

Trombosis yugular y subclavia izquierda

Left jugular and subclavian vein thrombosis

Dra. Laura Rivero Fernández de Alaiza, Dr. Manuel Jorge Hernández Rivero

Hospital "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La trombosis venosa profunda del miembro superior es una entidad poco frecuente, solo se produce un caso en cada 25 enfermos de trombosis venosa. Asociada al cáncer representa el 30 % de todos los casos de trombosis venosa de la extremidad superior. Los signos y síntomas incluyen dolor, eritema y edema. La técnica de imagen de elección diagnóstica es la ecografía doppler y su tratamiento no difiere del instaurado para las trombosis venosas profundas de miembros inferiores. Presentamos el caso de un hombre de 60 años que acude al cuerpo de guardia de urgencias por edema, dolor y circulación colateral de extremidad superior izquierda de tres días de evolución, que se confirma por eco-doppler como una trombosis venosa profunda yugular y subclavia; además, se palpa en el hipocondrio derecho una masa tumoral no dolorosa que por la colonoscopia con biopsia se diagnostica como adenocarcinoma infiltrante del colon derecho de alto grado de malignidad. El paciente recibió tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular y fue intervenido quirúrgicamente por perforación tumoral. A los dos meses de operado fallece en el hogar.

Palabras clave: trombosis venosa profunda de miembros superiores, trombosis y cáncer, eco-doppler, anticoagulación.

ABSTRACT

Deep vein thrombosis of the upper extremities is a rare entity (1 out of 25 cases of vein thrombosis). When cancer is present, it accounts for 30% of all the cases of deep vein thrombosis of upper limbs. Main signs and symptoms are pain, erythema and edema. Doppler ultrasound is the diagnostic imaging technique of choice and the treatment it is similar to the one used for deep vein thrombosis of the lower limbs. We presented the case of sixty years-old man, who was seen at the emergency department and complained of having edema, pain and collateral circulation of the left upper extremity for three days. Doppler ultrasound confirmed the diagnosis of jugular and subclavian vein thrombosis; additionally, the physical examination found a tumor mass in the right upper quadrant of the abdomen; and finally the colonoscopy with biopsy diagnosed highly malignant infiltrating colorectal adenocarcinoma of the right colon. The patient was treated with anticoagulants as low-molecular-weight heparin and operated on from tumor perforation. Two months later, he died at home.

Key words: deep vein thrombosis of upper limbs, thrombosis and cancer, Doppler ultrasound, anticoagulation.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un trombo en una vena superficial o profunda y la respuesta inflamatoria que la acompaña se denomina trombosis venosa o tromboflebitis. Inicialmente, el trombo está formado sobre todo por plaquetas y fibrina. Los hematíes se entremezclan con la fibrina y el trombo tiende a propagarse en dirección del flujo sanguíneo.¹

Los factores que predisponen a la trombosis venosa fueron descritos inicialmente por *Virchow* en 1856 y comprenden estasis, daño vascular e hipercoagulabilidad. En consecuencia, hay una serie de circunstancias clínicas que se asocian a incremento del riesgo de trombosis venosa.¹

La prevalencia de trombosis venosa es particularmente elevada en pacientes con cáncer de páncreas, pulmón, vías urinarias, estómago y de mama. Aproximadamente entre el 10 y el 20 % de los pacientes con trombosis venosa profunda idiopática tienen o acaban padeciendo un cáncer clínicamente manifiesto; no existe consenso sobre si se debe someter a estos individuos a una búsqueda intensiva de una neoplasia maligna oculta.¹ La trombosis venosa profunda secundaria de la extremidad superior asociada al cáncer representa el 30 % de todos los casos de trombosis venosas de la extremidad superior.²

Las trombosis en sitios raros es una afección poco frecuente, uno en cada 25 casos de trombosis venosa se presenta en el brazo, en tanto que otros sitios incluso más raros son el cerebro, el aparato digestivo y el hígado. La trombosis del brazo casi siempre se relaciona con catéteres venosos centrales. Si bien las anomalías locales suelen ser importantes, un estado procoagulante debido a cáncer o a anomalías hereditarias aumenta la frecuencia de trombosis en sitios raros.¹

En estudios publicados sobre trombosis venosa profunda de los miembros superiores vinculada a cáncer, se observa que hasta 12,5 % de los casos guardan relación con alguna neoplasia, que en 80 % son carcinoma broncogénico, mamario y linfomas, y en el 20 % restante, son cáncer de colon, próstata, ovario y policitemia vera, aunque hay informes aislados de cáncer gástrico, esofágico y testicular vinculados con estas trombosis.^{2,3}

Estudios modernos han encontrado un aumento significativo del riesgo de diagnóstico de cáncer después de un episodio de trombosis venosa, particularmente después de seis meses de ocurrido el primer episodio.⁴

Los cánceres que más comúnmente se asocian con trombosis son el de mama, de colon y de pulmón y reflejan la prevalencia de estos en la población general.

