

SÍNDROME DE LEMIERRE, UNA PATOLOGÍA RARA Y POTENCIALMENTE MORTAL

REPORTE DE UN CASO

AUTORES: APARICIO-PERALTA, MAGÍN; PECCHIO, MAYDELIN

MÉDICO REDISENTE DE MEDICINA INTERNA; MEDICINA INTERNA-INFECTOLOGÍA HOSPITAL GUSTAVO NELSON COLLADO, HERRERA, PANAMÁ

Correo: magin_0693@hotmail.com

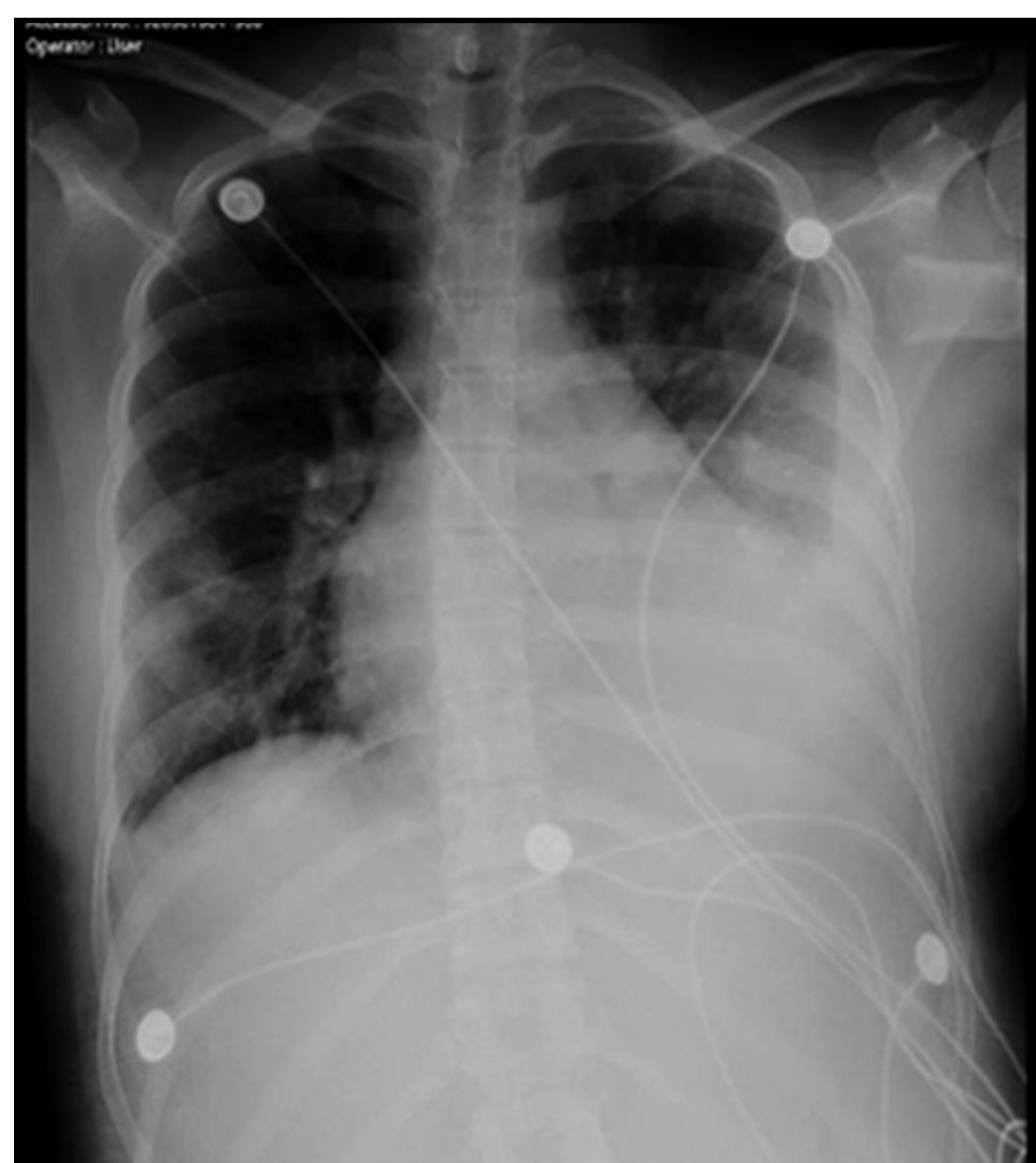
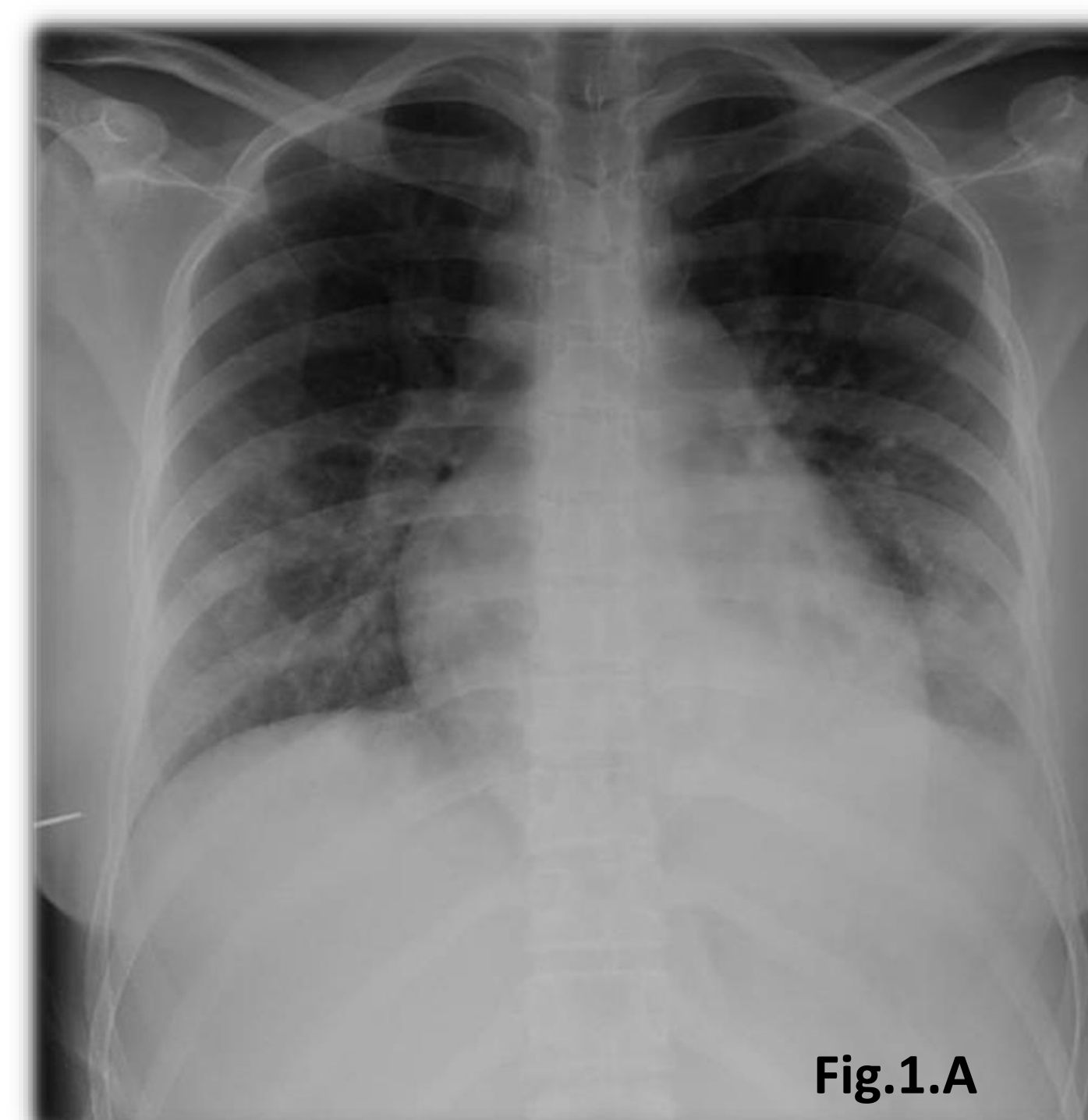
Introducción

