

**Tromboflebitis séptica de la vena yugular externa. A propósito de un caso**

**Septic thrombophlebitis of the external jugular vein. Case presentation**

**Dra. Odalys Escalante Padrón; Dr. Carlos del Risco Turiño; Dr. Pedro Conde Pérez; Dr. Norberto Morales Olivera; Dr. Luis Saavedra Rodríguez.**

Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se muestra una tromboflebitis séptica de la vena yugular externa producida por sepsis oral. Analizamos otras posibles etiologías que no fueron encontradas en nuestra paciente. Se revisa la literatura sobre este aspecto.

**DeCS:** TROMBOFLEBITIS; VENAS YUGULARES.

**ABSTRACT**

Septical thrombophlebitis external jugular produced by oral sepsis was shown. We analyzed the other aetiological causes and they were not found in our patient. The literature about this issue is reviewed.

**DeCS:** THROMBOPHLEBITIS; JUGULAR VEINS.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicos puede tener diversas vías etiológicas, que dependen de factores de riesgo previo al episodio trombótico o bien relacionados con la terapéutica (1).

La trombosis venosa de los tributarios de la cava superior son menos frecuentes que las del hemicuerpo inferior, aunque puede provocar embolismos (2, 3).

Lo más común en esta localización son los episodios trombóticos originados por traumatismos de diversa índole (4) o mecanismos combinados (2, 3).

Un proceso séptico contiguo parece ser la principal etiología en los vasos venosos del cuello, teniendo en cuenta el drenaje linfático, lo que resulta singular es la presentación de la sepsis desde la cavidad oral como señala Testut (6), la conexión de las arcadas dentáreas y la región supranioidea es variable.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, femenina, con antecedentes de buena salud aparente, que después del desayuno comenzó con dolor intenso en la región lateral derecha del cuello, notándose aumento de volumen en dicha región por lo que acude al servicio de urgencias de nuestro centro hospitalario.

### Examen Físico:

Signos inflamatorios agudos en la región lateral derecha por detrás de la proyección del músculo esternocleidomastoideo. Se palpa cordón venoso indurado y muy doloroso en el trayecto de la vena yugular externa (**figura 1**).



**Figura. 1. No se observan indicios de solución de contigüidad de la piel**

Sepsis oral con caries penetrantes en molares 46-47; signos inflamatorios parodontales en la hemiarcada inferior derecha.

## **Complementarios:**

### Hematología:

Hb 12, 4 g/l, Hto 0, 40, Leucocitos  $11, 0 \cdot 10^9/l$ , Poli 072, Linfo 027, Mono 001, VSG 40mm/h lámina periférica normo celular, coagulograma completo normal.

### Hemoquímica:

Glicemia 6, 8 mm/l, creatinina 67mm/1, TGP 4 unid.

### Estudios Inmunológicos:

Anticuerpos antifosfolípidos: negativo, anticuerpos antinucleares: negativos, inmunocomplejos circulantes: negativos, otros complementarios.

### Electrocardiogramas:

Taquicardia Sinusal FC 100/minuto. Evolutivo normal. Filtrado glomerular normal. Se concluye como tromboflebitis de la vena yugular externa derecha.

## **TRATAMIENTO:**

Se intenta realizar trombólisis con estreptoquinasa, pero aparece reacción de intolerancia. Se hepariniza con dosis habituales y se administran antiinflamatorios no esteroideos y antibioticoterapia, evoluciona favorablemente y es egresada 10 días después. Remitida al estomatólogo. Se realizó exodoncia de molares afectados. La enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicas puede tener diversas etiologías, que dependen de factores de riesgo previo al episodio trombótico o bien relacionados con la terapéutica (1).

La trombosis venosa de los tributarios de la cava superior son menos frecuentes y peligrosas que las del hemicuerpo inferior, aunque puede provocar embolismos (2, 3).

