

FLEBECTASIA YUGULAR INTERNA

P. MARTÍNEZ *, D. MORAIS *, I. JIMÉNEZ **, B. RAMÍREZ *, R. LÓPEZ *

*SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

**SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

RESUMEN

La flebectasia yugular es una entidad muy poco frecuente, caracterizada por una dilatación sáculo-fusiforme de las venas del cuello durante las maniobras de Valsalva. Se presenta un caso de flebectasia de vena yugular interna en un varón de 7 años de edad que consulta por tumoración látero-cervical derecha que se manifiesta clínicamente con dichas maniobras. Tras el estudio ecográfico inicial, se resalta la importancia del angio-TAC helicoidal como método complementario en el diagnóstico de confirmación, aportándose la reconstrucción tridimensional de las imágenes obtenidas para valorar la anomalía de vascularización yugular, así como su extensión y ausencia de complicaciones. Al tratarse de una alteración benigna, sin tendencia a progresar y con mínima repercusión estética, se opta por evitar las técnicas quirúrgicas de resección o recubrimiento (*drapping*), incluyéndolo en un protocolo de seguimiento con controles periódicos.

La flebectasia yugular es una entidad muy poco frecuente, caracterizada por una dilatación sáculo-fusiforme de las venas del cuello durante las maniobras de Valsalva. Se presenta un caso de flebectasia de vena yugular interna en un varón de 7 años de edad que consulta por tumoración látero-cervical derecha que se manifiesta clínicamente con dichas maniobras. Tras el estudio ecográfico inicial, se resalta la importancia del angio-TAC helicoidal como método complementario en el diagnóstico de confirmación, aportándose la reconstrucción tridimensional de las imágenes obtenidas para valorar la anomalía de vascularización yugular, así como su extensión y ausencia de complicaciones. Al tratarse de una alteración benigna, sin tendencia a progresar y con mínima repercusión estética, se opta por evitar las técnicas quirúrgicas de resección o recubrimiento (*drapping*), incluyéndolo en un protocolo de seguimiento con controles periódicos.

PALABRAS CLAVE: Flebectasia. Vena yugular interna.

ABSTRACT

INTERNAL JUGULAR PHLEBECTASIA

The jugular phlebectasia is an infrequent anomaly in which a sacular dilatations of the jugular vein during the Valsalva manoeuvre is the main characteristic. We report a case of a 7 years old male with an internal jugular phlebectasia manifestating as a latero-cervical right mass expanding with Valsalva manoeuvre. After the first initial echographic study, we recomend angio-TAC helicoidal as an useful test to

confirm the diagnosis, it is also useful to get a tridimensional reconstruction of the jugular anomaly as well as establish the extension and possible complication. Jugular phlebectasia is a benign entity, usually it doesn't progress and causes a minimal estetic defect, therefore it is recomended to avoid any surgical resection or drapping. Periodical follow up is the best choice.

KEY WORDS: Phlebectasia. Internal jugular vein.

Correspondencia: Pedro Francisco Martínez Guisado. Servicio de ORL. Hospital Universitario de Valladolid, Avda. Ramón y Cajal, s/n. 47011 Valladolid.

Fecha de recepción: 25-4-2000

INTRODUCCIÓN

La flebectasia yugular es una entidad muy poco frecuente, caracterizada por una dilatación sáculo-fusiforme de las venas del cuello durante diversas maniobras de Valsalva, tales como el llanto, canto, tos, estornudos o esfuerzos. Fue descrita por primera vez por Harris en 1928 y posteriormente caracterizada por Gerwing en 1952 como una dilatación segmentaria de la vena afecta¹⁻⁶. A lo largo de los casos publicados hasta ahora en las últimas revisiones bibliográficas, ha recibido diferentes denominaciones, siendo las más difundidas las de quiste venoso congénito, aneurisma venoso, pseudoaneurisma venoso, venoma, varicocele, variz aneurismática, flebectasia yugular o ectasia venosa yugular, sin existir un consenso común entre ellos¹⁻⁶.

Se han descrito flebectasias en las diferentes venas del cuello: yugular externa⁷, bulbo yugular, yugular anterior⁴, vena facial anterior⁶, vena facial posterior, venas comunicantes cervicales superficiales y, más frecuentes, en la vena yugular interna¹⁻⁷.

Por los pocos casos descritos, por las diferentes teorías etiopatogénicas, por la evolución experimentada en los planteamientos diagnósticos y terapéuticos, unido a la resolución de las imágenes del caso diagnosticado en nuestro Servicio, pensamos que puede ser útil la presentación de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Varón de siete años de edad que consulta por tumoración látero-cervical derecha que sólo se pone de manifiesto mediante maniobras de Valsalva. Aparece únicamente como antecedentes patológicos una hipercolesterolemia asintomática de 233 mg/dl, refiriendo alergia a penicilinas y AAS con pruebas cutáneas negativas.

Durante la exploración clínica encontramos una tumoración blanda, no pulsátil, fusiforme, depresible, indolora, sin signos inflamatorios ni de adhesión a planos profundos y con ausencia de soplo o de zumbido venoso en la auscultación del cuello. No se apreciaron cambios en la voz ni tinnitus pulsátil (figura 1). El resto de la exploración ORL no presenta hallazgos de interés.