El síndrome de Lemierre es una rara complicación de infecciones bacterianas orofaríngeas, caracterizado por trombosis venosa de vasos locales y émbolos sépticos. La etiología más común son los anaerobios Gram negativos *Fusobacterium spp.* es común en jóvenes sanos, que se puede encontrar dentro de la flora normal del tracto respiratorio superior. Se desarrolla en 2 etapas: la primera con una historia de faringitis aguda con posterior absceso tonsilar unilateral y la segunda con hallazgos días posteriores, de dolor cervical unilateral (debido a una tromboflebitis de vena yugular interna), con probable bacteriemia y signos de shock.

Caso clínico

Femenina de 23 años, previamente sana, con historia de escalofríos, fiebre n/c intermitente sin predominio de horario asociado a cervicalgia, lumbalgia intensidad 5/10 sin irradiaciones de 1 semana de evolución por lo que acude a cuarto de urgencias donde se le administró antipiréticos, sin mejoría y posterior aparición de odinofagia, disnea de moderados a mínimos esfuerzos de 3 días de evolución por lo que reconsulta al cuarto de urgencias. A su llegada alerta, consciente, PA 100/60 FC 110 FR 30 T 38°C Sat 97% MFR 10 L/min. Normocéfala. Pupilas isométricas reactivas a la luz. Mucosa oral deshidratada sin lesiones, faringe con hiperemia sin exudados, cuello cilíndrico con dolor a la palpación. Tórax con tiraje costal, Pulmones con hipofonía basal y crépitos bilaterales, corazón taquiarritmico, abdomen con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, hepatoesplenomegalia. Laboratorios primera consulta: WBC 6.52 %N 94.3 %L 5.3 Hb 12, PLT 70 000. Glucosa 105, Na+129, K+3.16. GSA de ingreso con alcalosis respiratoria compensada. Un día después WBC 11.45 %N 90.5 %L 5.3 Hb 10.6, PLT 27 000, Glucosa 99, creat 1.88 BUN 55, Na+132, K+2.94, BT 1.79, BI 0.66, BD 1.13.

A su ingreso presenta Rx tórax AP con infiltrado alveolares bilateral con efusión pleural izquierda (Fig.1.A) Requirió transfusión de plaquetas y 2 UGRE, vasopresores. Posteriormente se realiza toracocentesis con datos de líquido pleural purulento, con criterios de Light's positivo para exudado (derrame pleural paraneumónico complicado) y se coloca drenaje pleural izquierdo (900 ml en las primeras 24 h). (Fig. 1B,1C)

