



Trombosis venosa yugular externa

RESUMEN

Se comunica el caso de un paciente de 66 años de edad que cuatro semanas posteriores al retiro de catéter central en posición subclavia derecha tuvo astenia, adinamia, cefalea, aumento de volumen en el lado derecho del cuello y dolor. El ultrasonido doppler de vasos del cuello y la TAC contrastada corroboraron el diagnóstico de trombosis venosa yugular derecha y de la vena subclavia ipsilateral. Se inició tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular durante cinco días y posteriormente anticoagulación formal con antagonista de la vitamina K. Si bien existe poca información de casos comunicados, se han realizado algunos estudios que reportan como causas más frecuentes: malignidad (32.7%), catéteres venosos (22.4%) y estados protrombóticos (8.2%). El cuadro clínico asociado en orden de frecuencia consiste en: fiebre, leucocitosis, dolor cervical en la región trombosada, masa palpable en el cuello y signo del cordón, entre otros. El ultrasonido doppler y la TAC son los estudios de gabinete de elección para corroborar el diagnóstico. El tratamiento es con anticoagulación.

Palabras clave: trombosis venosa yugular, catéter venoso central, heparina, antagonistas de la vitamina K.

Left Jugular Venous Thrombosis

ABSTRACT

This paper reports the case of a 66-year-old man, who four weeks after right subclavian central venous catheter was retired began with asthenia, adynamia, headache, pain and swelling in the right neck area. A Doppler and a contrast CT corroborated the diagnosis of right jugular vein and ipsilateral subclavian vein thrombosis. Anticoagulation treatment with low molecular weight heparin was administered for five days and then we began formal anticoagulation with vitamin K antagonist. There is little information regarding this pathology but some studies have reported among the causes: malignancy 32.7%, venous catheters 22.4% and prothrombotic 8.2%. The clinical manifestations in frequency order is: fever, increased white blood count, neck pain in the thrombi region, swelling in the neck area and string sign among others. Doppler US and CT are the gold standard for diagnosis, and the treatment is based on anticoagulation.

Key words: jugular venous thrombosis, central venous catheter, heparine, vitamin K antagonists.

Emmanuel Solís-Ayala,¹ Luis Fernando García-Frade Ruiz²

¹ Residente de Medicina Interna.

² Medicina Interna.

Hospital Ángeles del Pedregal.

Recibido: 22 de julio 2013

Aceptado: octubre 2013

Correspondencia

Dr. Luis Fernando García-Frade Ruiz
doctorfrade@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Solís-Ayala E, García-Frade Ruiz LF. Trombosis venosa yugular externa. Med Int Méx 2014;30:88-91.



Masculino de 66 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares de importancia para el padecimiento actual. Tabaquismo positivo a razón de 20 cigarrillos al día durante 20 años, con índice tabáquico de 20. Tenía diagnóstico de hipertiroidismo en tratamiento con tiamazol, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en tratamiento con salmeterol-fluticasona y tiotropio, así como hipertensión arterial sistémica tratada con nebivolol. Tenía el antecedente de neumonía adquirida en la comunidad que requirió manejo intrahospitalario con colocación de catéter en la región subclavia derecha para la administración de líquidos y fármacos durante siete días, con egreso del hospital en adecuadas condiciones cuatro semanas previas al inicio de su padecimiento actual, mismo que inició tres días previos a su ingreso con astenia, adinamia, cefalea frontal bilateral de tipo opresivo, constante, con irradiación a la región occipital. De manera concomitante se observó aumento de volumen en la región cervical derecha y eritema, con dolor a la palpación y sensación de induración sobre el trayecto del vaso sanguíneo.

Se le recibió con signos vitales estables. A la exploración física destacó el aumento de volumen del lado derecho del cuello y del hueso supraclavicular ipsilateral, con eritema localizado, induración, signo de la cuerda positivo, pulso carotídeo derecho con disminución de la amplitud y sin soplo.