La trombosis idiopática puede ser la primera manifestación de un cáncer oculto, además, pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma parecen ser más propensos a desarrollar una trombosis.⁵

La dificultad de realizar estudios amplios que valoren la incidencia de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes oncológicos radica en la heterogeneidad de la población con distintos tipos de cáncer y distintos estadios de la enfermedad.⁶

Hoy en día en ausencia del uso de catéteres o drogadicción, la presencia de trombosis en el cuello y miembro superior, puede ser la primera manifestación de un tumor oculto. Actualmente el diagnóstico se realiza mediante tomografía axial computarizada (TAC). Este método utilizado con contraste, se caracteriza por una zona hipodensa de la luz vascular, suele apreciarse una imagen en anillo de captación periférica. Otra técnica, no invasiva y con buenos resultados es la ultrasonografía.⁷⁻⁹ El pronóstico es pobre. El tratamiento con heparina es el más idóneo.^{10,11} Suele existir resistencia a la anticoagulación oral en un porcentaje elevado de casos.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 60 años, con antecedentes de salud, que un mes y medio antes del ingreso comienza a presentar decaimiento, pérdida de peso de aproximadamente 15 libras y anorexia.

Acude a nuestro centro porque tres días antes del ingreso nota que en región lateral izquierda del cuello apareció una "inflamación con enrojecimiento y dolor, con alteración de las venas y calambres".

Al examen físico local del cuello se constató la presencia de asimetría de la región lateral izquierda respecto a la derecha, con aumento de volumen de la región supraclavicular izquierda, con cambio de coloración (enrojecimiento) y presencia de circulación colateral venosa evidente que llega hasta brazo izquierdo ([Fig. 1](#)).



Fig. 1. Trombosis venosa profunda yugular y subclavia izquierda.

Las mucosas estaban hipocoloreadas y a la palpación del abdomen en la zona del hipocondrio derecho se apreció una masa no dolorosa que impresionaba tumoral.

Se planteó como impresión diagnóstica una trombosis venosa de miembro superior izquierdo asociado a una neoplasia del colon derecho.

Para confirmar el diagnóstico se realizó eco-doppler que informó a nivel de región lateral izquierda del cuello trombosis de venas yugular y subclavia izquierda con trombo ecogénico, sin flujo venoso en ese sector ([Fig. 2](#)).

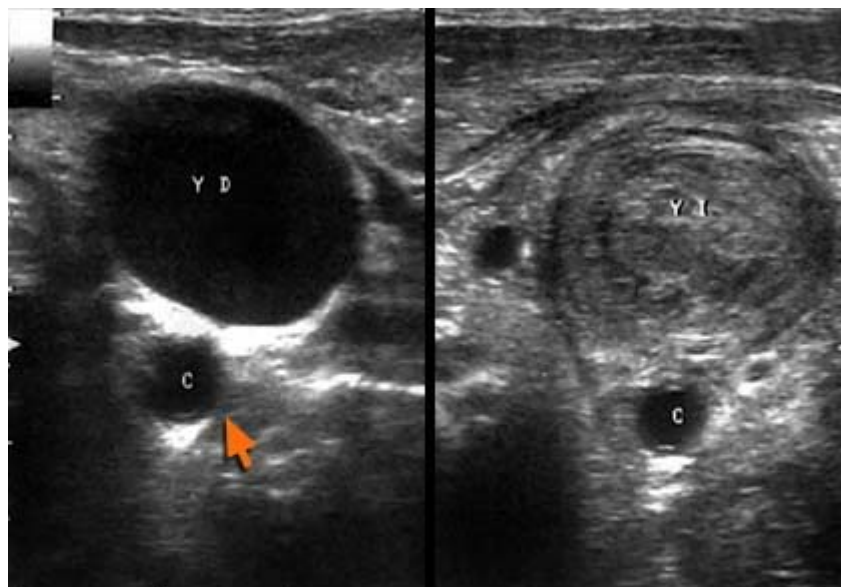


Fig. 2. Eco-doppler del cuello con trombo ecogénico en la yugular izquierda.

Se realizó TAC del cuello, donde se observó la yugular izquierda dilatada, con contenido hiperdenso compatible con trombosis venosa, para lo cual se indicó tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular.

En relación con el tumor abdominal encontrado se realizó ultrasonido abdominal que informó a nivel del ángulo hepático del colon una imagen de pseudoriñón con paredes engrosadas, se procedió a realizar colonoscopia donde se visualizó lesión vegetante que infiltraba circunferencialmente la mucosa, que crecía hacia la luz y la estrechaba parcialmente. La lesión estaba ulcerada y medía aproximadamente 5 cm de extensión, se tomó biopsia que informó un adenocarcinoma infiltrante del colon derecho de alto grado de malignidad.

