

# Tromboflebitis superficial de vena yugular externa y trombosis venosa profunda de extremidad superior izquierda. Una complicación rara de un bocio multinodular

Nadine Khan Freitas<sup>ID</sup>, María José Castillo<sup>ID</sup>, Elena Sophie Zott, Pablo Javier Marchena-Yglesias, Elisabet Rovira

Servicio de Medicina Interna, Parc Sanitari San Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

Recibido: 28/03/2025

Aceptado: 08/05/2025

En línea: 31/08/2025

**Citar como:** Freitas NK, Castillo MJ, Zott ES, Marchena-Yglesias PJ, Rovira E. Tromboflebitis superficial de vena yugular externa y trombosis venosa profunda de extremidad superior izquierda. Una complicación rara de un bocio multinodular. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (agosto); 10(2): 46-48. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a2>.

**Cite this as:** Freitas NK, Castillo MJ, Zott ES, Marchena-Yglesias PJ, Rovira E. *Superficial thrombophlebitis of the external jugular vein and deep vein thrombosis of the left upper extremity. A rare complication of multinodular goiter.* Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (August); 10(2): 46-48. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a2>.

Autor para correspondencia: Nadine Khan Freitas. [nadine.khan@sjd.es](mailto:nadine.khan@sjd.es)

## Palabras clave

- ▷ trombosis
- ▷ tromboflebitis
- ▷ venas yugulares
- ▷ bocio nodular

## Resumen

El bocio multinodular es una causa rara de trombosis venosa profunda (TVP) en miembros superiores. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con bocio multinodular que desarrolló TVP yugular, subclavia, axilar y braquial izquierdas y tromboflebitis superficial de la vena yugular externa debido a compresión extrínseca. El diagnóstico se realizó mediante tomografía computarizada (TC) y el tratamiento consistió principalmente en anticoagulación. Este caso resalta la importancia de considerar la compresión tiroidea como causa de trombosis. Aunque en nuestro caso no se realizó, resaltamos el papel cada vez mayor de la ecografía en este diagnóstico.

## Keywords

- ▷ thrombosis
- ▷ thrombophlebitis
- ▷ jugular veins
- ▷ nodular goiter

## Abstract

*Multinodular goiter is a rare cause of upper extremity deep vein thrombosis (DVT). We present the case of an 80-year-old woman with multinodular goiter who developed left jugular, subclavian, axillary, and brachial DVT and external jugular vein thrombophlebitis due to extrinsic compression. Diagnosis was made using computed tomography (CT), and treatment was primarily based on anticoagulation. This case highlights the importance of considering thyroid compression as a cause of thrombosis. Although not used in our case, we highlight the increasing role of ultrasound in its diagnosis.*

## Puntos destacados

- ▷ El bocio multinodular es una causa a tener en cuenta de trombosis venosa profunda (TVP) y tromboflebitis en miembros superiores y cuello.
- ▷ El diagnóstico inicial se realiza con prueba no invasiva como ecografía, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN) y el tratamiento inicial es la anticoagulación, como mínimo 3 meses.

La trombosis de vena yugular externa (VYE) es mucho más rara que la interna (VYI) y se relaciona con traumatismo, cateterización venosa central, administración de drogas endovenosas, infecciones y compresión extrínseca por tumores<sup>6</sup>. En el caso de afectación de VYI se conoce como síndrome de Lemierre, sin embargo, aunque poco descrito en la literatura, puede haber afectación de otros vasos como la VYE o arteria carótida<sup>7</sup>.

## Introducción

El bocio multinodular es una patología común con una prevalencia de 0,7 por cada 1000 habitantes<sup>1</sup>. Los síntomas más comunes suelen relacionarse con su crecimiento (compresión de estructuras) o con la actividad hormonal (ansiedad, palpitaciones y temblores)<sup>1</sup>.

La trombosis venosa profunda (TVP) de extremidades superiores es una entidad rara que corresponde del 4 % al 10 % de todas las TVP. Engloba a la trombosis de cualquier vena de la extremidad superior, incluyendo las venas radial, cubital, braquial, axilar, subclavia, braquiocefálica y yugulares<sup>2-5</sup>.

Puede ser de causa primaria (trombofilias, anomalías anatómicas, etc.) o de causa secundaria (catéteres, manipulación, cáncer, traumatismos, cirugía, etc.)<sup>2,3</sup>.

La compresión de estructuras venosas por bocio benigno creciente que condiciona estasis y trombosis es muy poco frecuente y hay solamente algunos casos descritos en la literatura<sup>1</sup>. Clínicamente cursa con dolor, aumento de tamaño de la zona afectada, cianosis y edema<sup>2,3</sup>.