La radiografía simple cervical y TAC cervical en reposo fueron informados como compatibles con la normalidad por lo que, ante la sospecha clínica, se decidió realizar una ecografía en ambos lados del cuello que demuestra, durante mecanismos de presión o Valsalva, una dilatación de la vena yugular interna en el lado derecho, llegando a alcanzar 1,8 cm de diámetro, con normalización del calibre al ceder dichas maniobras.

La realización de angio-TAC helicoidal con reconstrucción de imágenes en tres dimensiones confirma la dilatación en toda su longitud de la vena yugular interna

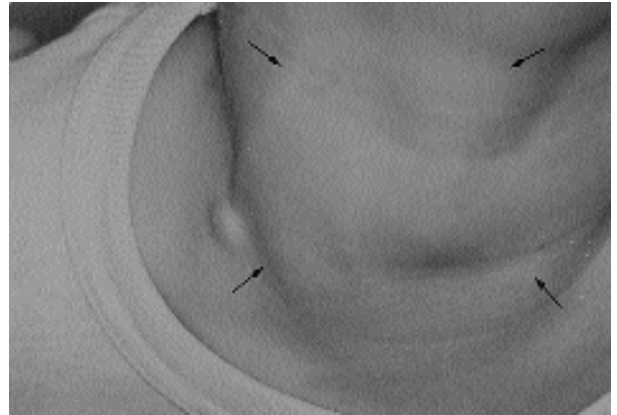


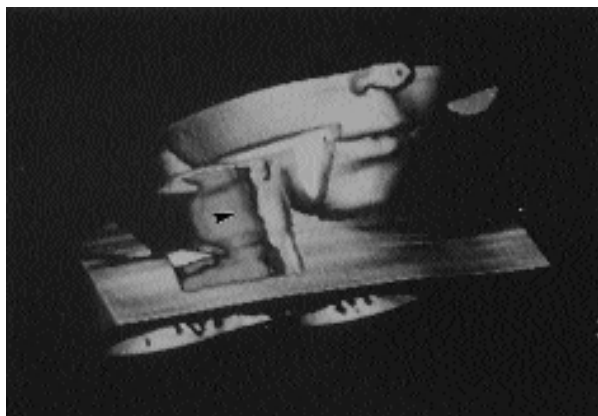
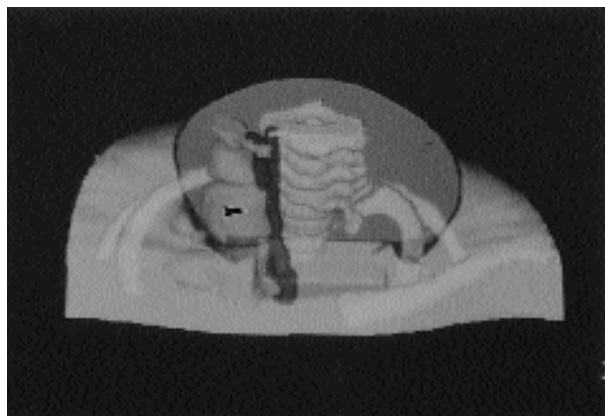
Figura 1. Aspecto macroscópico de la tumoración (delimitada por flechas) tras la maniobra de Valsalva.

derecha, mediante estudio comparativo en inspiración normal y, una vez más, practicando maniobras de Valsalva (figuras 2-3-4).

Debido al carácter asintomático de la lesión, se decide un tratamiento expectante con revisiones periódicas.

DISCUSIÓN

Existen múltiples hipótesis que intentan dar una explicación al mecanismo etiopatogénico que desencadena estas ectasias venosas: defectos congénitos de la capa muscular de la vena^{1-3,5,6}, compresiones mecánicas en la parte baja del cuello y mediastino, entre la cúpula pulmonar y la clavícula^{3,5,6}, o entre el esternón y la arteria innominada en pacientes afectados de *pectum excavatum*^{1,2}, o por aumento del tono de los músculos escalenos^{1,2,5,6}. Dado que la mayor parte de los casos se encuentran en la infancia o en la adolescencia, se han emitido también teorías que apuntan a posibles factores congénitos o a alteración en el mecanismo valvular venoso^{1,6}. La ventilación mecánica con presión positiva podría ser un factor desencadenante³. En los estudios en que se han determinado presiones en el interior del segmento venoso dilatado, éstas aparecen dentro de los límites normales, salvo Garrow que describe en 1964 una presión venosa aumentada³. Es más frecuente en el lado derecho^{2,3,7}, como ocurrió en el caso clínico que se expone, no encontrándose preferencia por sexo, aunque hay revisiones con ligero predominio masculino^{2,3}. Afecta a todos los grupos de edad, siendo menos evidente la dilatación cuando los niños alcanzan la pubertad, tal como observó Bowdler, posiblemente por el aumento de la resistencia muscular, no apareciendo hasta ahora en ningún paciente adulto joven masculino³. Están descritos casos en gemelos^{2,3} y afectaciones bilaterales^{3,5}.