La tomografía con contraste de cuello reportó trombosis de la vena yugular externa derecha y de la vena subclavia ipsilateral.

Se continuó protocolo diagnóstico con TAC toracoabdominal, panendoscopia y colonoscopia sin encontrarse un factor asociado y se inició anticoagulación formal, inicialmente con enoxaparina a dosis terapéutica de 60 mg SC cada 12 horas y posteriormente con acenocumarina a dosis inicial de 4 mg hasta alcanzar el

INR deseado. Se dio de alta por mejoría clínica y el seguimiento y la anticoagulación formal continúan en la consulta externa.

DISCUSIÓN

Aunque es menos común que la trombosis venosa profunda de miembros pélvicos, la trombosis venosa de miembros superiores está en aumento con 4% de los casos. Hasta ahora el principal factor predisponente es un catéter venoso central, que se asocia, incluso, en 75% de los casos.¹

Etiología

Si bien existe poca información de casos comunicados, se han realizado algunos estudios que reportan como causas más frecuentes: malignidad (32.7%), catéteres venosos (22.4%) y estados protrombóticos (8.2%).² Por el contrario, Marinella y colaboradores informan las siguientes causas más frecuentes: catéteres venosos (72%), infección (28%), malignidad extratorácica (22%), malignidad torácica (21%), insuficiencia renal (21%) e insuficiencia cardíaca (8%).³

Además de estas asociaciones, se reportan otros factores de riesgo de trombosis yugular, como los trastornos hereditarios de la coagulación, entre ellos, la deficiencia del factor V de Leiden es el más frecuente, seguido de la mutación de la protrombina G20210A.⁴

Entre los factores adquiridos, la edad juega un papel importante, con dos grupos etarios: el primero es en niños pequeños y el segundo en personas mayores. A medida que la edad es mayor el riesgo de trombosis asociada con los catéteres se incrementa.

Otros factores predisponentes son una cuenta elevada de plaquetas al momento de la colocación y trombosis previas.⁴

También deben considerarse los factores externos asociados con la trombosis, como el tipo de catéter utilizado; los fabricados de silicón o poliuretano se asocian con menor riesgo de trombosis que los de polietileno.

De igual manera, el riesgo se incrementa a medida que aumenta el número de lúmenes; el sitio de inserción del catéter continúa siendo un aspecto controvertido, porque las series y los estudios clínicos controlados sólo han comparado catéteres subclavios *versus* femorales, la trombosis femoral ha sido más frecuente.⁴

Cuadro clínico

En cuanto a las manifestaciones clínicas, hay dos tipos de trombosis venosa: la clínicamente manifiesta y la que cursa de manera subclínica.⁴

El cuadro clínico asociado en orden de frecuencia consiste en: fiebre, leucocitosis, dolor cervical en la región trombosada, masa palpable en el cuello, signo del cordón, sepsis, complicaciones pleuropulmonares, síndrome de la vena cava superior y quilotorax.⁵

Diagnóstico

Para el diagnóstico se requiere principalmente una alta sospecha clínica, existen cuadros que pueden cursar de manera asintomática, por lo que la pericia y la experiencia clínica del médico son determinantes. Para definir una trombosis venosa clínicamente manifiesta se requiere un diagnóstico por imagen (ultrasonido o venografía) y síntomas como dolor, calor, edema, cambios de coloración violáceos o circulación colateral visible.⁴

Desde el punto de vista radiológico, puede encontrarse una imagen que rodea al catéter venoso central o una imagen de trombo mu-

ral. El estudio de imagen más utilizado para el diagnóstico de trombosis yugular es el Doppler, porque no es invasivo y tiene sensibilidad de 56 a 100% y especificidad de 77 a 100%. También puede realizarse TAC de cuello con contraste como estudio inicial.^{6,7}

Complicaciones

Se han descrito, en orden de frecuencia, las siguientes complicaciones: tromboembolia pulmonar, infección local, síndrome posttrombótico y embolismo recurrente.

