

Síndrome de Lemierre

Lemierre's Syndrome

Autores: Saraguro Byron¹, Obando Edgar², Mafla Patricio², Salazar Marco³

¹Médico Neumólogo Hospital General Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Babahoyo - Ecuador

²Médico Radiólogo Hospital Metropolitano; Quito-Ecuador

³Cirujano torácico del Hospital Metropolitano de Quito, Ecuador

Descripción del caso

Paciente masculino de 32 años de edad sin comorbilidades, acude a servicio de urgencias con cuadro clínico caracterizado por dolor en región cervical anterior, tos con expectoración de color marrón de mal olor y dolor torácico. Refiere como antecedente, diagnóstico de faringoamigdalitis hace un mes, para el cual recibió tratamiento antibiótico intramuscular que no especifica. Al examen físico presenta masa palpable a nivel de región cervical anterior, dolor a la palpación torácica en séptimo espacio intercostal izquierdo. A la auscultación frote pericárdico, murmullo vesicular bilateral disminuido y frote pleural. Los estudios de laboratorio demostraron leucocitosis (17230 k/ul), neutrofilia (79,25%), anemia leve (Hb 11 g/dl, Hcto 35,5%). La tomografía computarizada contrastada de tórax, demostró presencia de edema y líquido en los tejidos blandos superficiales anteriores infrahioides del cuello por encima de la horquilla esternal, y, en la fase contrastada trombosis de la vena yugular interna izquierda (**flecha Figura 1**). A nivel de tórax ensanchamiento de mediastino anterior con edema difuso de la grasa mediastinal, líquido tabicado y varias colecciones de aspecto inflamatorio, hacia el lado derecho colección con aire interno de 2,2 cm y otra en el borde izquierdo adyacente a la ventana aortopulmonar de mayor tamaño que mide 5,2 × 3,5 cm de similares características (**Figura 2**), además, infiltrado parenquimatoso adyacente en bases pulmonares bilaterales con broncograma aéreo (**Figura 3**).

El paciente fue sometido a mediastinotomía donde se realizó drenaje de abscesos, exéresis de timo, grasa pleuropericárdica, pleura parietal derecha e izquierda y masa mediastínica. Los hallazgos histopatológicos demostraron absceso de partes blandas de mediastino anterior, constituido por tejido fibroadiposo con ocasionales focos de hemorragia e infiltrado inflamatorio mixto, necrosis acompañados de células gigantes multinucleadas.

Se administró durante hospitalización antibioticoterapia intravenosa (meropenem). Los cultivos de muestras quirúrgicas fueron negativos. El paciente fue dado de alta sin complicaciones con adecuada evolución de cuadro clínico y controles periódicos ambulatorios.

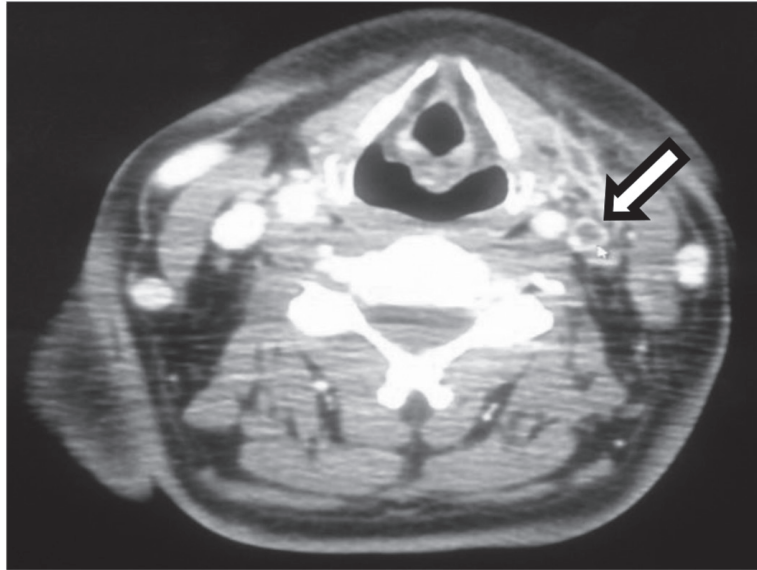


Figura 1. Corte axial de cuello en fase contrastada donde se evidencia trombosis de la vena yugular interna izquierda (flecha).

