

Síndrome de Lemierre

Una enfermedad que emerge nuevamente

Jaime Enrique Rincón Tous¹, Noemí Cañete Abajo²,
Victor Pineda Sanchez³, Nadia Viejo⁴

¹Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

Objetivos

Hacer una descripción de las manifestaciones clínicas radiológicas de esta patología infecciosa grave y poco frecuente, cuya incidencia está en aumento en las últimas décadas.

Realizar una revisión bibliográfica sobre el síndrome de Lemierre y sus principales manifestaciones radiológicas.

Material y métodos

Se realiza una descripción de las principales radiológicas del síndrome de Lemierre a partir de varios casos que hemos tenido en nuestro hospital. Todas las imágenes radiológicas son propias.

Hemos buscado bibliografía en diversas fuentes incluyendo Radiographics, SERAM, Radiopaedia y diferentes artículos sobre esta patología.

Introducción

Sepsis secundaria a una infección faringoamigdalina, complicada con una tromboflebitis de la vena yugular ipsilateral y embolismos sépticos.

Varios microorganismos implicados pero el más frecuente es el *Fusobacterium necrophorum*.

Los pacientes suelen presentar un rápido y agresivo empeoramiento clínico con shock séptico y requerimiento de manejo en UCI.

1936 El Dr. André-Alfred Lemierre estudió a veinte pacientes que presentaban trombosis de la yugular interna después de una infección amigdalofaríngea. La denominó “Sepsis anaeróbica postangina”.



Imagen: Lutétia, “Monsieur Le Professeur Lemierre photo”, extraída de “Images from the History of Medicine (NLM)”

Aumento de la epidemiología

Incidencia de 1/1000 000. La mayoría de los pacientes son jóvenes e inmunocompetentes.

Se ha observado un aumento de la incidencia en varios estudios (1998-2002) debido a:

- Mayor resistencia antibiótica.
- Disminución en la prescripción de antibióticos para faringitis no estreptocócicas).

Fisiopatología

Primera fase: Infección faringoamigdalina.

Segunda fase: Extensión para-faríngea con tromboflebitis de la vena yugular y sus ramas.

Émbolos sépticos a diferentes territorios. El más frecuente es el pulmón.

Presentación clínica

El cuadro suele presentarse con odinofagia progresiva.

Los pacientes que consulta suelen tener Strep test negativo por lo que no reciben pauta antibiótica

El cuadro evoluciona tórpidamente con fiebre y asociando dolor en cuello muy intenso.

Puede asociar tumefacción en el cuello y malestar general con mucha astenia

Esta evolución hace que los clínicos soliciten pruebas de imagen sobretudo del cuello en busca de complicaciones supurativas en dicho nivel

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA

RC | RADIOLOGIA
DE CATALUNYA

Diagnóstico por imágenes en Síndrome de Lemierre

Radiografía de tórax

La Rx es una buena herramienta pero carece de sensibilidad para émbolos pequeños o poco definidos.

10% normales.



Ecografía Doppler de vasos del cuello

Es un estudio accesible y fácil de realizar y se suele pedir por tumefacción y dolor desproporcionado en pacientes con evolución tórpida de un cuadro de faringoamigdalitis.

En ocasiones el trombo puede asociarse con hiperecogenicidad de la grasa y cambios inflamatorios de los tejidos blandos adyacentes.

Se informa como Tromboflebitis de la vena afectada.



