



Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios  
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
[revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

*Director:*

José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

*Comité Editorial:*

Carmelo Morales Angulo (Cantabria)

Darío Morais Pérez (Valladolid)

Ángel Muñoz Herrera (Salamanca)

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada. León)

Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño)

Jaime Santos Pérez (Valladolid)

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid)

Javier Martínez Subías (Soria)

Pablo Casas Rodera (León)

Enrique Coscarón Blanco (Zamora)

José Granell Navarro (Ávila)

María Jesús Velasco García (Ávila)

Ana Isabel Navazo Eguía (Burgos)

José Luis Alonso Treceño (Palencia)

*Comité Externo Nacional:*

Ángel Ramos Macías (Gran Canaria)

Carlos Ochoa Sangrador (Zamora)

Luis Lassaleta Atienza (Madrid)

Francisco García Purriños (Murcia)

José Luis Llorente Pendás (Asturias)

Constantino Morera Pérez (Valencia)

Juan Ignacio Rayo Madrid (Badajoz)

# Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

[www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Póster

## ¿Infección cervical profunda?

### Deep cervical infection?

Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva

*Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho. EPE. Portugal.*

Contacto: [mtefebe@gmail.com](mailto:mtefebe@gmail.com)

Recibido: 10/06/2012	Aceptado: 16/06/2012	Publicado: 17/06/2012
-------------------------	-------------------------	--------------------------

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses

### Referencia del artículo:

Bernardo T, Oliveira P, Ribeiro D, Pereira da Silva A. ¿Infección cervical profunda?. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2012;3(14):130-133

**Resumen**

**Introducción:** Una tumefacción cervical inflamatoria puede tener diversas causas. La trombosis de la vena yugular es una entidad poco frecuente, en muchas ocasiones olvidada. La mayoría de las veces surge debido a una sepsis cervical, por utilización de un catéter venoso central o por abuso de drogas intravenosas (toxico dependientes). Raramente, es secundaria a un estado de hipercoagulabilidad asociado a un carcinoma visceral (Síndrome de Trousseau).

**Material y Métodos:** Los autores presentan el caso clínico de un paciente de sexo masculino, de 65 años, que acudió al Servicio de Urgencias por tumefacción cervical izquierda dolorosa con signos inflamatorios locales y sistémicos, de 3 días de evolución.

**Resultados:** Portaba una ecografía que sugería un absceso cervical. Se realizó un TC cervical que confirmó la sospecha ecográfica. Por su localización en el trayecto de la vena yugular interna, fue solicitada nueva evaluación mediante TC con contraste intravenoso y Eco-doppler, obteniéndose el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna. Se llevó a cabo el estudio necesario para aclarar el estado de hipercoagulabilidad, dado que el paciente no tenía ningún factor predisponente conocido. Finalmente el diagnóstico efectuado fue el de carcinoma gástrico irreseccable.

**Discusión y Conclusión:** El ORL debe estar atento y ser capaz de interpretar los exámenes complementarios de imagen cervical. Un profundo conocimiento de la imagen de la anatomía es importante para el diagnóstico de trombosis yugular. Ante un caso de trombosis yugular espontánea, debemos buscar un posible carcinoma visceral.

**Palabras clave:** Infección cervical; Trombosis de la vena yugular; Síndrome de Trousseau

**Deep cervical infection?****Summary**

**Introduction:** Inflammatory cervical swelling may have several causes. The jugular vein thrombosis is a rare entity, often forgotten. Most frequently arises due to a cervical sepsis by the use of a central venous catheter or intravenous drug abuse (drug addicts). Rarely, is secondary to a hypercoagulability state associated with a visceral carcinoma (Trousseau Syndrome).

**Material and Methods:** The authors present the case of a 65 years old male, who used the ENT Emergency Service due to a painful left cervical swelling with local and systemic inflammatory signs of 3 days duration.

**Results:** An cervical ultrasound suggested a neck abscess. CT was performed and confirmed the ultrasound results. Because of its location in the path of the internal jugular vein, we requested re-evaluation by CT with intravenous contrast and doppler ultrasound, obtaining the diagnosis of thrombosis of the internal jugular vein. Further studies were conduct to clarify the hypercoagulability state, since the patient had no known predisposing factor. Finally the diagnosis of unresectable gastric carcinoma was made.

**Discussion and Conclusion:** The ENT must be aware and be able to understand any cervical imagiologic studies. A deep knowledge of the anatomical imagiología is important for the diagnosis of jugular thrombosis. When we have a case of spontaneous jugular thrombosis, we must look for possible visceral carcinoma.

**Keywords:** Cervical infection; Jugular vein trombosis; Trousseau's Syndrome



## ¿INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA?

Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva

CHVN Gaia/Espinho EPE



### Introducción

Una tumefacción cervical inflamatoria puede tener diversas causas. La trombosis de la vena yugular es una entidad poco frecuente, en muchas ocasiones olvidada. La mayoría de las veces surge debido a una sepsis cervical, por utilización de un catéter venoso central o por abuso de drogas intravenosas (tóxicos dependientes). La sepsis cervical es cada vez menos frecuente por la utilización de antibióticos. Raramente, la trombosis de la vena yugular es secundaria a un estado de hipercoagulabilidad asociado a un carcinoma visceral (Síndrome de Trousseau) y se presenta antes o al mismo tiempo que el tumor.

