

Venoma cervical. Flebectasia yugular interna

Jugular venoma. Internal jugular phlebectasia.

RESUMEN

La flebectasia de la vena yugular interna es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una dilatación fusiforme de las venas del cuello. Se manifiesta durante diversas maniobras de Valsalva como la tos, el estornudo, el llanto o esfuerzos y desaparece o disminuye su tamaño con el reposo. Presentamos el caso de un varón de 36 meses que consultó por una tumoración laterocervical que correspondía a una flebectasia yugular interna. Tras una exploración clínica y un diagnóstico de sospecha su diagnóstico se confirma mediante ecografía. Al tratarse de una alteración benigna se evitan las técnicas quirúrgicas de resección y se opta por un seguimiento periódico.

PALABRAS CLAVE:

Vena yugular interna.

SUMMARY

The jugular internal phlebectasia is an infrequent anomaly in which a fusiform dilations of the jugular vein. Occurs during the Valsalva manoeuvre as coughing, sneezing, crying or effort and disappears or diminishes with rest. We report a case of 36 months years old male with a latero-cervical mass that corresponded internal jugular phlebectasia. After clinical examination and suspected diagnosis, confirmed by echografic study. Since this is a benign disorder prevents surgical techniques of resection and opted for a regular monitoring.

KEY WORDS:

Internal jugular vein.

Introducción

La flebectasia de la vena yugular interna es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una dilatación fusiforme de las venas del cuello. Se manifiesta durante diversas maniobras de

Valsalva como la tos, el estornudo, el llanto o esfuerzos y desaparece o disminuye su tamaño con el reposo¹. Fue descrita por primera vez en el año 1928 por Harris pero no fue hasta la década de los setenta cuando se empezó a presentar con mayor frecuencia en la literatura debido quizás al avance de los métodos diagnósticos². Esta entidad ha recibido, a lo largo del tiempo, diferentes denominaciones entre las cuales encontramos: quiste venoso congénito, aneurisma venoso, venoma, varicocele, flebectasia yugular o ectasia venosa yugular³. Todas ellas definen una entidad que se caracteriza por la presencia de una tumoración cervical, asintomática, blanda, no dolorosa ni pulsátil, que se localiza en el área supraclavicular a lo largo del músculo esternocleidomastoideo y que se manifiesta con las maniobras de Valsalva¹. Aunque se han descrito formas en el adulto, la flebectasia yugular es considerada, globalmente, una enfermedad propia de la infancia y la adolescencia⁴. A continuación describimos un caso de flebectasia yugular interna diagnosticado en un varón joven.

Caso Clínico

Varón de 36 meses, sano y sin antecedentes de interés que consulta por presentar una tumoración latero-cervical

derecha que se manifiesta con la tos. El paciente no refiere antecedentes quirúrgicos ni traumáticos en dicha zona.

A la exploración clínica presenta una tumoración que desaparece en reposo y que se pone de manifiesto con la tos. Dicha tumoración se presenta blanda al tacto, indolora, depresible, no pulsátil, sin signos flogóticos, fusiforme y localizada de forma vertical a lo largo del músculo esternocleidomastoideo derecho (Fig. 1). Los pulsos carotídeos se encuentran presentes. El resto de la exploración otorrinolaringológica es normal.

Para confirmar el diagnóstico de sospecha, se solicita una ecografía cervical con un transductor de alta frecuencia que mostró una dilatación asimétrica de la vena yugular derecha con las maniobras de Valsalva (Fig. 2), siendo el resto del estudio normal.

No se considera realizar ninguna otra prueba de imagen y debido a su carácter asintomático se decide realizar controles periódicos.

Discusión

Entendemos por flebectasia la dilatación anormal, no varicosa, de una vena del organismo. Puede ocurrir en cualquier vena pero cuando afecta al sistema venoso craneal y cervical lo hace más frecuentemente en la vena yugular interna derecha⁵. Diversas hipótesis intentan explicar el mecanismo etiopatogénico que desencadenaría esta



Figura 1: Imagen macroscópica de la tumoración fusiforme situada por delante del músculo esternocleidomastoideo que se manifiesta con el Valsalva (tos), y desaparece con el reposo.

