

Cas 2021.5

Nen de 5 anys amb tumoració laterocervical intermitent d'un mes d'evolució

Sílvia Burgaya, Mireya Cabral, Esperança Macià, Anna Ramos

Equip de Pediatria. EAP Manlleu. CAP Manlleu. Manlleu (Barcelona)

Nen de 5 anys que acut a la consulta de pediatria d'atenció primària per aparició de tumoració indolora a la zona laterocervical dreta en parlar o cridar, d'un mes d'evolució, sense tos, dificultat respiratòria, congestió facial ni molèsties en empassar. No explica traumatismes ni cirurgies prèvies. Com a antecedents patològics només destaca una disfonia de tres mesos d'evolució l'any anterior a l'aparició de la tumoració que es va resoldre espontàniament.

En l'exploració física s'observa una tumoració d'uns 3 o 4 cm de diàmetre, no dolorosa a la palpació, de consistència elàstica, no mòbil ni eritematosa, localitzada a la zona laterocervical inferior dreta que només s'objectiva quan parla o tus (Fig. 1). En deixar de parlar, la tumoració desapareix completament. La resta de l'exploració per aparells és anodina.

Com a exploracions complementàries es fa una ecografia cervical que resulta diagnòstica (Fig. 2).

Quin és el seu diagnòstic?

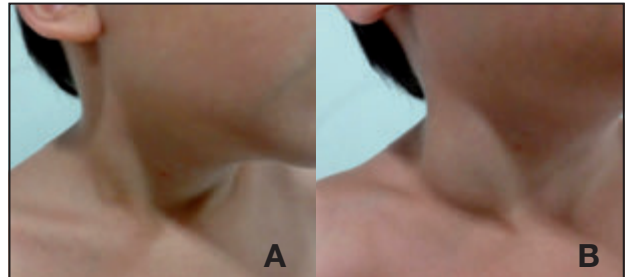


Fig. 1 Exploració en repòs del pacient (A) i mentre parla o es fan maniobres de Valsalva (B).

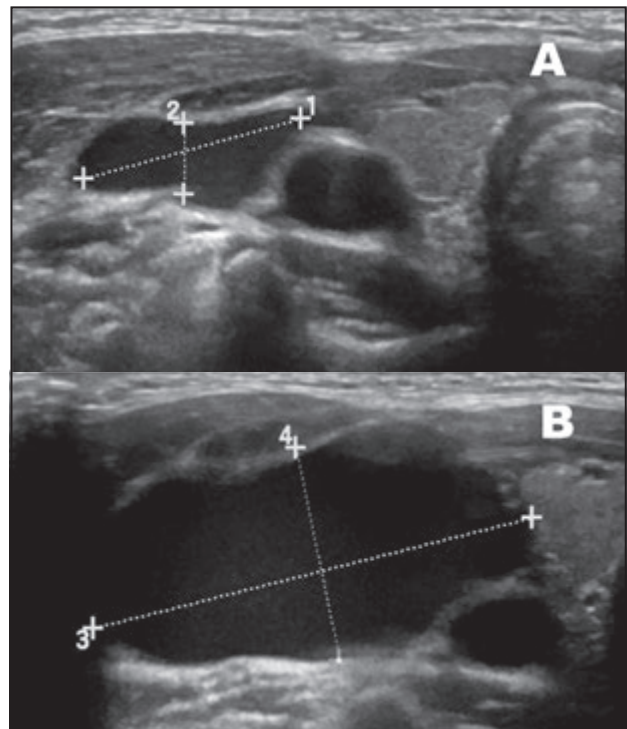


Fig. 2. Ecografia cervical. S'observa dilatació de la vena jugular interna dreta sense signes de trombosi. En repòs mesura 15 x 15 cm (A), i amb maniobres de Valsalva, 30 x 15 cm (B).

Correspondència: Sílvia Burgaya Subirana
C/ Castellot, 17. 08560 Manlleu
sburgaya.cc.ics@gencat.cat

Treball rebut: 07.07.2020
Treball acceptat: 26.01.2021

Burgaya S, Cabral M, Macià E, Ramos A.
Nen de 5 anys amb tumoració laterocervical intermitent d'un mes d'evolució.
Pediàtr Catalana. 2021;81(2):85-6.

Discussió

El diagnòstic diferencial de les masses cervicals és molt ampli, però en el pacient presentat es redueix, ja que caldria enfocar el diagnòstic a les masses que apareixen amb les maniobres de Valsalva. Entre aquestes maniobres tenim el laringocele, el faringocele, el diverticle laringi extern, l'hèrnia pulmonar cervical (pneumocele cervical), els tumors i quists mediastítics superiors, l'higroma quístic amb extensió al mediastí superior i les flebèctasis¹⁻⁵. Tot i que la causa més freqüent sol ser el laringocele, no va ser el cas del pacient. L'ecografia cervical, tal com es descriu a la literatura, va ser diagnòstica ja que mostrava una dilatació de la vena jugular interna dreta que augmentava amb les maniobres de Valsalva i no mostrava signes de trombosi.

