

<b>Caso</b>	(772) Síndrome de Lemierre, ¿existe!
<b>Autores</b>	Carla Miró Ballesté, Raquel Mitjana Penella, Renato Silva Drummond, Kyong Bok Rodríguez Rausis, Eugènia Saureu Rufach, Javier Díez García
<b>Centro</b>	Hospital Universitari Arnau De Vilanova (lleida)

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 44 años, con antecedente de alergia al contraste iodado, que consulta por odinodisfagia y fiebre de hasta 38.5°C de 6 días de evolución. Se trató inicialmente con amoxicilina-clavulánico 500/125 mg, requiriendo un aumento de dosis por ausencia de mejoría, y aún así presentando empeoramiento clínico progresivo.

A la exploración física destaca una importante tumefacción mandibular derecha con extensión a región cervical anterior y trismus leve.

Se explora la orofaringe, objetivando restos purulentos intraorales, edema de la pared faríngea izquierda y salida de material purulento posterior a la amígdala derecha.

La analítica sanguínea muestra elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia.

Previa administración de medicación profiláctica para alergia a contrastes yodados, se realiza estudio TC cérvico-torácico con contraste intravenoso, con adquisición de imágenes en fase portal (hallazgos descritos en el pie de imagen).

Ante los hallazgos de infección orofaríngea con absceso asociado y trombosis de la vena yugular interna, se sospecha síndrome de Lemierre.

Se realiza drenaje del absceso, identificando *Streptococcus anginosus* en el cultivo del mismo.

El paciente presenta buena evolución clínica y, al cabo de dos días, se realiza un control mediante TC donde se evidencia mejoría radiológica.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Lemierre es una entidad poco común, pero potencialmente mortal, que consiste en una tromboflebitis de la vena yugular interna en el contexto de una infección orofaríngea, con o sin formación de absceso. Es frecuente la bacteriemia y formación de émbolos sépticos con afectación de órganos distantes, siendo los más frecuentemente afectados los pulmones.

Con los tratamientos antibióticos actuales, la incidencia de esta entidad ha disminuido mucho, aunque hay que tenerla presente en la práctica diaria.

Normalmente afecta a pacientes jóvenes, previamente sanos, que presentan un cuadro de larga evolución de faringitis con empeoramiento progresivo y aparición de clínica de mayor gravedad, como sepsis o neumonía.

Es muy importante su diagnóstico precoz mediante estudios de imagen, para poder proporcionar un tratamiento de forma temprana y reducir así la morbi-mortalidad.

La técnica de elección es la TC con contraste intravenoso, que nos permite detectar el defecto de repleción endoluminal en la vena yugular interna, indicativo de trombosis, y también identificar el foco de infección orofaríngeo, determinando si existen colecciones drenables. Además, en caso de sospecha clínica, se debe determinar si existen embolismos sépticos a distancia, principalmente pulmonares.