El *gold standard* del diagnóstico es la venografía por catéter y habitualmente se hace después de un estudio no invasivo como la venografía por resonancia magnética o por tomografía computarizada (TC) contrastada. La primera consigue una mejor evaluación intraluminal, así como compresión extrínseca de venas centrales, pudiendo además diferenciar procesos crónicos de agudos; y la segunda sirve para el diagnóstico de cualquier causa de compresión extrínseca, sin embargo, usa radiación ionizante que es perjudicial para el paciente<sup>2,3</sup>. Otra opción más inocua disponible y menos costosa es la ecografía, con una sensibilidad y una especificidad del más del 80%<sup>2,3</sup>.

En relación al manejo terapéutico, se suele extrapolar el manejo de las TVP de miembros inferiores a las de miembros superiores<sup>2,3</sup>. El pilar del tratamiento suele ser la anticoagulación durante un mínimo de 3 meses (independientemente de si se ha realizado trombólisis) sin descartar procesos quirúrgicos, sin embargo, el manejo no está aún consensuado<sup>2,3</sup>. Según recomendaciones de la ACCP 2016<sup>8</sup>, la trombólisis estaría indicada en pacientes con síntomas severos, trombos agudos que envuelvan las venas subclavia y axilar, y en pacientes con una buena situación basal sociofuncional; con expectativa de vida superior a un año y bajo riesgo de sangrado<sup>2,3,8</sup>.

## Caso clínico

### Antecedentes y enfermedad actual

Presentamos el caso de una paciente de 80 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3A, hipertiroidismo subclínico con bocio multinodular en tratamiento con tiamazol 15 mg diarios desde diciembre de 2022, temblor esencial, déficit de folatos, hipoacusia moderada-severa, y depresión e intervención en 2023 por meningioma frontal parasagital izquierdo (en tratamiento con levetiracetam 1000 mg dos veces al día).

Como resto de tratamiento habitual constaba: sertralina 50 mg al día, losartán/hidroclorotiazida 50 mg/12,5 mg al día, hidróxido de magnesio, omeprazol 20 mg al día, quetiapina 50 mg tres veces al día.

La paciente consultó en el servicio de Urgencias por aparición de un cordón doloroso en zona lateral cervical izquierda (**figura 1**) que había sido tratado con amoxicilina sin mejoría.



**Figura 1.** Aumento de temperatura, eritema y aumento de volumen en región lateral izquierda del cuello de la paciente.

### Exploración física

Tensión arterial normal, sin taquicardia, saturación de oxígeno del 97 % y afebril; peso 57 kg, talla 158 cm, IMC 22,8. Destacaba bultoma en región antero-cervical compatible con bocio. En territorio yugular izquierdo se palpaba cordón indurado doloroso con aumento de temperatura y eritema (**figura 1**) y en territorio yugular derecho destacaba aumento de tamaño sin aumento de temperatura, induración ni dolor; ambos territorios sin presencia de soplos. A nivel de miembros superiores no destacaba ninguna alteración visible.

### Pruebas complementarias

Se realizó analítica con hemograma, ionograma y coagulación normales, función renal sin cambios y muy discreta elevación de proteína C reactiva (PCR) (32 mg/L, normal hasta 15 mg/L). (No disponemos de valor de dímero D). Se realizó una TC de cuello con contraste que evidenciaba hipodensidad con realce de la pared de la VYE izquierda con cambios inflamatorios adyacentes y trombosis de la vena subclavia izquierda, y gran bocio multinodular macronodular con predominio del lóbulo tiroideo izquierdo (**figura 2**).



**Figura 1.** TC de cuello con contraste donde se evidencian cambios inflamatorios a nivel de la vena yugular externa izquierda (flecha roja) y gran bocio multinodular.

### Evolución

Ingresó en Medicina Interna y se inició anticoagulación con bemparina 5000 UI al día y antibioterapia empírica (amoxicilina/ácido clavulánico 825/125 mg) durante 15 días. La paciente presentó muy buena evolución clínica con remisión casi completa de los signos flogóticos en cuello.

Se realizó nueva analítica que mostraba normalización de la PCR y datos de hipotiroidismo (TSH 11,6 mU/L [normal: 0,3-4,5 mU/L], FT4 10,1 pmol/L [normal: 9,1-25 pmol/L]). Se solicitó valoración por el servicio de Endocrinología y se inició tratamiento sustitutivo con levotiroxina y suspensión de tiamazol. Se completó estudio con TC toraco-abdomino-pélvico que descartaba patología neoplásica y donde se evidenciaba TVP yugular interna, subclavia, axilar y braquial izquierdas. Por todo lo anterior, se orientó como TVP de extremidad superior izquierda con tromboflebitis yugular externa izquierda en contexto de compresión extrínseca por bocio gigante. Tras valoración por Cirugía General se decidió manejo conservador y se descartó intervención quirúrgica.

