

Trombectomía venosa del cuello. Presentación de un caso

Venous thrombectomy of the neck.

Carlos del Risco Turiño, Jorge Herrera Zamora, Rafael Pila Pérez, Oscar Companioni González

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presenta una paciente con trombosis aguda de la vena yugular interna producida por un mecanismo combinado de cateterismo y descompensación. Este fue resuelto satisfactoriamente mediante Cirugía, evitando el embolismo pulmonar.

DeCS: TROMBECTOMIA.

ABSTRACT

We present a case of acute thrombosis of the internal jugular vein, produced by a combined mechanism of catheterism and heart failure; it was successfully solved through a surgical procedure, avoiding the pulmonary embolism.

DeCS: THROMBECTOMY.

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de las modernas técnicas diagnósticas y los avances reportados en la monitorización múltiple del paciente crítico, no cabe dudas de que asistimos a la era del catéter, en la cual, decenas de miles de éstas son

introducidas a diario en el mundo y proporcionalmente, aumentan las posibilidades de complicaciones vasculares por esta causa (1) (2).

La vena yugular interna es una vía segura y de fácil acceso para la administración de medicamentos y otros agentes terapéuticos, por lo que es utilizada casi de rutina en los servicios de urgencia.

Presentamos una paciente, que sufrió la ruptura de un catéter en la luz de la vena yugular interna derecha, que se acompañó de la trombosis de la misma y que fue resuelto quirúrgicamente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 68 años femenina, hipertensa y cardiópata, que es atendida en el departamento de Atención al enfermo Grave en el Servicio de Urgencias por descompensación cardíaca. Se le realiza abordaje venoso profundo en la vena yugular interna derecha. En el momento de retirar ese abordaje, se produce ruptura del mismo dentro de la vena.

Varias horas después comienza a presentar dolor e ingurgitación venosa en la región lateral derecha del cuello, manteniéndose las venas del lado izquierdo normales. Se realiza radiografía simple de la región. Con el diagnóstico de ruptura del catéter intraluminal. Aparece taquicardia sin signos de desfallecimiento cardíaco.

Con sospecha de presencia de trombosis venosa sobreañadida, se decide realizar exploración quirúrgica y extracción del catéter.

Descripción del acto quirúrgico:

Paciente en decúbito supino con anestesia general endotraqueal, se realiza incisión que sigue el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, disección por planos hasta llegar a la vena yugular interna, la cual aparece dilatada, con la presencia de catéter plástico y voluminoso trombo en su interior.

Se enlazó la vena distal y proximalmente con cintas de Silastix.

Se realizó flebotomía de unos cinco centímetros por donde se extraen, el trombo y el pedazo de catéter. Lavado del interior de la vena con Heparina al 1 %. Se cierra la pared de la vena con polipropilene 6-0 mediante una sutura continua. Cierre de la herida por los planos. No accidentes. Monitorizada durante 48 horas posteriores a la operación. Mantiene ritmo sinusal, frecuencia cardíaca entre 70 y 75 por minutos. Radiografías del tórax normales. Espirometrías normales. Es egresada una semana después libre de molestias.

Un mes después acude a consulta asintomática.

DISCUSIÓN

La vena yugular interna comienza en la base del cráneo a nivel del agujero rasgado posterior por un abultamiento que se llama bulbo o golfo de la yugular. Recoge casi la totalidad de la sangre de la cavidad craneal. Esta vena acompaña en su trayecto a la carótida interna y luego a la primitiva situándose por fuera de ésta y tiende a cubrir cada vez más su cara anterior a medida que se acerca a su terminación en el confluente yugulo-subclavio. En un adulto vivo tiene un diámetro de 20 mm y sus paredes son comparativamente muy delgadas (3) (4).

La trombosis de las tributarias de la cava superior tiene diversas etiologías; según Buch (5), en ocasiones es mixta lo cual pudo acontecer en nuestro caso debido al traumatismo de la vena y el fallo cardíaco concomitante.

Harley (6) comunica una incidencia de tromboembolismo pulmonar en un 36 % en el sector de la cava superior, que es sin dudas un elevado índice. Según Horattas (7) el 28 % de las trombosis producidas por cateterismo son asintomáticas, lo que no ocurrió en nuestra paciente, que presentó precozmente signos de oclusión venosa aguda.

La realización de flebografía en estos casos como propone Rutherford (8) en nuestra paciente nos pareció potencialmente peligrosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliú O; Pedroso LE; Figueredo F; Corteguera ME. Solución técnica a una complicación del cateterismo arterial. *Angiología* 1996;(3): 85-86.
2. Abad C. Traumatismo cardíaco y de los vasos del Tórax. *An. Cir. Cord. Cir Vasc.* 1996; 2(1).
3. Testut L; Jacob O. Tratado de Anatomía topográfica 8 ed. Barcelona: 1952: 747-775.
4. Hollinshead WH. *Anatomy por Surgeons*. New York 1954; Vol 1:486-488.
5. Buch, E. La trombosis de la vena subclavia de Paget Shoetter. *Angiología* 1994, (4):131-134.
6. Harley DP; White RA; Nelson R; Mhriger CM. Pulmonary embolism secondary to venous thrombosis of the arm. *Am.Jour. Surg.* 1984;(142):221-224.
7. Horattas MC; Write DJ; Fenton AH.. Changing Concepts of deep venous thrombosis of the upper extremity. *Surgery* 1988; (104):561-567.
8. Rutherford RB; Piotrowsky JJ; Axillary subclavian vein thrombosis. In Rutherford RB. *Vascular Surgery*. 3ed Philadelphia: WB Saunders; 1989:883-889.

Carlos del Risco Turíño. Especialista de I grado en Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.