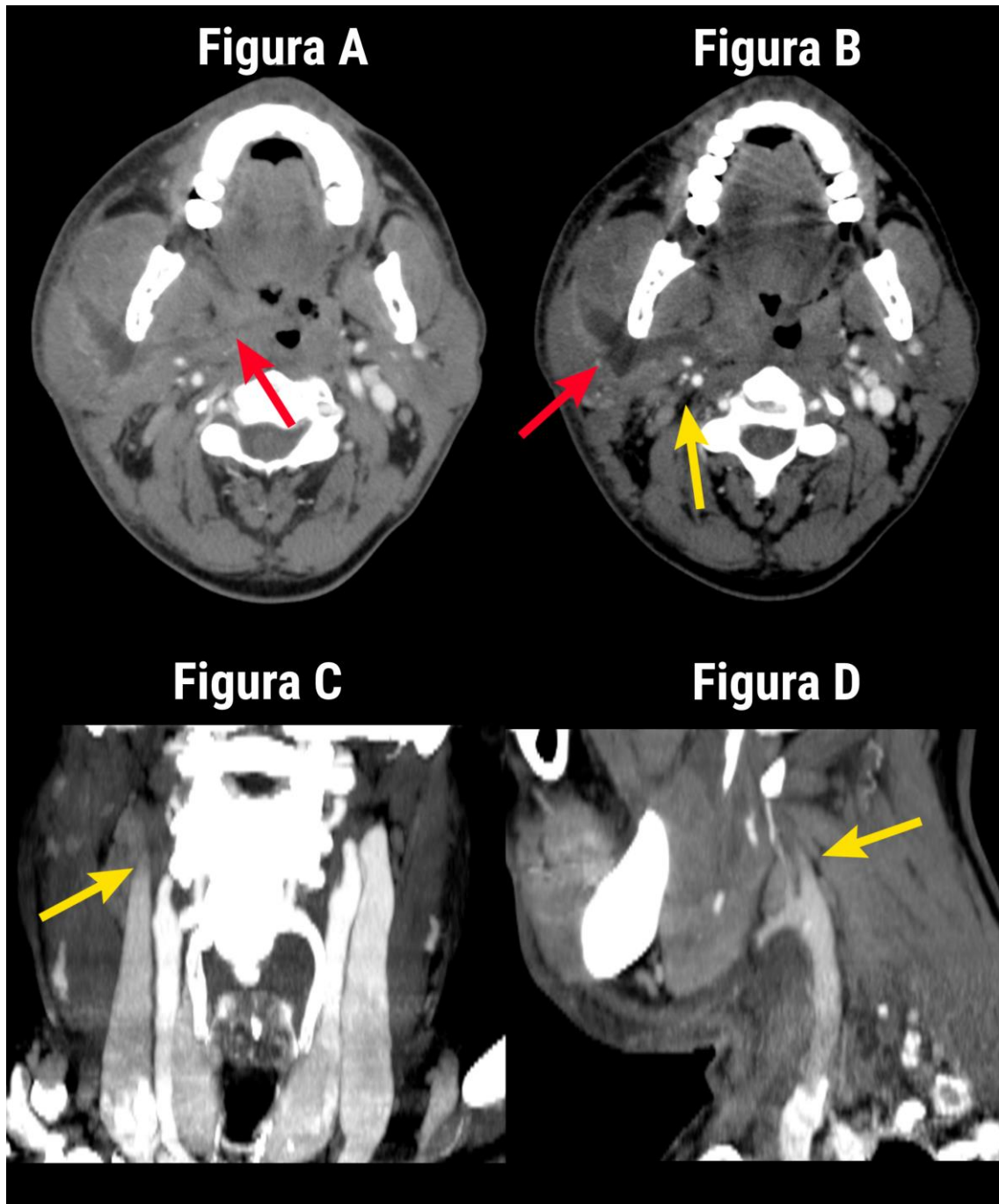
El diagnóstico de confirmación se realiza mediante la identificación de la trombosis de la vena yugular interna en estudios de imagen juntamente con la presencia de bacterias anaerobias en el hemocultivo o cultivo del absceso si está presente.

El tratamiento consiste en la administración de tratamiento antibiótico, inicialmente de amplio espectro y posteriormente dirigido según los resultados de los cultivos, drenaje de las colecciones si existen, y en algunos casos tratamiento anticoagulante.

## **CONCLUSIÓN**

El síndrome de Lemierre debe sospecharse ante un paciente joven, sano previamente, con síntomas de faringitis de larga evolución, con empeoramiento progresivo y/o aparición de clínica de sepsis, neumonía o dolor cervical atípico.

La prueba de imagen de elección es la TC con contraste intravenoso, tanto para la detección de la tromboflebitis de la vena yugular interna como para la identificación del foco de infección, así como para valorar si existen colecciones tributarias de drenaje.



*TC cérvico-torácico con contraste intravenoso y adquisición en fase venosa, mostrando cortes axiales (fig. A y B), corte coronal (fig. C) y corte sagital (fig. D) de la región cervical. Se observa un aumento de partes blandas en la región amigdalara derecha, con trayecto fistuloso que se dirige hacia la región retromandibular homolateral (flecha roja, fig. A), donde se objetiva una colección cuyo epicentro se ubica en el espacio parotídeo derecho, de 48x43x15 mm (flecha roja, fig. B). Se asocia a miositis de los músculos del espacio masticador y celulitis cervical bilateral. Además, se observa un defecto de repleción endoluminal en el segmento proximal de la vena yugular interna derecha, sugestivo de trombosis de la misma (flechas amarillas, fig. B, C y D). Más caudalmente la vena está permeable pero más colapsada respecto a la contralateral. No se observa afectación pulmonar en los cortes torácicos incluidos en la exploración. Ante los hallazgos de infección orofaríngea con absceso asociado y trombosis de la vena yugular interna, se sospecha síndrome de Lemierre.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Eilbert and Singla: Lemierre's syndrome. International Journal of Emergency Medicine 2013 6:40. DOI: 10.1186/1865-1380-6-40

Beulah Jasmine Rao and 2 R Sree Raja Kumar. Lemierre's Syndrome: Forgotten disease. IJARN. Volume 2; Issue 1; Jan-Jun 2019; Page No. 21-23

Bo Yeon Kim<sup>1</sup>, Dae Young Yoon<sup>1</sup>, Hyeong Chul Kim<sup>2</sup>, Eun Soo Kim<sup>3</sup>, Sora Baek<sup>4</sup>, Kyoung Ja Lim<sup>1</sup>, Young Lan Seo<sup>1</sup>, Eun Joo Yun<sup>1</sup>, Chul Soon Choi<sup>1</sup> and Sang Hoon Bae. Thrombophlebitis of the internal jugular vein (Lemierre syndrome): clinical and CT findings. Acta Radiologica 2013; 54: 622-627. DOI: 10.1177/0284185113481019