El síndrome posttrombótico se distingue por hipertensión venosa, aumento de volumen de la extremidad y dolor, mismo que se ha reportado incluso en 80% de los pacientes.⁴

La complicación con mayor repercusión en el pronóstico y el riesgo del paciente es la tromboembolia pulmonar, cuya incidencia aproximada es de 15 a 17%.⁴

Tratamiento

Un análisis de Cochrane mostró que no existe beneficio con la administración profiláctica de heparina o antagonistas de la vitamina K en la prevención de la mortalidad en los pacientes con trombosis sintomática; sin embargo, la administración de antagonistas de la vitamina K disminuye significativamente los síntomas.⁸

Los pacientes son tratados con un curso corto de heparina o análogos, seguido por antagonistas de la vitamina K durante tres a seis meses.

La duración de la administración de heparina o análogos debe ser, al menos, de cinco días. Si bien la duración óptima del tratamiento con warfarina se desconoce, el periodo de tres a seis meses se ha asociado con baja recurrencia.⁸



En cuanto al inicio con anticoagulantes orales se recomienda alcanzar como objetivo un INR de 2.5, con grado de evidencia 1A, así como iniciarlos junto con la anticoagulación parenteral, que deberá mantenerse durante cinco días hasta que el INR sea mayor de 2.0 durante al menos dos días consecutivos (grado de evidencia 1C).⁹

Los pacientes con trombosis venosa proximal deben recibir tratamiento, al menos, durante tres meses.⁹

Comentario

Se comunicó el caso de un paciente que inició con síntomas asociados con trombosis de la vena yugular, en el que la sospecha clínica fue fundamental para realizar el diagnóstico.

Éste es un caso poco frecuente, por lo que su informe puede ayudar a mejorar la cifra de casos diagnosticados y tratados.

El paciente tenía el antecedente de catéter venoso central, pero al no encontrarse en el momento del diagnóstico (cuatro semanas después), tuvo que hacerse el diagnóstico diferencial con otras posibles causas, sobre todo de tipo neoplásico por la aparición subaguda y la edad del pacien-

te. Al no encontrarse evidencia de enfermedad maligna, se inició la anticoagulación como dictan las guías.

REFERENCIAS

1. Erkoç R, Uzun K, Yuca K, Etlik O, et al. Internal jugular vein thrombosis two different etiologies. *Eur J Gen Med* 2005;2:123-128.
2. Marie I, Levesque H, Cailleux N, Primard E, et al. Upper extremity deep venous thrombosis. A report of 49 cases. *Rev Med Interne* 1998;19:399-408.
3. Marinella MA, Kathula SK, Markert RJ, Ohio D. Spectrum of upper extremity deep venous thrombosis in a community teaching hospital. *Heart Lung* 2000;29:113-7.
4. Van Rooden CJ, Tesselaar ET, Osanto S, Rosendaal FR, Huisman MV. Deep vein thrombosis associated with central venous catheters a review. *J Thromb Haemost* 2005;3:2409-2419.
5. García-Frade LF, Mas AP. Trombosis venosa yugular interna espontánea. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. *Med Int Méx* 2005;21:477-480.
6. Shaham D, Sklair-Levy M, et al. Lemierre's syndrome presenting as multiple lung abscesses. *Clin Imaging* 2000;24:197-9.
7. Rocha L, Nuñez C, Suazol C, González M. Tromboflebitis séptica de la vena yugular interna o síndrome de Lemierre. *Rev Chilena Cirugía* 2010;62:439-440.
8. Tait C, Baglin T, Watson H, Laffan M, et al. Guidelines on the investigation and management of venous thrombosis at unusual sites. *BJH* 2012;159:28-38.
9. Keeling D, Baglin T, Tait C, Watson H et al. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin. Fourth edition. *BJH* 2011;154:311-324.