Lo más común en esta localización son los episodios trombóticos originados por traumatismos de diversa índole (4) o mecanismos combinados (5).

Un proceso séptico contiguo parece ser la principal etiología en los vasos venosos del cuello, teniendo en cuenta el drenaje linfático, lo que resulta singular es la penetración de la sepsis desde la cavidad oral como señala Testud (6), la conexión de las arcadas dentáreas y la región supranoidea es variable.

## **DISCUSIÓN**

El endotelio vascular tiene la propiedad de ser hidrófobo lo que permite y facilita el mantenimiento y la fluidez sanguínea; cualquier lesión de la pared puede convertirla en hidrófila, por ejemplo: la invasión microbiana (7); esta lesión inhibe sus funciones secretoras, favoreciéndose la coagulación.

En nuestro caso clínico tratamos de descartar las entidades que pudieran constituir etiologías de trombosis venosa o aún factores de riesgo.

No consideramos necesario realizar flebografía en nuestra paciente como recomiendan algunos autores (8-10) por su carácter séptico y la posibilidad de embolismo.

La trombólisis es la conducta terapéutica primordial en estos casos con diversos agentes según los autores (11, 13), lo cual no fue posible en nuestra paciente por anafilaxis al producto.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Vilardell M, Lima-Ruiz J, Villar M. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes no quirúrgicos. Rev Iberoamer Tromb Hemost 1995; (8): 33-39.
2. Barnet A, Bossavy J, Cuq P, Nguyen H. Thrombophlebites Axilo-souscalviers. En: Chirurgie des Veines Profondes. Alain Brancehreaux et Jean-Michel Jausseran 1993. Editions Chirurgie Vasculaire Nouvelle CNV: 176-186.
3. Harley DP, White RA, Nelson R, Mechoinger CM. Pulmonary embolism secondary to venous thrombosis of the arm. Am Jr Surgery 1984; (142).
4. Buch Vila E, Gil P, Florsd Alandi C, Fernández Martínez C, Roig Vila JV. La trombosis venosa de la vena subclavia. Síndrome de Paget Schoetter. Angiología, 1994; 46 (4): 131-34.
5. Del Risco C, Herrera J, Pila R. Trombectomía Venosa del Cuello. A Propósito de un Caso. Archivo Médico de Camagüey 1999; 3 (1): 17-21.
6. Testut L, Jacob O. Tratado de anatomía Topográfica. Buenos Aires: Ed. Salvat; 1994 p303-309.
7. Lozano FS. Prevención de la Enfermedad Tromboembólica venosa en pacientes Quirúrgicos. Rev Iberoam Tromb Hemost 1995; (8): 19-27.
8. Rutherford RB, Piotrowski JJ. Axillary Subclavian vein thrombosis . En: Rutherford RB. Ed. Vascular Surgery. 3ed. Philadelphia: WB Saunders; 1989 p. 883-89.
9. La Torre Villalonga J. Insuficiencia linfovenosa de los miembros inferiores. Barcelona: Ed Implitex; 1997 p. 67-122.
10. Bok L, Trainor F, Thodem W, Kainer D. Handbook of non invasive Diagnostic Techniques in Vascular Surgery. New York: Appleton Century-Croft-New York; 1981 p. 223-265.
11. Lawrence PF, Goodman G. Trombolíticos En: Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Mc Graw-Hill. México; p. 873-893..

12. Aburahma, Af; Sadler, D. Stewart P, Hhan MZ, Boland JP. Conventional vs Thrombolytic Therapy in Spontaneous (effort) Axillary- Subclavian vein Thrombosis. Am Jr. Surg, 1991; (161): 459-465.
  13. Machleder HI. Evaluation of a New treatment strategy for Paget Schoetter Syndrome. Jour. Vasc.Surg, 1993; 1993; 17(2): 305-315.
- Rutherford,

*Dra. Odalys Escalante Padrón.* Especialista de I Grado en Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.