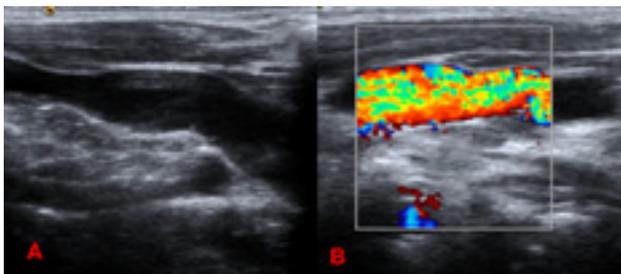


Figura 2 A: Imagen ecográfica con transductor de alta frecuencia que muestra la dilatación de la vena yugular interna derecha. B: La misma imagen mostrando la naturaleza vascular de la misma mediante doppler.

ectasia venosa: defecto en la capa muscular de la pared venosa, obstrucción mecánica en la región inferior del cuello o el mediastino, compresión de la vena yugular derecha entre la cúpula pulmonar y la clavícula, ventilación prolongada y traumatismo⁶. La preferencia por el lado derecho se explicaría por factores anatómicos y físicos. Las venas yugulares internas derecha e izquierda, se unirán a las venas subclavias en la base del cuello para formar los troncos braquiocefálicos que a su vez se unirán para dar lugar a la vena cava superior. El tronco braquiocefálico derecho es más corto que el izquierdo (2-3cm) y en su trayecto casi vertical contacta con la pleura apical por lo que cualquier aumento en la presión intratorácica puede transmitirse directamente a la vena yugular derecha⁶.

La flebectasia de la vena yugular interna es una entidad que afecta principalmente a varones antes de la pubertad, posiblemente por el aumento de la resistencia muscular cervical⁷. Se presenta como una tumoración blanda, indolora, sacular o fusiforme localizada en el tercio bajo del cuello a nivel supraesternal, supraclavicular o en el margen anterior del músculo esternocleidomastoideo que aumenta con las maniobras de Valsalva¹.

Normalmente se presenta de forma asintomática pero puede ser causa de tinnitus pulsátil (ectasia tangencial al pabellón auricular) y disfonía (compresión del nervio laríngeo recurrente).

En la mayoría de los casos la exploración clínica es suficiente para establecer un diagnóstico de sospecha que

deberá ser confirmado por pruebas de imagen. Entre ellas, la ecografía doppler constituye la mejor opción ya que define con seguridad la naturaleza de la lesión, no es invasiva y evita las radiaciones⁸.

La naturaleza benigna y autolimitada de esta entidad aconseja una abstención terapéutica en las formas asintomáticas o mínimamente sintomáticas. La mejoría de la misma con la edad, puede deberse a un fortalecimiento de la musculatura de la zona. Cuando existen complicaciones (trombosis, flebitis, hemorragias postraumáticas) o deformidades estéticas puede realizarse una resección del segmento afecto comprobando previamente la buena permeabilidad contralateral^{1,2} o realizando una técnica de drapping o cubrimiento de la lesión por el músculo omioideo descrita por Guerrier⁹.

La flebectasia de la vena yugular interna sigue siendo una entidad poco conocida y aunque benigna, precisa de controles periódicos que ayudaran a esclarecer aspectos aún no clarificados de la misma.

Bibliografía

1. Risco J, Pardo C, Figuera E, Pellicer F, Año T. Flebectasia yugular. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1992;43(1):67-69
2. Aleman O, Polo I, et al. Flebectasia Cervical. *An Otorring Ibero Am* 1999;26(6):539-548
3. Palen V, Gopalakrishnan S. Jugular phlebectasia: Theory of pathogenesis and review of literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*.2001;57:155-9
4. Indudharan R, Quah BS, Shuaib IL. Internal jugular phlebectasia- an unusual cause of neck swelling. *Ann Trop Paediatr*.1999;19:105-8
5. Erdem CZ, Erdem LO, Camuzcuoglu I. Internal jugular phlebectasia: Usefulness of color Doppler ultrasonography in the diagnosis. *J Trop Pediatr*.2002;48:306-10
6. LaMonte SJ, Walker EA, Moran WB. Internal jugular phlebectasia. A clinico entgenographic diagnosis. *Arch Otolaryngol*.1976;11:706-8
7. Al-Dousary S. Internal jugular phlebectasia. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*.1997;3:273-280
8. Guerrero Fernández A, Guerrero Vázquez B, García Ascaso MT, Olmedo Sanlaureano B, Luengo Casasola B. Flebectasia de la vena yugular interna. *An Pediatr(Barc)*.2005;63:86-8
9. Gillespie DL, Villavicencio JL, Gallagher C, Chang A, Hamelink JK, Fiala LA, et al. Presentation and management of venous aneurysms. *J Vasc Surg*. 1997;26:845-5

Correspondencia

Dra. Sara Cardelús
Avda Mare de Déu de Montserrat, 14, 3^o-2^a
08024 BARCELONA
e-mail: scardelus@gmail.com