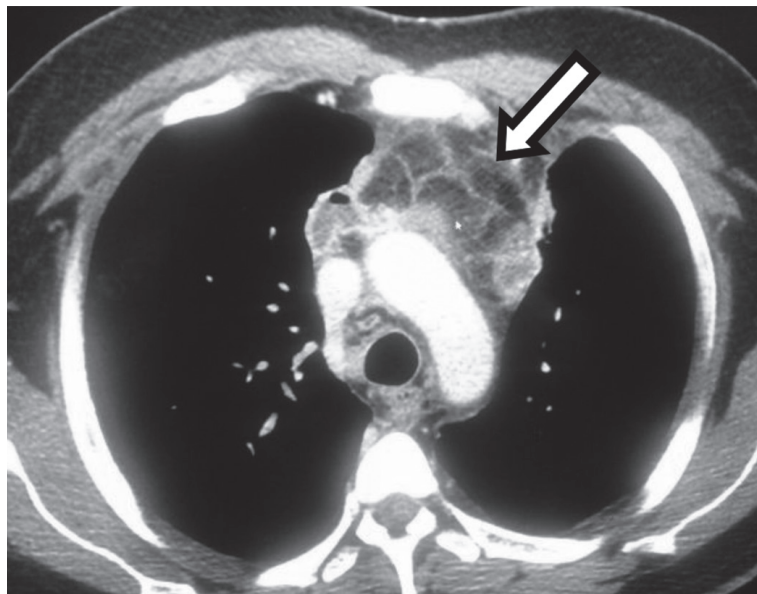


Figura 2. Tomografía de tórax corte axial. Ensanchamiento de mediastino anterior con edema difuso de la grasa mediastinal, líquido tabicado y varias colecciones de aspecto inflamatorio.

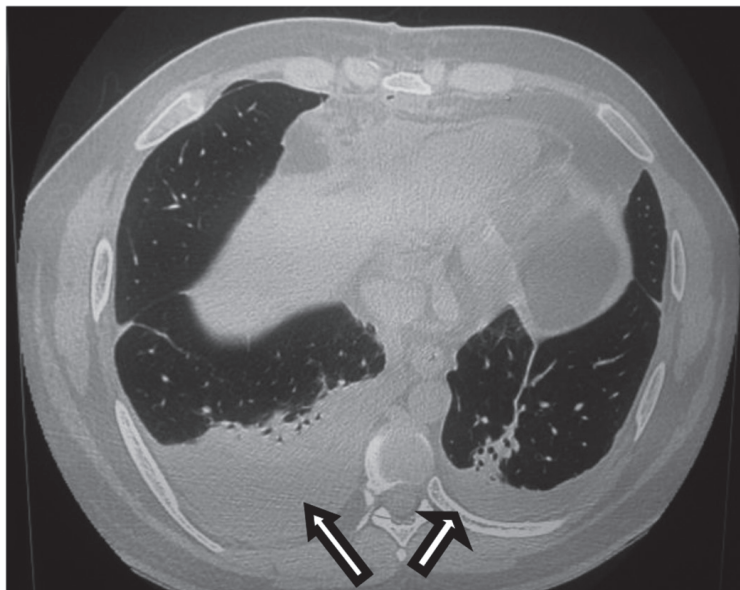


Figura 3. Tomografía de tórax corte axial. Infiltrado parenquimatoso basal bilateral con presencia de broncograma aéreo.

Discusión

El síndrome de Lemierre, conocido también como sepsis post anginal, enfermedad olvidada o necrobacilosis, es una patología poco frecuente, pero potencialmente letal de la cabeza y el cuello. Su incidencia oscila entre 0,6 a 2,3 casos por millón de personas/año, con mayor prevalencia en hombres, pacientes jóvenes, y adultos sanos. Fue descrita por André Lemierre en una serie de veinte casos publicados en *The Lancet* en 1936¹.

Tiene como antecedente un episodio previo de faringitis, seguido de fiebre, tromboflebitis de la vena yugular interna, trombos sépticos a distancia principalmente a pulmones (80%-100%), articulaciones (13%-27%), piel y tejidos blandos (5%-16%), hueso (0%-9%), meninges (0%-3%), hígado, bazo, riñones y sistema nervioso central².

