

Aneurisma de la vena yugular externa. Informe de un caso

Myr. M.C. René Francisco **Candia de la Rosa**,* Dr. Raúl **Candia García**,** Myr. M.C. María Luisa **Gutiérrez Ramírez**,*** Myr. M.C. Arturo **Mendoza Reyes******

Las flebectasias de las venas yugulares pueden considerarse como afecciones poco frecuentes. Fueron denominadas así por primera vez por Gerwing en 1952,⁶ también han sido denominadas como ectasias yugulares⁷ y aneurismas venosos yugulares.¹⁴ Se diferencian de las várices debido a la ausencia de las tortuosidades que presentan éstas. Esta particular afección en la mayoría de los casos afecta a las venas yugulares internas,^{2,9} también se ha informado de casos que involucran a las venas yugulares externas¹ y a las venas cervicales superficiales. La causa de las flebectasias yugulares están aún en discusión; que han sugerido distintas hipótesis, pero debido a que en la mayoría de los pacientes no se detecta la causa desencadenante se les ha etiquetado como idiopáticos, otros traumáticos y en algunos también se consideran factores congénitos que intervienen en su formación.¹¹ Otros síndromes se han relacionado como enfermedad primaria, por ejemplo, en pacientes hipertensos con una arteria aorta alta y rígida, *pectus excavatum* y síndrome de salida de tórax o del escaleno anterior.¹³ Ante la presencia de una masa cervical blanda que aumenta con los esfuerzos especialmente al realizar una maniobra de Valsalva (que aumenta la presión intratorácica) debe de considerarse a este problema como diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Paciente masculino de 24 años de edad que tiene el antecedente de traumatismo directo en la cara lateral izquierda de cuello a los tres años de edad, con la consecuente aparición de una tumoración blanda, dolorosa, que aumentaba con el ejercicio y los esfuerzos, tales como toser y estornudar, así como con la maniobra de Valsalva. Acudió a consulta en la infancia con infinidad de médicos generales y especialistas

sin establecer diagnóstico. A la exploración física se palpa en el cuello en la cara lateral izquierda una masa blanda, fusiforme de 3 x 3 cm que se evidencia más al pedirle que realice la maniobra de Valsalva, depresible y dolorosa sin adenopatías satélites; a la auscultación no se detectan soplos, el resto de la exploración física es normal. Los estudios de laboratorio normales, las radiografías simples del cuello para partes blandas son normales, la del tórax es normal. El ultrasonido mostró una masa quística de 3 x 3 cm en la cara lateral izquierda del cuello en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo. El ultrasonido Doppler a color mostró un aneurisma de la vena yugular externa. Se decide la intervención quirúrgica realizándose resección del aneurisma sin necesidad de ligar la vena yugular externa izquierda. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones. Salíó del hospital al segundo día.

Discusión

Garrow⁵ establece que existen tres afecciones cervicales que presentan las características de tumores blandos que aumentan con las maniobras de Valsalva como: tumores o quistes del mediastino superior, divertículos laríngeos externos y laringoceles, y por último las dilataciones venosas yugulares. Los tumores sólidos quedan descartados dadas las diferencias sustanciales de consistencia, en cuanto a las malformaciones arteriovenosas como los tumores y aneurismas arteriales habiendo ausencia de soplos y de trill hace que éstos no se tomen en cuenta en el diagnóstico diferencial. En general el diagnóstico se establece primero por la clínica y actualmente con el ultrasonido Doppler a color como el método no invasivo más adecuado, aunque todavía algunos autores prefieren la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética. En nuestro caso el diagnóstico se hizo por el ultrasonido Doppler a color.

Pero es indudable que debe tenerse en cuenta en los lugares donde no se encuentra con el ultrasonido Doppler a color o en su defecto con la tomografía axial computarizada, que para confirmar el diagnóstico se puede realizar mediante la flebografía ascendente vía femoral o en su defecto por punción directa.

