



## 212/175 - TROMBOSIS DE LA VENA YUGULAR INTERNA DIAGNOSTICADA EN MUJER CON ODINOFAGIA

V. Revuelta Garrido<sup>a</sup>, M. Calonge Bonilla<sup>a</sup>, S. Cortiles Bosch<sup>b</sup> e I. Martí Sendra<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Enfermera. CAP Jaume I. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 37 años, fumadora, sin antecedentes patológicos de interés que acude a la consulta de Atención Primaria por odinofagia de 7 días de evolución que no ha presentado mejora con antiinflamatorios orales. Durante los últimos 4 días presenta empeoramiento de la clínica con aparición de un bultoma laterocervical izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Auscultación cardiorespiratoria normal. Oroscofia dentro de la normalidad. Palpación dolorosa en la región laterocervical izquierda con aumento de volumen, no bien delimitado y sin aumento de la temperatura local. Endoscopia orofaríngea dentro de la normalidad. La analítica sanguínea mostró leucocitosis con neutrofilia sin otros cambios. Ecografía Doppler cervical: trombosis de la vena facial izquierda ocluida totalmente en su trayecto proximal y hasta su desembocadura a nivel de vena yugular interna, con trombo flotante en ostium. TC cuello: trombo lineal de la vena yugular interna izquierda, en su tercio inferior, de 16 mm. Parece iniciarse en la desembocadura de la vena facial, que se muestra completamente trombosada. Adenopatías izquierdas reactivas. Hemocultivos para microorganismos anaeróbicos y aeróbicos resultaron negativos.

**Juicio clínico:** Trombosis venosa aguda de la vena yugular interna y vena facial izquierdas.

**Diagnóstico diferencial:** Adenopatía cervical asociada a proceso inflamatorio, tuberculosis ganglionar cervical, inflamación de la glándula parótida, nódulo tiroideo, linfoma.

**Comentario final:** La paciente fue ingresada con el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna y facial secundaria a amigdalitis aguda complicada. Recibió tratamiento antibiótico y corticoideo durante 4 semanas; y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular hasta completar los 2 meses. Se realizó estudio de trombofilia resultando positivo para la resistencia a la proteína C activada secundaria a una mutación heterocigota tipo Leiden del factor V.

### Bibliografía

1. Lemierre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. Lancet. 1936;1:701-70.
2. La Guía M, La Hoz T, Martínez J, Valero J, Fraile J, Cámara F. Síndrome de Lemierre: tromboflebitis séptica de la yugular interna secundaria a amigdalitis aguda. Acta Otorrinolaringol Esp. 2001;52:163-6.

3. Fernández Reyes JL, Dones Carvajal JJ, Carcelén Mora IM, Gutiérrez Moreno JM, Lea Pereira MC, Camacho Pastor MA. Síndrome de Lemièrre. Descripción de dos nuevos casos y revisión de la literatura. An Med Interna (Madrid). 2002;19:139-42.

**Palabras clave:** *Tromboflebitis. Amigdalitis. Trombofilia.*