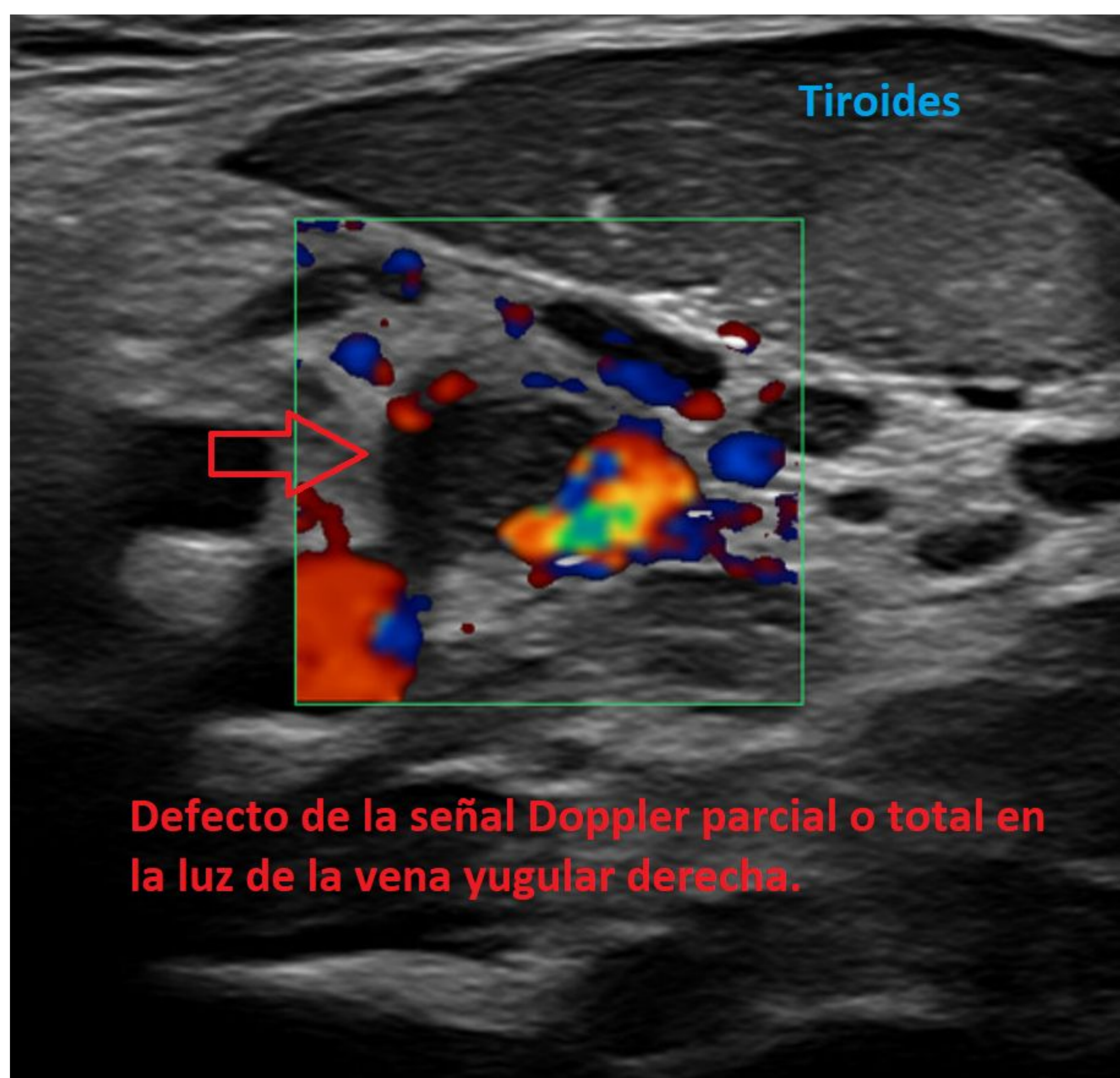
**Ecografía de vena yugular izquierda
Imagen intravascular heterogénea compatible
con trombo**

Ecografía Doppler de vasos del cuello

Es un estudio accesible y fácil de realizar y se suele pedir por tumefacción y dolor desproporcionado en pacientes con evolución tórpida de un cuadro de faringoamigdalitis.

En ocasiones el trombo puede asociarse con hiperecogenicidad de la grasa y cambios inflamatorios de los tejidos blandos adyacentes.