Tres días después, estando ingresado, el paciente es operado de urgencia por presentar cuadro de abdomen agudo con perforación del tumor, que se extirpó. En el acto quirúrgico se observó metástasis en ganglios del retroperitoneo, periaórticos, pancreáticos y duodenales. El paciente fue dado de alta al mes con indicación de tratamiento paliativo por el estadio avanzado en que se encontraba el tumor y fallece el siguiente mes en su hogar.

DISCUSIÓN

Desde hace muchos años se ha estudiado la relación entre el cáncer y los episodios tromboembólicos y en la actualidad se puede afirmar que los pacientes neoplásicos a los que se les diagnostica un episodio tromboembólico tienen una supervivencia inferior que los pacientes con cáncer sin esa complicación.

El cáncer es un factor de riesgo independiente de la muerte en los siete días siguientes al diagnóstico del episodio tromboembólico venoso.³

Uno de los aspectos más relevantes del estudio llamado *Longitudinal Investigation of Thromboembolism Etiology* (LITE), es el elevado porcentaje de tromboembolia venosa secundaria, es decir relacionada con algún factor precipitante, y aunque en general, la trombosis venosa es un proceso multifactorial, la cirugía y el cáncer son los dos trastornos implicados con mayor frecuencia en la enfermedad tromboembólica venosa secundaria.¹²

El estudio de *Toft* y otros⁴ publica que en un análisis en más de 34 000 pacientes con cáncer, aquellos en que el diagnóstico de cáncer fue hecho en un año a partir de un episodio de trombosis venosa, tenían una enfermedad más avanzada y pronóstico pobre, comparado con los pacientes con cáncer que no presentaron episodios trombóticos. La supervivencia fue particularmente pobre cuando el diagnóstico de cáncer fue simultáneo con el de trombosis venosa, como fue el caso del paciente presentado en este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harrison S. Principles of Internal Medicine. Vascular Diseases of the Extremities. 18th ed. 2012 [citado 20 Jun 2012]. Disponible en: <http://book.host.org/part%2010.%20disorders%20of%20the%20cardiovascular%20system/chapter%2049.%20vascular%20diseases%20of%20the%20extremities.htm>
2. Síndromes trombóticos. Trombosis venosa profunda secundaria de la extremidad superior asociada al cáncer. 09/2010. [citado 20 Jun 2012]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cardio/trombosis/patologia/sindromes.htm>
3. Rojas GA, Cervantes J, Gerson R, Florez C, Villalobos A. Trombosis venosa profunda del miembro superior. Rev Mexicana Angiol. 2000 [citado 20 Jun 2012];28(2): 39-46. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=382&id_seccion=44&id_ejemplar=63&id_revista=9
4. Toft SH, Mellekjær L, Olsen JH, Baron JA. Prognosis of cancers associated with venous thromboembolism. N Engl J Med. 2000;343:1846-50.
5. . Lee YY A, Levine N M. Venous Thromboembolism and cancer: Risks and Outcomes. Circulation. 2003;107(1):17-21.
6. Salama P. Trombosis y cáncer. An Sis San Navarra. 2004 [citado 20 Jun 2011];27(sup3): 45-51. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol27/sup3/suple5a.html>
7. Escudero SV, Linares TD, Ramos SMR, Domínguez HJM, Nogales MN. Trombosis venosa profunda del cuello asociada a adenocarcinoma de pulmón. An Med Inter (Madrid). 2004 [citado 20 Jun 2012];21(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000500014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Sanz Gonzalo JJ, Alobid I, Martínez Molina P, Arias Cuchí G, Ruiz A, Cuchí A. Trombosis de la vena yugular, a propósito de seis casos. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52:432-6.
9. García-Gimeno M, Alonso-Álvares M, González-Fueyo MJ, Malo-Benajes E, Fernández-Morán MC, Ortega-Martín JM, et al. Trombosis venosa y cáncer oculto. Angiología. 2001;53:301-9.
10. Massoure PL, Constans J, Caudry M, Morlat P, Skopinski S, Beylot J, et al. Upper extremity deep venous thrombosis. 40 hospitalized patients. J Mal Vasc. 2000;25:250-5.
11. Maly J, Blazek M, Blaha M, Pecka M. Changes in hemostasis in malignant diseases. Vnitr Lek. 2002;48:614-8.
12. Cushman M, Tsai AW, White RH, Heckbert SR, Rosamond WD, Enright P, et al. Deep vein thrombosis and pulmonary embolism in two cohorts: The longitudinal investigation of thromboembolism etiology. Am J Med. 2004;117:19-25.

Recibido: 13 de agosto de 2012.
Aprobado: 9 de septiembre de 2012.

Manuel Jorge Hernández Rivero. Hospital "Freyre de Andrade". Ave. Salvador Allende
No. 851 e/ Espada y Hospital. Centro Habana10300. La Habana, Cuba. Correo
electrónico: manueljhdez@infomed.sld.cu