Diagnòstic final: Flebèctasi de la vena jugular interna.

Comentari

La flebèctasi de la vena jugular interna és una dilatació fusiforme de les venes jugulars cervicals que es manifesta clínicament amb una tumoració habitualment asimptomàtica, localitzada a l'àrea supraclavicular i al marge anterior del múscul esternocleidomastoideu. Es tracta d'una massa tova, no dolorosa ni pulsàtil, generalment unilateral, i que com a característica principal apareix o augmenta de mida en relació amb les maniobres de Valsalva. Desapareix completament en repòs. Pot afectar qualsevol vena de la regió cervical, però és més freqüent a la vena jugular dreta, com en el cas presentat¹⁻⁵. Tot i que habitualment és asimptomàtica, pot anar acompanyada de manifestacions menors, com ara acúfens pulsatius, quan la flebèctasi és tangencial al pavelló auricular; bronzit causat pel flux turbulent en el segment dilatat; disfonia o afonia atribuïbles a la compressió del nervi laringi recurrent; sensació de disconfort durant la deglució, la tos o l'exercici físic; molèsties a l'espatlla; debilitat injustificada a la mà dreta, i dolor a la base de la llengua²⁻³.

Les dilatacions venoses van ser descrites per primera vegada el 1928 per Harris, però no va ser fins als anys setanta que es van començar a conèixer gràcies a les tècniques d'imatge i de la cirurgia laríngia i cervical^{1-3,5}. Tot i així, continuen sent una entitat poc coneguda²⁻⁴. Encara que se'n desconeix l'etiologia exacta, hi podrien

estar implicats diversos factors, com ara anormalitat anatòmica de la vena, compressió mecànica o traumàtica de la vena, defectes estructurals congènits de la paret de la vena, o ser idiopàtiques¹⁻⁴. Tot i que s'han descrit formes de flebèctasi en adults, afecta majoritàriament els infants i és més freqüent en el sexe masculí¹⁻⁴.

L'ecografia durant la maniobra de Valsalva hauria de ser la primera prova a fer, ja que estableix el diagnòstic amb facilitat i precisió, és poc invasiva i no emet radiacions. De totes maneres, l'estàndard de referència per al diagnòstic de la flebèctasi de la vena jugular és l'ecografia Doppler color, ja que permet confirmar la presència o l'absència del flux sanguini, la seva direcció i la presència de trombe intraluminal¹⁻³. L'exploració ha de ser bilateral, comparativa, en repòs i durant la maniobra de Valsalva³. Alguns estudis suggereixen utilitzar un diàmetre anteroposterior de més de 15 mm com a punt de tall per diagnosticar de flebèctasi jugular interna en la pràctica diària².

Atès que es tracta d'una patologia benigna, la millor opció terapèutica és el maneig conservador amb controls periòdics per veure'n l'evolució. La cirurgia es reserva per casos amb complicacions associades, com trombosis, síndrome de Horner, aturada cardíaca o hemorràgia massiva secundària a traumatismes¹⁻⁵.

Pel que fa a l'evolució, encara que és freqüent un increment del volum els primers anys després del diagnòstic, la dilatació es va reduint amb el creixement de l'infant i l'enfortiment de la musculatura de la zona³.

Bibliografia

1. Lévano Vásquez J, Muñoz Muñiz R, Campos Segovia A, Martínez-Villanueva Alemán A, Arias Novas B. Flebectasia de la vena jugular interna. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;19:63-6.
2. González Mieres C, Fuentes Carretero S, Pradillos Serna JM, Ardela Díaz E. Flebectasia yugular interna. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(6):e810-5.
3. Guerrero Fernández J, Guerrero Vázquez J, García Ascaso MT, Olmedo Sanlaureano S, Luengo Casasola JL. Flebectasia de la vena yugular interna. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63(1):77-88.
4. Dharmapuri Yaadhavkrishan R, Navaneethan N. Jugular phlebectasia: clinical scenario in India. *Indian J Otorhinolaryngol Head Neck surg*. 2015;67(1):13-7.
5. Figueroa-Sanchez JA, Ferrigno A, Benvenuti-Regato M, Caro-Osorio E, Martínez HR. Internal jugular phlebectasia: a systematic review. *Surg Neurol Int*. 2019;10(106).