## Diagnóstico

Tromboflebitis de VYE izquierda y trombosis venosa profunda séptica de yugular interna, subclavia, axilar y braquial izquierdas en contexto de compresión extrínseca por gran bocio multinodular.

## Discusión

La trombosis de la extremidad superior es una entidad rara que en la mayoría de los casos se explica por algún antecedente de instrumentalización o dispositivo venoso<sup>2,3</sup>. En nuestro caso el desencadenante de la trombosis fue la compresión extrínseca de las estructuras venosas por el aumento de tamaño de la tiroidea por el bocio multinodular. Se han descrito casos de TVP de extremidad superior en contexto de masajes de cuello profundos y por bocio benigno<sup>1,6</sup>. La clínica presentada (**figura 2**) se explica por la tromboflebitis séptica de la VYE izquierda, probablemente en el contexto de la trombosis por compresión.

El diagnóstico se podría haber realizado mediante ecografía<sup>2,3</sup>, sin embargo, no estaba disponible y se realizó TC de cuello con contraste.

Respecto al manejo de la TVP y tromboflebitis<sup>8</sup>, dada las comorbilidades y fragilidad de la paciente, se optó por un manejo conservador con anticoagulación, inicialmente bemiparina 5000 UI al día y posteriormente anticoagulante oral (dabigatrán 150 mg/12 h) que mantiene de manera indefinida dado la persistencia del factor causante. Respecto al bocio, se realizó manejo conservador con tratamiento médico (levotiroxina). Todavía hay mucha discusión respecto al tratamiento de esta patología por lo que son necesarios más estudios para poder recomendar un tratamiento óptimo<sup>2,3</sup>.

## Conclusiones

Este caso clínico describe una complicación poco frecuente de la compresión extrínseca de estructuras por bocio<sup>1,6</sup>. Hay que pensar en ello en pacientes que presenten cuadro compatible de TVP y tromboflebitis de cuello y miembro superior. En el ámbito de urgencias y medicina interna, la ecografía juega un papel fundamental que puede evitar radiaciones innecesarias para realizar el diagnóstico<sup>2,3</sup> aunque en nuestro caso no fuera usado. En relación al manejo terapéutico, según las guías de práctica clínica ACCP 2016, deben realizarse más estudios, pero la recomendación actual es individualizar el manejo según comorbilidades y factores de riesgo de cada paciente.

## Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

## Bibliografía

1. Van Hauten PM, Bleumink GS, Hovens MM, Rijnders TA, Ekhart R. Unexpected complication of a multinodular goitre. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2016; 3(2): 000363. doi: [https://doi.org/10.12890/2016\\_000363](https://doi.org/10.12890/2016_000363) (último acceso jun. 2025).
2. Koethe Y, Bochnakova T, Kaufman CS. Upper extremity deep venous thrombosis: etiologies, diagnosis, and updates in therapeutic strategies. *Semin Intervent Radiol*. 2022; 39(5): 475-82. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1757937> (último acceso jun. 2025).
3. Leung P, Lui B, Wang J, Ho P, Lim HY. A 12-year review of upper extremity deep vein thrombosis—are they the same as lower extremity deep vein thrombosis? *J Clin Med*. 2024; 13(21): 6440. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm13216440> (último acceso jun. 2025).
4. Isma N, Svensson PJ, Gottsäter A, Lindblad B. Upper extremity deep venous thrombosis in the population-based Malmö thrombophilia study (MATS). Epidemiology, risk factors, recurrence risk, and mortality. *Thromb Res*. 2010; 125(06): e335–e338 2. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2010.03.005> (último acceso jun. 2025).
5. Engelberger RP, Kucher N. Management of deep vein thrombosis of the upper extremity. *Circulation* 2012; 126(06): 768–73. doi: <https://doi.org/10.1161/circulationaha.111.051276> (último acceso jun. 2025).
6. Raju S, Byrne J. External jugular vein thrombosis secondary to deep tissue neck massage. *J Vasc Surg Cases Innov Tech*. 2017; 3(3): 146-48. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvscit.2017.05.002> (último acceso jun. 2025).
7. Meyer García-Sípido E, Puente Domínguez T, Sanz Sanz CL, Fuentes Ponte M, Chamorro Borraz N, Rebollo Ferreiro J. Síndrome de Lemierre asociado a trombosis de vena yugular externa derecha. *Med Intensiva*. 2013; 37(2): 120-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2012.05.004> (último acceso jun. 2025).
8. Kearon C, Akl EA, Ornella J, Blaivas A, Jiménez D, Bounameaux H, et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest*. 2016; 149(2): 315-52. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2015.11.026> (último acceso jun. 2025).