En cuanto al tratamiento que se ha empleado existen dos corrientes, una conservadora y la otra quirúrgica. La primera prefiere abstenerse de la cirugía, explicando al pa-

* Cirujano Vascular, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Militar Regional (HMR) de Puebla, Pue.

** Médico Radiólogo, Sanatorio Santa María, Puebla, Pue.

*** Médico Internista, Jefe de Terapia de Adultos del HMR de Puebla, Pue.

**** Médico Anestesiólogo, Jefe del Servicio de Anestesiología del HMR de Puebla, Pue.

Correspondencia:

Hospital Militar Regional de Puebla.

Av. la Calera s/n Frente al Mercado Héroes de Puebla

C.P. 72380 Puebla, Pue.

y a sus familiares la benignidad de su padecimiento y recomendando revisiones periódicas para valorar su crecimiento. La segunda, la más aceptada, es la quirúrgica, donde se realiza la extirpación del aneurisma y en caso de encontrarse en la vena yugular interna, se considera la técnica de «Draping» de cubrir el sitio comprometido con masa muscular como en estos casos con el músculo esternocleidomastoideo.¹⁸ Nosotros encontramos un aneurisma muy fácil de disecar, ya que se localizaba en la vena yugular externa y pudo ser posible su resección sin la ligadura de la misma vena.

Conclusión. Es importante conocer esta patología, aunque presente en el diagnóstico diferencial de los tumores blandos de cuello, como en este caso que el tratamiento se llevó a cabo probablemente por desconocer la misma, ya que como vimos, el origen de este aneurisma venoso fue traumático desde los tres años de edad.

Referencias

1. Alonso WA, Chambers RG. Aberrant jugular vein simulating a cervical cyst. *Laryngoscope* 1970; 80: 244-8.
2. Ceballos JM, Pareja A, Talegon A, García ME. Flebectasias de la vena yugular interna. Aportación al diagnóstico mediante la ecografía. *Acta ORL Esp* 1986; 37: 342-6.
3. Danis RK. Isolated aneurysm of the internal jugular vein. A report of three cases. *J Pediatr Surg* 1982; 17: 130-1.
4. Fisher J, Vaghawalla F, Tsitlik J, Levin H, Brinker J, Weisfeldt M, Yin F. Determinants and clinical significance of jugular venous valve competence. *Circulation* 1982; 65(1): 188-96.
5. Garrow E, Kirschstein M, Som ML. Internal jugular phlebectasia. case report and review of the literature. *Am J Surg* 1964; 108: 380-3.
6. Gerwing WH Jr. Internal jugular phlebectasia. *Ann Surg* 1952; 135: 130-3.
7. Gordon DH, Rose JS, Kottmeir P, Levin DC. Jugular venous ectasia in children. A report of three cases and review of the literature. *Radiology* 1976; 118: 147-9.
8. Lipshutz SN, Rabwin NH. External jugular phlebectasia. *Arch Surg* 1960; 80: 571-3.
9. La Monte SJ, Walker EA, Moran WB. Internal jugular phlebectasia. A clinico roentgenographic diagnosis. *Otolaryngol* 1976; 102: 706-8.
10. Nwako FA, Agugua NE, Udhe CA, Osuorji RI. Jugular phlebectasia. *J Med Surg* 1989; 24(3): 303-5.
11. Pasairiello R, Cozzi F, Casalena G, Colarossi G, Ros Simonetti G. Angiographic diagnosis of jugular venous dilate children. *Pediatric Radiol* 1979; 8: 247-250.
12. Pataro VF, Crosbie JC, Conde RM. Jugular phlebectasias. *Cardiovasc Surg* 1961; 2: 3-8.
13. Stevens RK, Fried AM, Hood TR Jr. Ultrasonic diagnose jugular venous aneurysm. *J Clin Ultrasound* 1982; 10: 85-7.
14. Valencia GC, García CA, Oliver B. Flebectasias del aneurisma venoso yugular, a propósito de un caso. *Ann ORL Mex* 1994; 39: 10.
15. Zorn WC, Zorn TT, Bellen BV. Aneurysm of the anterior vein. *J Cardiovasc Surg* 1981; 22: 246-9.