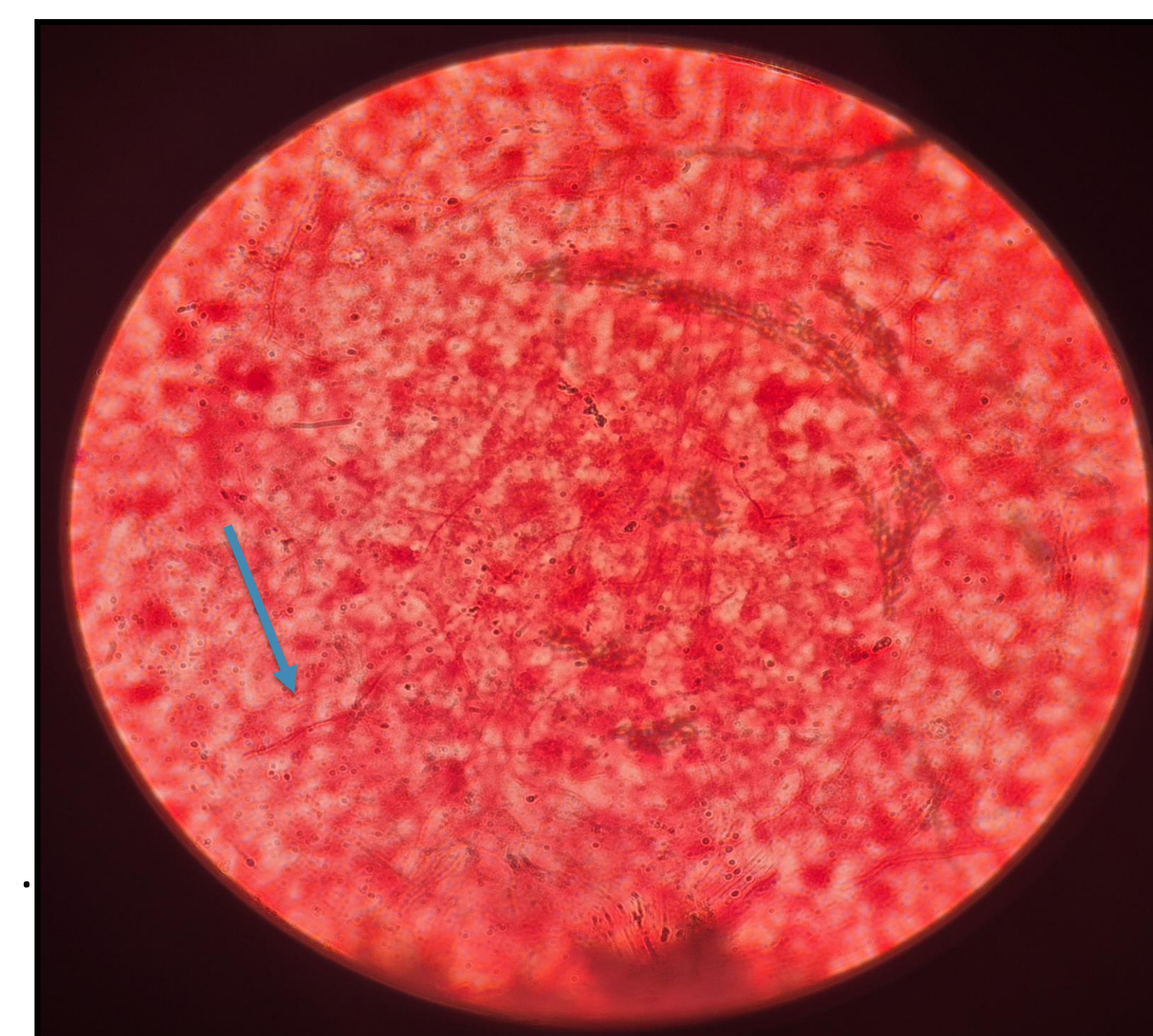
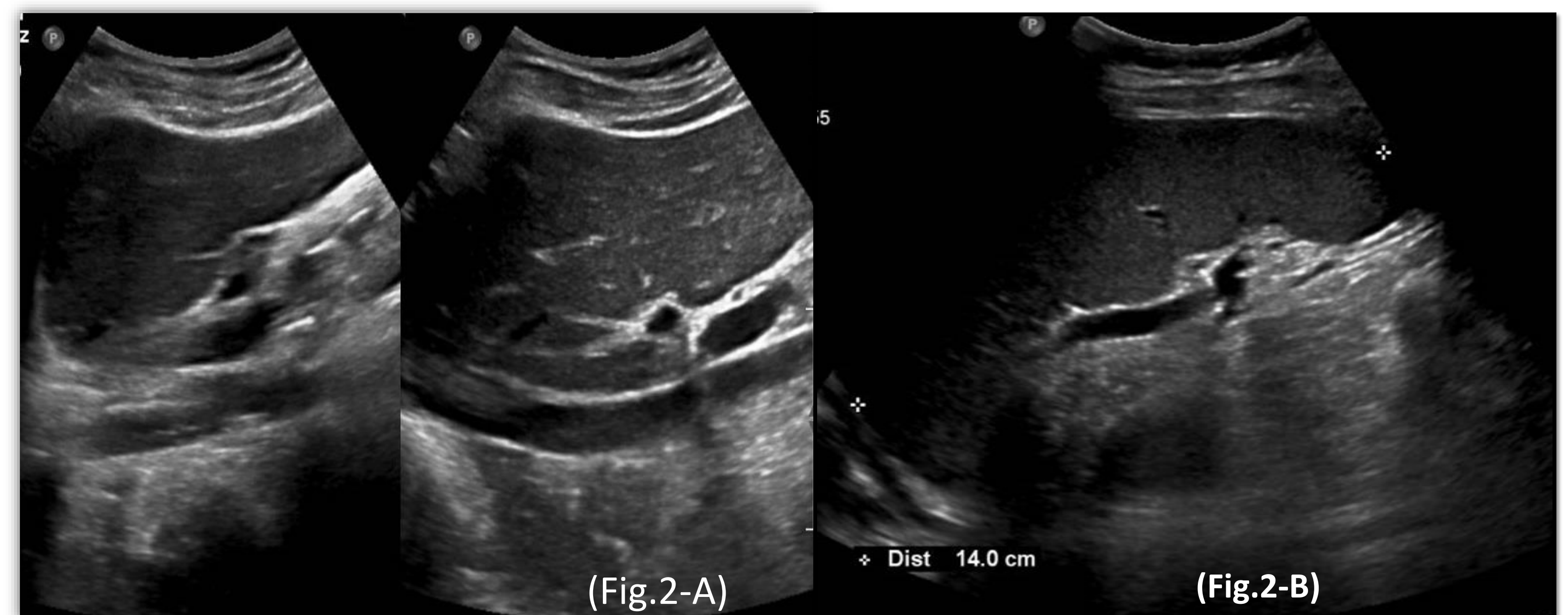