El patógeno causal más frecuente es *Fusobacterium necrophorum*, una bacteria Gram negativa anaerobia estricta, que forma parte de la flora normal de la orofaringe, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino. Está presente en el 81% de los casos, a pesar que en el 12% de los casos los hemocultivos son negativos. Otros microorganismos implicados son bacteroides como *Streptococo del grupo B* y *C*, *estreptococos orales*, *enterococos*, *Candida*, *Peptostreptococcus*, *Eikenella corrodens*, *Porphyromonas asaccharolytica*, *Staphylococcus epidermitis* y *Proteus mirabilis*³.

El cuadro clínico se caracteriza por fiebre y odinofagia de varios días de evolución (aproximadamente 1 semana), tras el antecedente de una faringitis aparentemente resuelta. En el 87% de los casos las tonsilas palatinas y el tejido peritonsilar son el sitio de infección primaria, otros focos infecciosos iniciales descritos son otitis media aguda, infecciones de origen dental, mastoiditis, sinusitis.

En una segunda fase, existe invasión por parte de anaerobios orales del espacio peritonsilar, y propagación de la infección al espacio faríngeo lateral adyacente, el cual contiene la vena yugular interna ocasionando tromboflebitis séptica de la misma, principalmente por vía linfática, pero, también puede ser por invasión directa o perivascolar.

En la zona cervical afectada, los pacientes presentan dolor y edema ipsilateral del cuello, por induración del ángulo mandibular a lo largo del músculo esternocleidomastoideo, y, una minoría puede presentar trismus, disfagia, parálisis del músculo trapecio, síndrome de Horner y rotura carotídea.

El tercer estadio es la infección metastásica, produciéndose bacteriemia y extensión hematogena hacia otros lugares.

El sitio más común de embolización séptica es el pulmón, traducándose radiológicamente como infiltrados localizados o difusos bilaterales, derrame pleural, cavitaciones, nódulos difusos, empiemas, abscesos pulmonares, neumotórax, ocasionando frecuentemente fracaso respiratorio agudo.

El tratamiento debe instaurarse tras la sospecha clínica, sin esperar confirmación microbiológica, dirigida a anaerobios, estafilococo y estreptococo. Las penicilinas, cefalosporinas, clindamicina, metronidazol, cloranfenicol y tetraciclinas tienen eficacia contra las especies de *fusobacterium* durante períodos prolongados (2-6 semanas)³.

La anticoagulación está usualmente reservada para casos de propagación retrógrada de trombos, aunque esta medida aún es controvertida por la mayoría de autores. Se requiere promover investigaciones para establecer evidencia para consensos en el manejo antitrombótico de infecciones de cabeza y cuello con secuelas trombóticas.

La ligadura de la vena yugular interna es raramente requerida, aunque podría ayudar a prevenir el embolismo en la diseminación de la infección a pesar de terapia médica apropiada, y debería considerarse en pacientes con sepsis persistente de mal control y evidencia de embolias sépticas⁴. La cirugía está indicada para drenaje y limpieza de colecciones purulentas como artritis, empiemas o abscesos de tejidos blandos^{3,5}.

Conclusión

El síndrome de Lemierre es una patología poco frecuente, que puede complicar la evolución de una infección orofaríngea, incluso correctamente tratada. Se debe dar énfasis en el reconocimiento de los hallazgos radiológicos, en especial, en el contexto de un paciente joven, sin déficit inmunitario, ni otros factores de riesgo predisponentes, que cursa con trombosis de la vena yugular interna y manifestaciones clínicas de embolias sépticas a distancia. El diagnóstico y tratamiento antibiótico oportuno de pacientes con sospecha clínica constituyen un factor importante para disminuir la morbimortalidad.

Conflictos de interés: Los autores no presentan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Ouellette L, Barnes M, Flannigan M, et al. Lemierre's syndrome: A forgotten complication of acute pharyngitis. *Am J Emerg Med.* 2019; 37: 992-3.
2. Ungprasert P, Srilavi N. Diagnosis and treatment of Lemierre syndrome. *Am J Emerg Med* 2015; 33: 1319.
3. Stevens D, Bryant A. Necrotizing Soft-Tissue Infections. *N Engl J Med.* 2017; 377: 2253-65.
4. Kubota M, Daidoji H, Takaya N, Tokunaga K, Sonoo T, Nakamura K. Efficacy of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for Lemierre's syndrome. *Am J Emerg Med.* 2016; 34(10): 2059.e3-2059.e5
5. Jin H, Antunha C, de Paula R, Caminha J, Macoto E. Lemierre syndrome: a rare complication of pharyngotonsillitis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015; 81: 568-70.