Se informa como Tromboflebitis de la vena afectada.

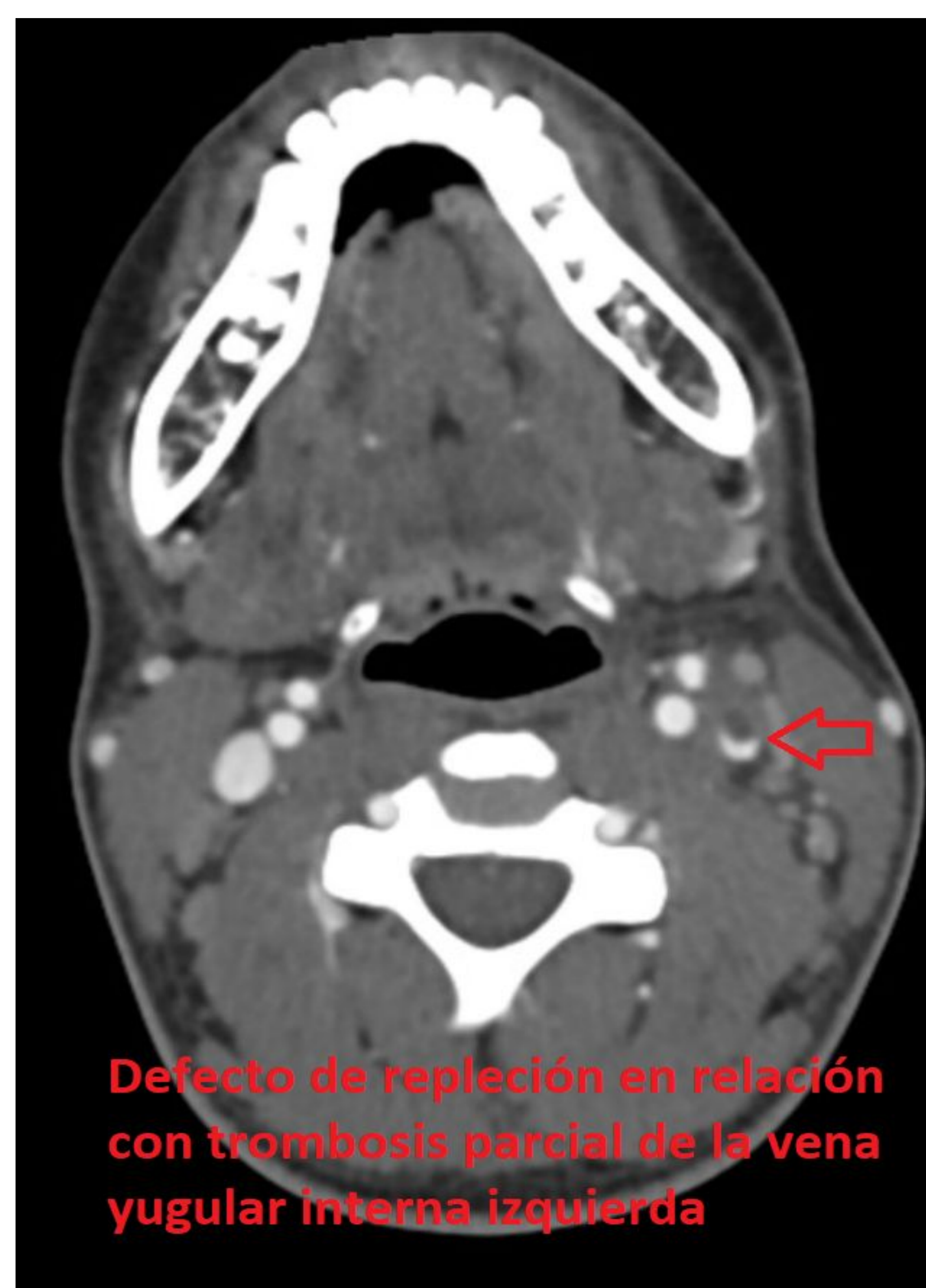


TC de cuello con contraste

Se realiza TC de cuello con contraste endovenoso, en fase venosa desde base de cráneo hasta ápice torácico.

