



Caso Clínico

Síndrome de Lemierre o tromboflebitis séptica de vena yugular interna tras extracción dentaria

Lemierre syndrome or septic thrombophlebitis of internal jugular vein after dental extraction

Silvia Maqueda Ara, Marcos del Barrio Fernández, Luis Suárez González, Cristina Nogal Arias, Andrés Zorita Calvo

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Asistencial Universitario de León. León

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lemierre, también denominado "sepsis posangina", es una complicación inusual secundaria a un proceso infeccioso orofaríngeo que se caracteriza por una tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia, entre las que las pulmonares son las más habituales (1).

Fue descrito por primera vez en 1936, cuando en ausencia de los antibióticos actuales cursaba con una alta mortalidad. Actualmente se trata de una complicación rara pero no excepcional, dada la creciente aparición de resistencias a los beta-lactámicos, que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, aunque tiene un segundo pico de incidencia en ancianos (1,2).

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acudió a Urgencias por cuadro de mal estado general con febrícula y disfagia tras la extracción de una pieza dentaria los días previos en un centro privado.

A la exploración presentaba tumefacción de características flogóticas en cara y cuello, con crepita-

ción en hemicuello derecho y trismus. En cavidad orofaríngea se evidenciaban signos de infección con fluctuación. La analítica sanguínea revelaba elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con desviación izquierda y formas inmaduras.

Se realizó radiografía de tórax, sin hallazgos significativos, y TAC cervicotorácico que mostró enfisema subcutáneo submandibular con extensión hasta manubrio esternal, hipodensidad en espacio parafaríngeo derecho de aspecto flemonoso, colección abscesificada rodeando el borde anterior del músculo masetero, esternocleidomastoideo y platisma *colli* hasta el hueco supraclavicular derecho (Fig. 1). Se extrajeron muestras microbiológicas (hemocultivos, urocultivo y frotis faríngeo). Se instauró antibioterapia intravenosa empírica con penicilina G sódica y se realizaron drenajes percutáneos cervicofaciales.

La evolución fue favorable las primeras 72 horas, tras lo cual apareció episodio de tiritona con pico febril de 40 °C.

Se realizó nueva radiografía de tórax con evidencia de áreas de condensación pulmonar bilaterales. Ante la sospecha clínica y radiológica de síndrome de Lemierre, se realizó eco Doppler cervical y posterior TAC que confirmaron trombosis de vena yugular interna derecha, derrame pleural bilateral, nódulos subpleurales y nódulo cavitado en lóbulo superior derecho,

Recibido: 30/06/2019 • Aceptado: 28/07/2019

Maqueda Ara S, del Barrio Fernández M, Suárez González L, Nogal Arias C, Zorita Calvo A. Síndrome de Lemierre o tromboflebitis séptica de vena yugular interna tras extracción dentaria. *Angiología* 2019;71(6):233-235.

DOI: 10.20960/angiologia.00073

Correspondencia:

Silvia Maqueda Ara. Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Complejo Asistencial Universitario de León. C/ Altos de Nava, s/n. Edificio Princesa Sofía, planta 11. 24001 León
e-mail: s.maqueda.ara@gmail.com