Figuras 2,3. Angio-TAC helicoidal con reconstrucción de imágenes en 3D, proyección anteroposterior. La flecha indica la dilatación fusiforme de la vena yugular interna.

El diagnóstico diferencial debe hacerse ante masas cervicales que se incrementen con maniobras de Valsalva, tales como los laringoceles externos, detectables por medio de tomografías del cuello, que mostrarán una imagen aérea típica así como por su reductibilidad a la presión y sonoridad a la percusión; asimismo, con tumores o quistes de mediastino superior identificables en la radiografía de tórax. El resto de las tumoraciones cervicales están presentes sin provocación con maniobras de Valsalva¹⁻⁷.

Los hallazgos histopatológicos en las venas dilatadas extirpadas muestran generalmente unas características normales. Otros cambios varían desde escasez o ausencia de la capa muscular, fibrosis mínima o aumentos o disminuciones del tejido conectivo³. En 1982 Davis demostró un adelgazamiento focal de la íntima con aumento del tejido conectivo y de células endoteliales, asocia-

do a una prominencia de células musculares lisas o colágenas con elementos elásticos desgajados, siendo la pared contigua de aspecto normal^{1,2}.

Clínicamente es una masa látero-cervical de aspecto quístico, blanda, no dolorosa, redonda o fusiforme, localizada en el tercio bajo del cuello a nivel supraesternal, supraclavicular o en el borde anterior del esternocleidomastoideo^{2,5}. Aumenta de tamaño con maniobras de Valsalva o por compresión del extremo inferior de la ectasia², dando dilataciones segmentarias de aspecto arrosariado⁷. Normalmente asintomática^{2,3}, a veces manifiesta síntomas menores como cambios en la voz, sensación de retumbo venoso por flujo turbulento o tinnitus pulsátil cuando la flebectasia es tangencial al oído³. Su comportamiento es benigno, sin tendencia a progresar^{1,2}, aunque se describen casos de trombosis, infecciones, compresión de estructuras vecinas o rotura de la dilatación^{2,3,6}, no aceptadas por todos los autores^{3,5}.

Con el paso de los años, los métodos diagnósticos invasivos como la flebografía percutánea por punción directa yugular o transfemoral con importantes complicaciones^{1-3,5,6} y las exploraciones quirúrgicas^{2,3,6}, han dejado paso a técnicas de imagen no invasivas, como la ecografía^{1,6} y el angio-TAC helicoidal³; permitiendo este último la obtención de imágenes de gran resolución y la posibilidad de realizar tratamientos informatizados de las mismas con reconstrucción en tres dimensiones.

En la mayoría de los casos la exploración clínica es suficiente para el diagnóstico^{2,3}, siendo la ecografía el método no invasivo en tiempo real más indicado para el esclarecimiento de esta patología, por su carácter inocuo, de fácil reproducción, con posibilidad de estudios dinámicos doppler de flujo, a la vez que nos proporciona una imagen de extensión y relaciones anatómicas de la flebectasia^{1,4,6,7}.

Al tratarse de una entidad benigna, sin tendencia a progresar, la mayoría de los autores coinciden en practi-



Figura 4. Angio-TAC helicoidal con reconstrucción de imágenes en 3D, proyección lateral. La flecha indica la dilatación fusiforme de la vena yugular interna.

car la abstención terapéutica con controles periódicos^{1,2,6}; salvo complicaciones o deformidades estéticas^{1,3,6}, en cuyo caso están descritas tanto intervenciones de resección del segmento afecto^{1,2,4,6}, como la técnica de *drapping* o recubrimiento por músculo omohioideo descrita en 1980 por Guerrier^{1,2}. Este tratamiento conservador es-

tará aún más indicado en lesiones localizadas en el bulbo yugular³; así como en los casos bilaterales por el riesgo de edema cerebral y sus consecuencias^{2,5}.

Los estudios de seguimiento a largo plazo aumentarán el conocimiento de la evolución de esta enfermedad y si desaparece espontáneamente con el desarrollo³.

REFERENCIAS

- 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.- Grijalba Uche M, Trelles Vargas H, Echevarría Zabalza ME, Medina Sola JJ. Flebectasia yugular. A propósito de dos casos. *An Otorrinolaring Ibero Am* 1996; 23(3): 253-41.
- 3.- Al-Dousary S. Internal Jugular Phlebectasia. *Int J Pediatr Otorhinolaringol* 1997, 38(3): 273-280.
- 4.- Natarajan B, Johnstone A, et al. Unilateral Anterior Jugular Phlebectasia. *J Laryngol Otol*, 1994; 108(4): 352-353.
- 5.- Walsh RM, Murty GE, Bradley PJ. Bilateral Internal Jugular Phlebectasia. *J Laryngol Otol*, 1992; 106(8): 753-754.
- 6.- Aleman O, Polo I, et al. Flebectasia Cervical. *An Otorrinolaring Ibero Am* 1999; 26(6): 539-548.
- 7.- Hussein A, Trowitzsch E. Jugular Phlebectasia in children. *Eur J Pediatr* 1996; 155(1): 67.