Posibles Hallazgos:

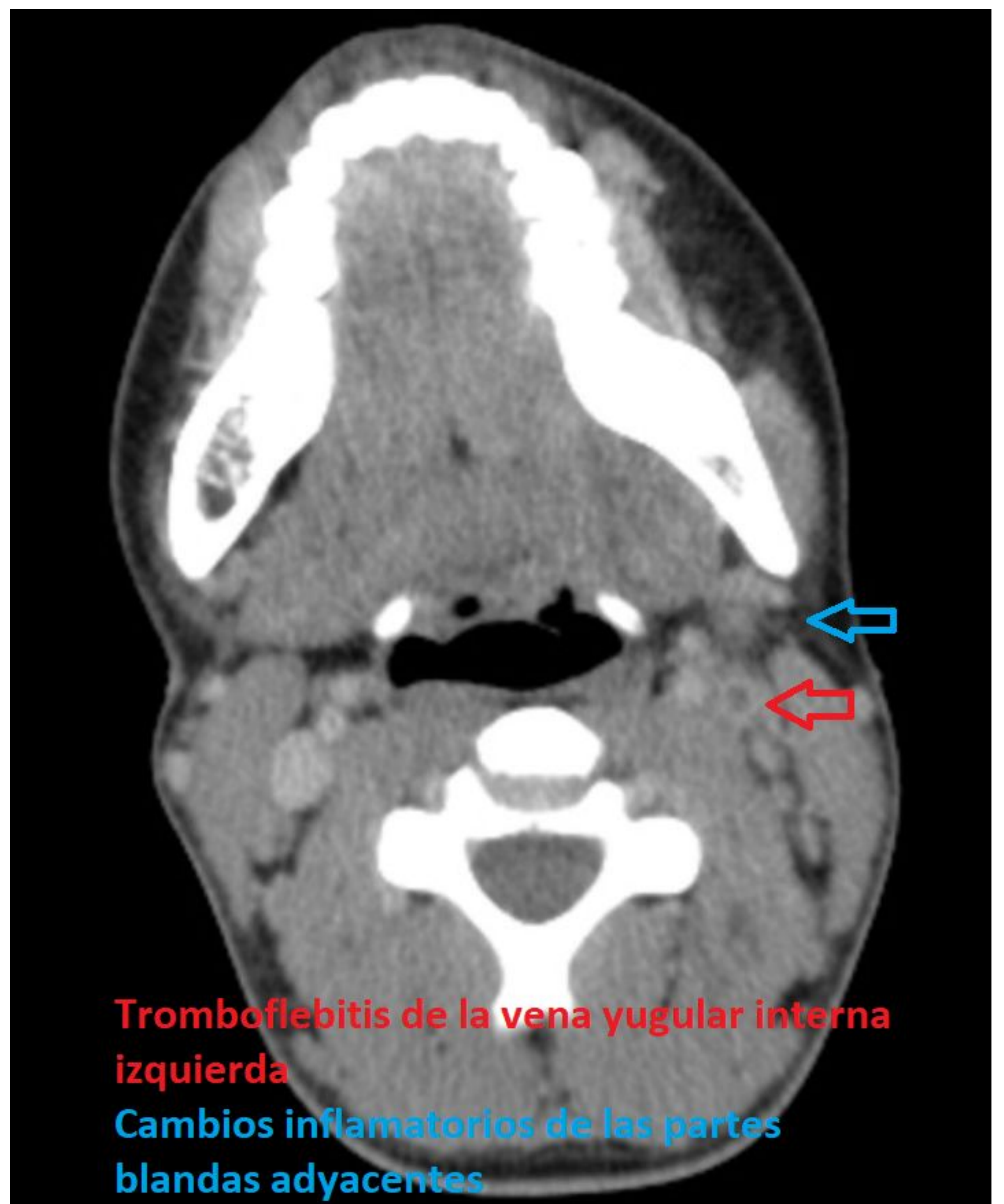
- Trombosis de la vena yugular y/o sus ramas. Debemos ver su extensión y pos (Una de las 3 patas diagnósticas)
- Signos de Amigdalitis.