(Fig. 1B)



Fig.1C

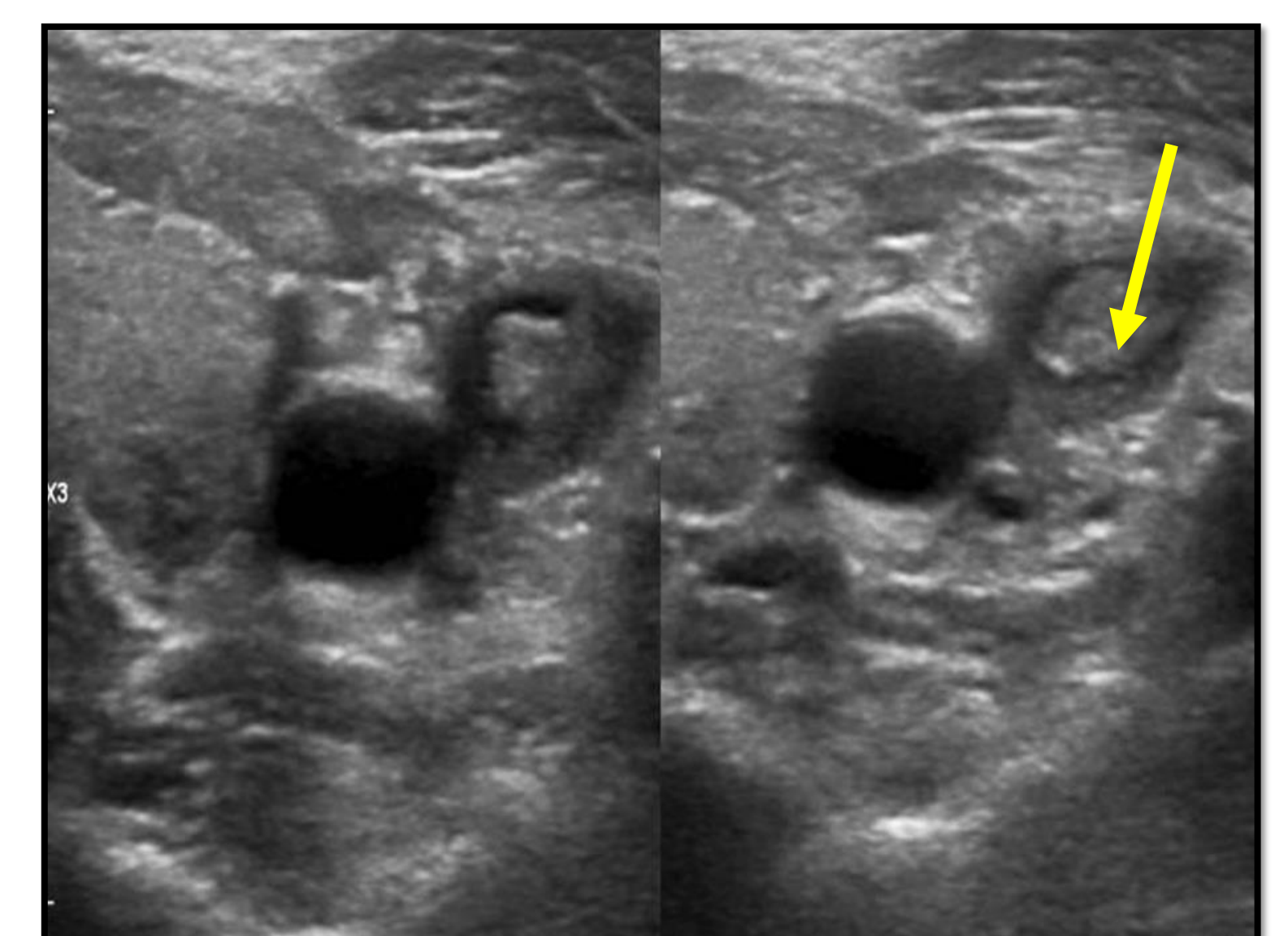
Se realiza USG abdominal (Fig.2) que informa un hígado de contornos y ecogenicidad conservada, sin lesiones focales, aumento de su volumen midiendo 17.4 cm a nivel del lóbulo hepático derecho (Fig.2-A). El bazo (Fig.2-B). aumentado de tamaño, midiendo 14 cm en su eje longitudinal (Hepatoesplenomegalia).



