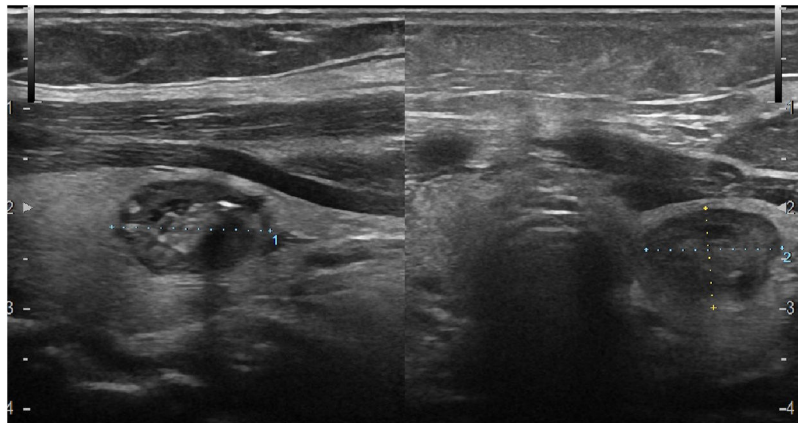


Figura 2. Ecografía cervical.

tratamiento de elección es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y acenocumarol. Recientemente los nuevos anticoagulantes orales (dabigatrán, apixabán o rivaroxabán) han obtenido indicación en la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pulmonar, si bien no están financiados por el Sistema Nacional de Salud para estas patologías.

Puntos clave

1. La anamnesis y la exploración física adecuadas pueden poner de manifiesto patologías diferentes del motivo de consulta de nuestros pacientes, con mayor implicación para su salud.
2. La enfermedad tromboembólica venosa no es una entidad únicamente propia de personas con factores de riesgo.
3. Hemos de tener presente la aparición de enfermedad tromboembólica en cualquier territorio.
4. Los nuevos anticoagulantes, aunque indicados en este tipo de patología, actualmente no están financiados, y esto puede suponer un coste muy importante para los pacientes.
5. No encontrar una causa que origine el fenómeno tromboembólico nos obliga al seguimiento de los pacientes ante la asociación de esta patología con neoplasias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses en relación con el caso.

Bibliografía

- 1 Fernández-Ruiz M, Guerra-Vales JM, Guillén-Camargo V. Trombosis espontánea idiopática de la vena yugular interna. *Rev Clin Esp* 2008;208:374–5.
- 2 Sheikh MA, Topoulos AP, Deitcher SR. Isolated internal jugular vein thrombosis: Risk factors and natural history. *Vasc Med* 2002;7:177–9.
- 3 Mañas García MD, Marchán Carranza E, Ceres Alabau F, Rodríguez Alvarez S. Trombosis de la vena yugular interna en dos pacientes en tratamiento con anti-conceptivos orales. *Med Clin (Barc)* 2006;127:197–8.
- 4 Ascher E, Salles-Cunha S, Hingorani A. Morbidity and mortality associated with internal jugular vein thromboses. *Vasc Endovascular Surg* 2005;39:335–9.
- 5 Blanch Alerany M, Calvo Campos M, Romera Villegas A, Pérez-Piqueras Gómez A, Riera Batalla S, Cairols Castellote MA. Trombosis venosa profunda como marcador de recidiva de una neoplasia. *Med Clin (Barc)* 2009;133:529–32.
- 6 Oetero Palleiro MM, Calvo Lopez R. Trombosis venosa yugular. FMC. Formación médica continuada en atención primaria 2009;16:554–7.
- 7 Orellana Ramos FJ, Ligthart JMR. Diagnóstico ecográfico de trombosis de la vena yugular interna. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2008;55:650–1.