Otros hallazgos en TC de cuello

-Cambios inflamatorios de los tejidos blandos adyacentes

-Abscesos profundos del cuello. debemos ver su extensión y si hay compromiso de senos venosos intracraneales



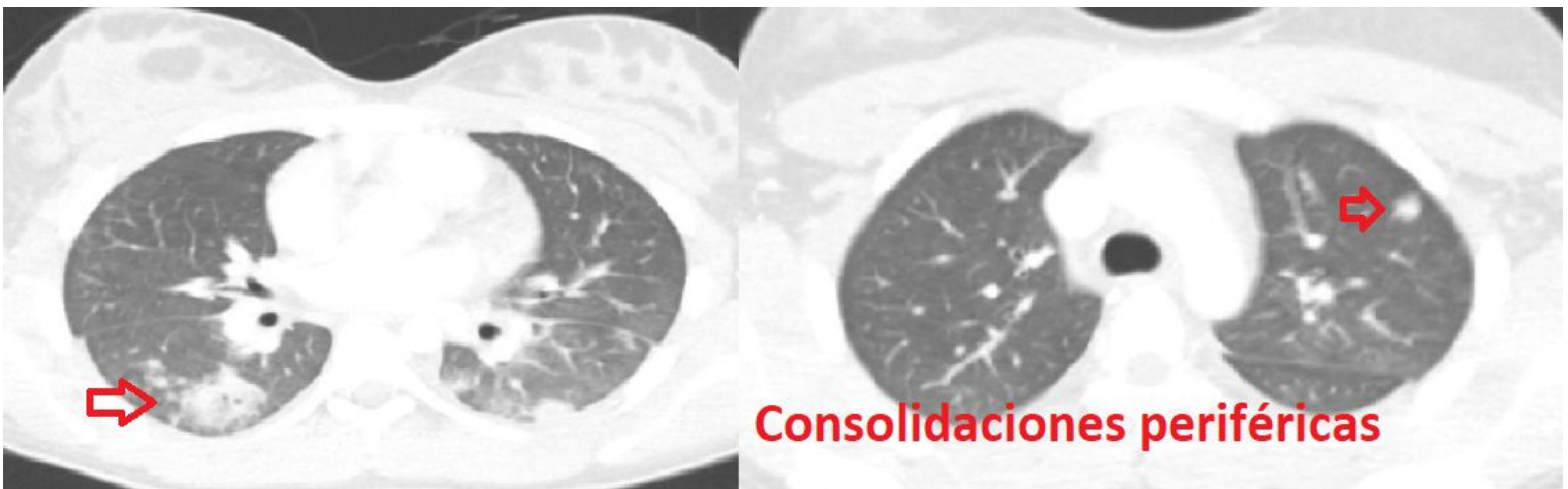
RM de cuello

Tiene mayor sensibilidad para detectar infección de espacios profundos del cuello y sus complicaciones como delimitar mejor los abscesos profundos.