### Caso Clínico

Paciente de sexo masculino, de 65 años, que acude al Servicio de Urgencias por dolor de garganta, tumefacción cervical izquierda dolorosa con signos inflamatorios locales y sistémicos, de 3 días de evolución. Presentaba un cuadro de febrícula, rinorrea y síntomas generales con un mes de evolución que no había mejorado con la toma de una cefalosporina y corticoides. Posteriormente presentó dolor abdominal y quejas dispépticas que fueran relacionadas con la toma de los medicamentos. No tenía disfagia o sialorrea pero tenía pérdida de peso importante y anorexia en los últimos meses. En los antecedentes destacar que era hipertenso y portador de marcapasos. En la exploración presentaba tumefacción difusa en toda la región cervical izquierda y en las áreas IV y V, con signos inflamatorios y dolorosa a la palpación. Sin fluctuación, sin ganglios palpables. La palpación abdominal también era dolorosa en el epigastrio.

### Resultados

Aportaba una ecografía cervical que sugería una formación abscesificada a la izquierda con efecto de masa con las estructuras circundantes y había realizado análisis de sangre en los que presentaba una PCR de 13,99 sin leucocitosis. Se realizó un TC cervical que confirmó la sospecha ecográfica. Por su localización en el trayecto de la vena yugular interna, el ORL solicitó nueva evaluación mediante Ecodoppler y AngioTC, obteniéndose el diagnóstico de trombosis de la vena yugular interna izquierda. Se llevó a cabo el estudio necesario para aclarar el estado de hipercoagulabilidad, dado que el paciente no tenía ningún factor predisponente conocido y tenía unas quejas gástricas inespecíficas. El estudio de la coagulación mostró disminución de la proteína S. Efectuó una endoscopia digestiva alta que evidenció una úlcera gástrica en la pequeña curvatura del estómago que fue biopsiada. El resultado de anatomía patológica fue de carcinoma no diferenciado con células en anillo de sello. En la laparotomía para extirpación del tumor, éste se consideró irreseccable con carcinomatosis peritoneal y numerosas adenopatías retroperitoneales. El paciente, actualmente, recibe QT paliativa en el servicio de oncología del hospital.

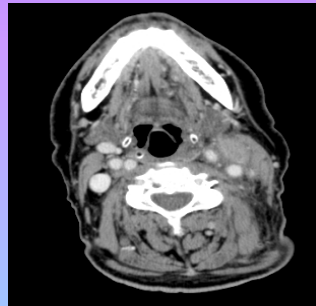


Fig.1.TC con contraste

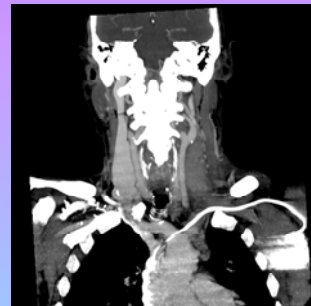


Fig.2. AngioTC

### Discusión y Conclusión

El ORL debe estar atento y ser capaz de interpretar los exámenes complementarios de imagen cervical. Un profundo conocimiento anatómico es importante para el diagnóstico de trombosis yugular. Ante un caso de trombosis yugular espontánea y excluida una sepsis cervical o una alteración de la coagulación, debemos buscar un posible carcinoma visceral (abdominal o pélvico). El riesgo de que un paciente con trombosis venosa yugular tenga un carcinoma es del 29,7%. La fisiopatología del Síndrome de Trousseau aun no está totalmente aclarada pero se cree que resulta de productos tumorales liberados a la corriente sanguínea. En muchos casos de carcinoma visceral se ha encontrado disminución de la proteína S. Su tratamiento consiste en la resección del tumor, si es posible, y en la utilización de heparina de bajo peso molecular.

Bibliografía: 1. Modayil PC, Panthakalam S, Howlett DC. *Metastatic carcinoma of unknown primary presenting as jugular venous thrombosis*. Case Report Med. 2009;2009:938907. Epub 2010 Jan 4. 2. Varki A. *Trousseau's syndrome: multiple definitions and multiple mechanisms*. Blood. 2007 September 15; 110(6):1723-1729. 3. Pata YS, Unal M, Gülhan S. *Internal jugular vein thrombosis due to distant malignancies: two case reports and literature review*. J Laryngol Otol. 2008 Mar; 122(3):318-20. Epub 2007 May 14. 4. Unsai EE, Karaca C, Ensari S. *Spontaneous internal jugular vein thrombosis associated with distant malignancies*. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2003 Jan; 260(1):39-41. Epub 2002 Aug 21. 5. Di Micco P, Coppola L, Diadema MR, Chirico G, Torella R, Niglio A. *Internal jugular vein thrombosis as first sign of metastatic lung cancer*. Tumori. 2003 Jul-Aug; 89(4):448-51.



61 CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICO FACIAL

Reg. n.º 784

El Dr. Primitivo Ortega del Álamo, Presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial

## CERTIFICA

que la COMUNICACIÓN PÓSTER titulada "¿INFECCIÓN CERVICAL PROFUNDA?" de los Dres. Teresa Bernardo, Pedro Oliveira, Daniela Ribeiro, Agostinho Pereira da Silva. CHVNGaia/Espinho EPE

ha sido presentada y leída durante el 61 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, celebrado en Valencia del 5 al 9 de noviembre de 2010.

Y para que conste y a instancias del interesado, lo firma en Valencia, a diecinueve de noviembre de dos mil diez.

Primitivo Ortega del Álamo