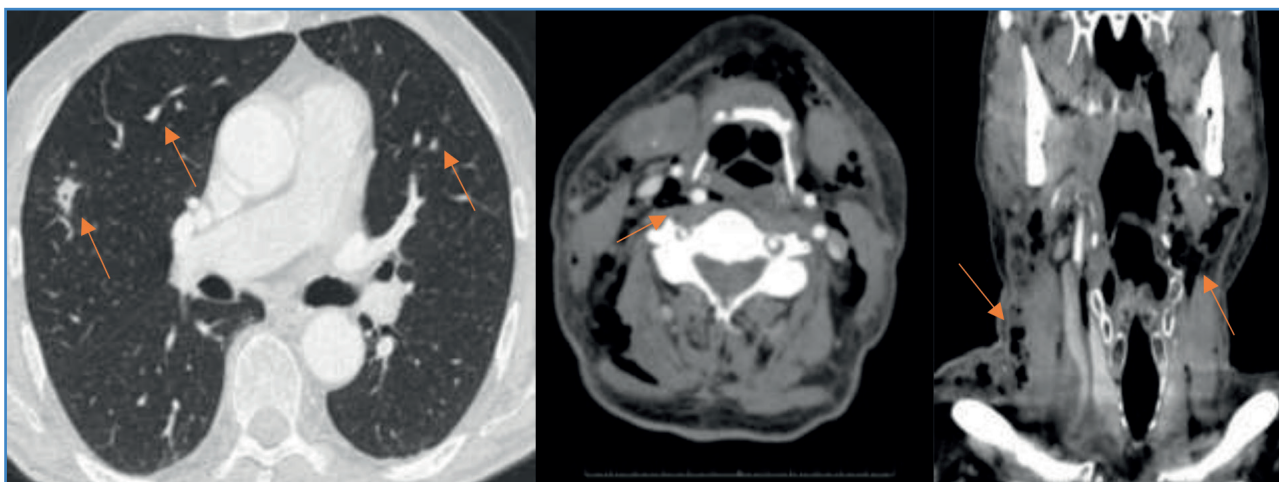


Figura 1. AngioTC mostrando embolismos pulmonares sépticos (izquierda), tromboflebitis de vena yugular interna derecha y enfisema subcutáneo cervical (derecha).

compatibles con émbolos sépticos. Se instauró tratamiento con bemiparina sódica a dosis de 7500 UI cada 24 horas y se modificó la antibioterapia: se pautó clindamicina en función de los resultados del hemocultivo, positivo para *Fusobacterium necrophorum*.

Tras esto, la evolución fue favorable y el paciente fue dado de alta. Mantuvo heparina de bajo peso molecular tres meses y antibioterapia tres semanas más.

A los tres meses, en la revisión en consultas externas, el eco Doppler cervical mostraba repermeabilización completa de vena yugular interna, sin signos de edema facial y de cuello (Fig. 2).

DISCUSIÓN

El síndrome de Lemierre es una entidad inusual que puede darse como complicación de infecciones de la cavidad oral y vías respiratorias altas (1).

El agente causal suele ser el *Fusobacterium necrophorum*, anaerobio gram negativo patógeno habitual de la flora oral, tracto intestinal y genital, aunque se han descrito otros gérmenes capaces de provocarla. Más raramente se trata de una enfermedad polimicrobiana con adición de microorganismos aerobios (3-5).



Figura 2. Evolución clínica del edema cervicofacial.

La enfermedad suele progresar en varias etapas: faringoamigdalitis aguda, invasión de espacio parafaríngeo y, finalmente, diseminación metastásica, con bacteriemia y extensión hematógena; el pulmón es el órgano más comúnmente afectado (6).

El diagnóstico precisa un alto grado de sospecha por la rareza del cuadro y requiere aislamiento microbiológico del patógeno en hemocultivos (4,5).

El eco Doppler debe usarse para el diagnóstico de trombosis de vena yugular interna, pero el TAC con contraste es la prueba príncipes para descartar otras patologías y filiar la diseminación hematógena característica (6).

Ante la sospecha de un cuadro con esta elevada mortalidad (4-18%) es fundamental iniciar antibioterapia sin esperar los resultados del estudio microbiológico, ya que la antibioterapia precoz y prolongada (3-6 semanas), la anticoagulación y en ocasiones la ligadura quirúrgica venosa (reservada para casos de sepsis incontrolada o insuficiencia respiratoria severa por émbolos pulmonares de repetición) han mejorado la supervivencia. La cirugía es necesaria para el drenaje de las colecciones purulentas (5,6).

El tratamiento antibiótico de elección no está claro, ya que, aunque *F. necrophorum* suele ser sensible a la penicilina, la clindamicina o el metronidazol, existe una creciente producción de beta-lactamasas

que puede hacerlos ineficaces. Las recomendaciones recientes incluyen clindamicina, metronidazol, penicilinas antipseudomonas y ampicilina sulbactam (4).

En estos casos la anticoagulación sistémica parece que favorece la no progresión del trombo, eliminando el origen de la bacteriemia persistente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lemierre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936;40:701-3. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)57035-4
2. Noy D, Rachmiel A, Levy-Faber D, et al. Lemierre's syndrome from odontogenic infection: Review of the literature and case description. *Ann Maxillofac Surg*. 2015;5:219-25. DOI: 10.4103/2231-0746.175746
3. Kristiasen LH. Human Necrobacillosis with emphasis on Lemierre's Syndrome. *Prag J Clin Infect Dis*, 2000; 31:524-32. DOI: 10.1086/313970
4. Lengers CM, Clover R. Lemierre syndrome. Postanginal sepsis. *J Am Board Fam Pract* 1995;8:384-91
5. Tellería Martín A, Jiménez Urra I, Susperregui Insausti I, et al. Síndrome de Lemierre. *M Int* 2005;29(8):411-453. DOI: 10.1016/S0210-5691(05)74281-9
6. Carrillo López A, Herrero Cereceda JE, Palmer Sans M, et al. Síndrome de Lemierre en paciente adulto con circulación de Fontan. *Rev Esp Cardiol* 2017;70:777-9. DOI: 10.1016/j.recesp.2016.09.050