Se informa crecimiento de bacilos G(-) en cultivo de líquido pleural tipificado por *Fusobacterium necrophorum* (flecha azul) y hemocultivos negativos, cobertura antibiótica con meropenem y metronidazol. Se programa CT TAP contrastada (Fig.3) que informa derrame pleural bilateral, del lado izquierdo impresiona loculado y asociado a empiema residual, imágenes nodulares pulmonares de predominio periféricos bilateral y con tendencia a la confluencia en bases pulmonares que sugieren múltiples focos neumónicos, hepatoesplenomegalia. Ante sospecha de síndrome de Lemierre se realiza Doppler carotideo que informa trombosis de vena yugular interna izquierda (Fig.4)



(Fig.3) CT TAP contrastado, corte axial



(Fig.4) Ecografía del cuello, flecha amarilla trombosis vena yugular interna izquierda.

Discusión

La afección es una complicación potencialmente mortal de la faringitis aguda que puede conducir a la formación de émbolos sépticos a través de la tromboflebitis del IJV. Los pacientes acuden al hospital con un malestar agudo con sepsis y algunos pueden presentar lesiones sépticas metastásicas en los órganos terminales. El pulmón es el lugar más común de embolo séptico, ocasionando muchas veces neumonía, absceso pulmonar o ARDS. *F. necrophorum* es el agente causal clásico. La tomografía computarizada con contraste generalmente se considera el estándar de oro para el diagnóstico. El manejo del síndrome de Lemierre requiere un enfoque de equipo multidisciplinario. Pueden participar varios equipos, incluidos microbiólogos, otorrinolaringólogos, radiólogos, intensivistas, hematólogos y especialistas médicos. Aunque la atención debe ser individualizada, los principios generales de la gestión se mantienen. Los antibióticos son el pilar del tratamiento con betalactámicos o carbapenémicos en combinación con metronidazol que se prescriben comúnmente.

Bibliografía

Lee WS, Jean SS, Chen FL, Hsieh SM, Hsueh PR. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2020 Aug;53(4):513–7.

Tiwari A. Lemierre's Syndrome in the 21st Century: A Literature Review. Cureus [Internet]. 2023 Aug 18 [cited 2024 Aug 16]; Available from: <https://www.cureus.com/articles/170233-lemierres-syndrome-in-the-21st-century-a-literature-review>

Gore MR. Lemierre Syndrome: A Meta-analysis. Int Arch Otorhinolaryngol. 2020 Jul;24(03):e379–85.