Permite reducir la dosis de Radiación, más teniendo en cuenta que muchos pacientes son jóvenes

Especialmente útil en pacientes con alergia a contraste yodados

TC de tórax



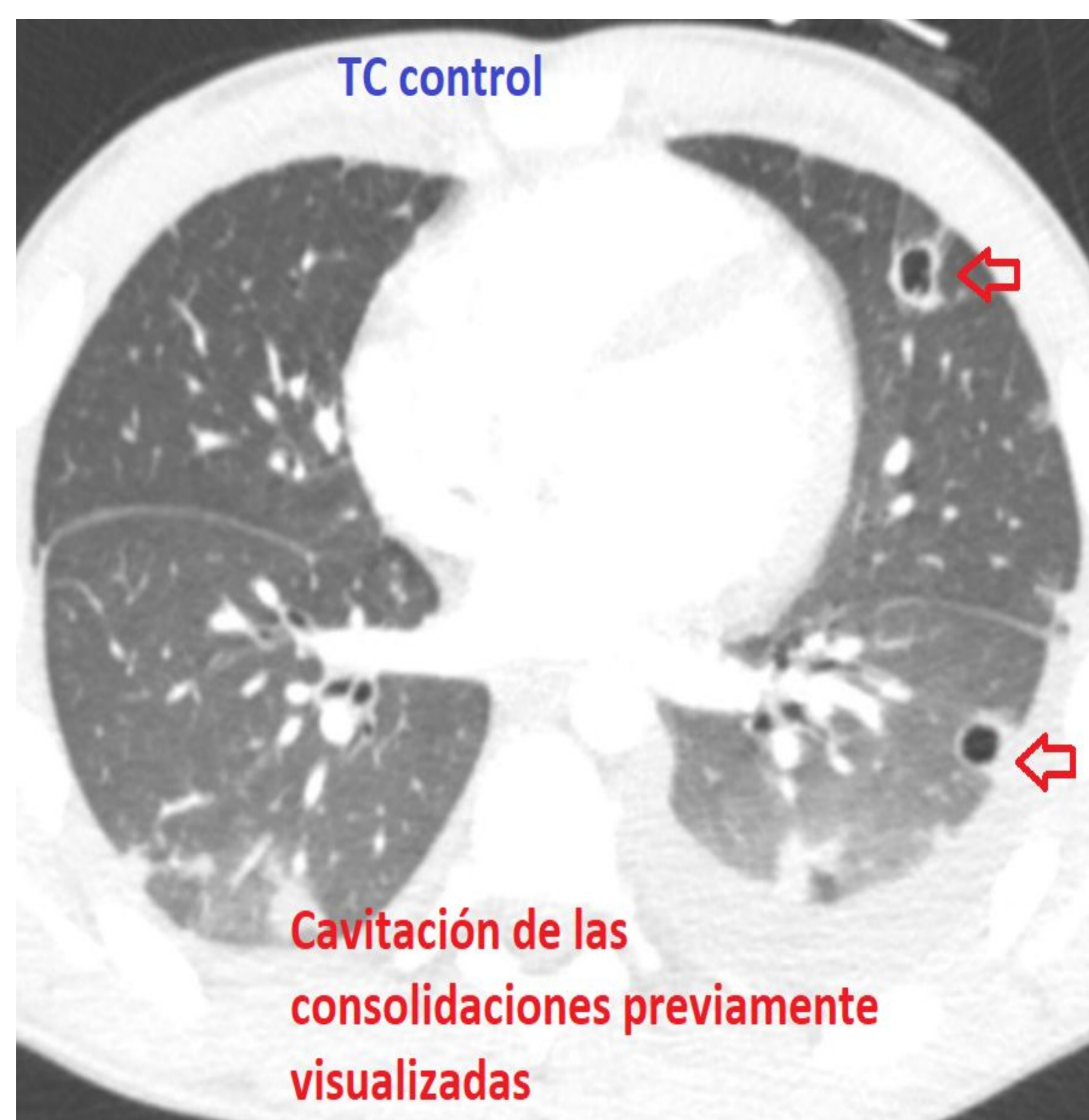
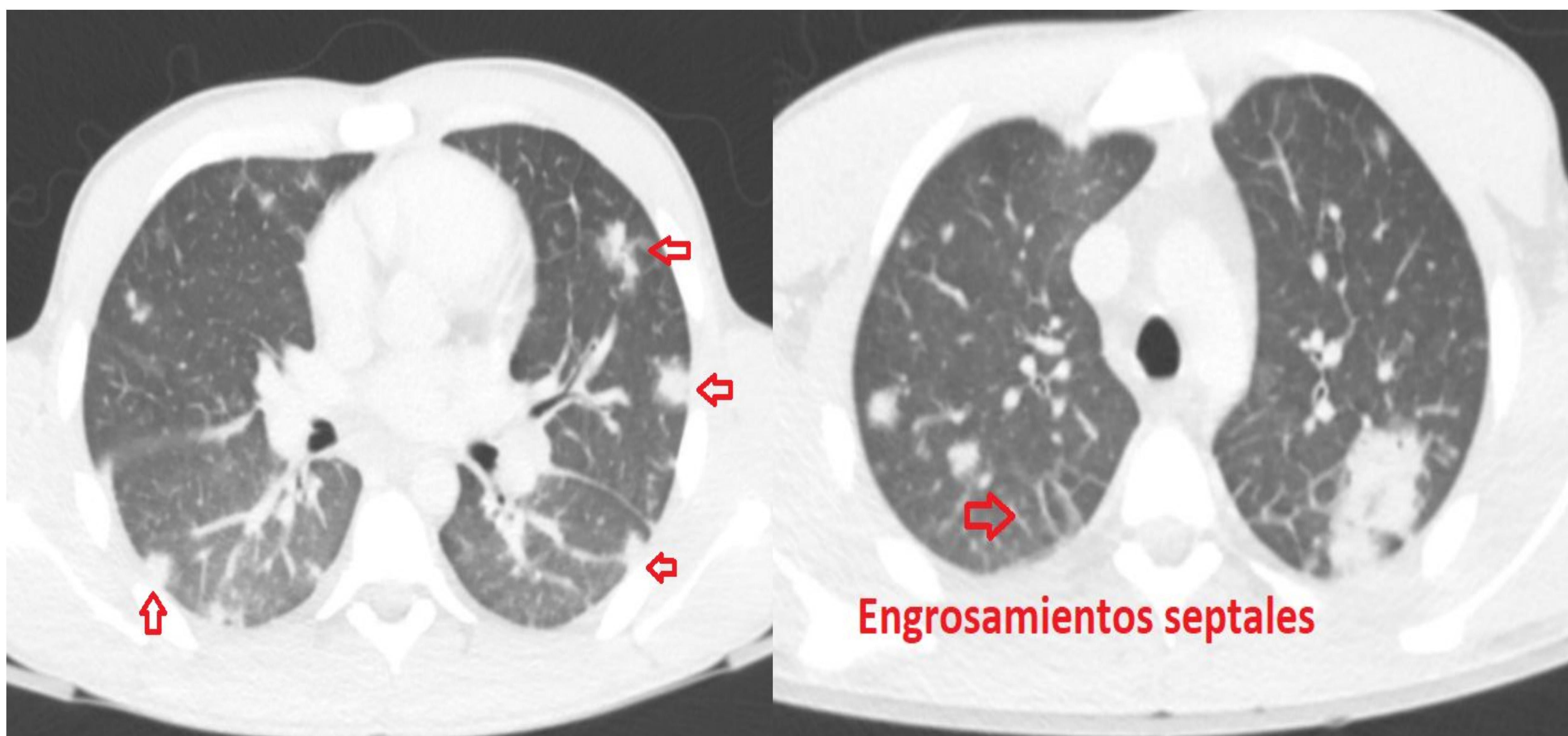
Se realiza TC de Tórax con contraste endovenoso yodado en fase venosa.

Posibles hallazgos en TC:

-Los principales hallazgos son las consolidaciones pulmonares de diverso tamaño, de aspecto pseudonodular que suelen cavitarse y que puede asociar vidrio deslustrado.

-Hallazgos menos específicos incluyen derrame pleural y engrosamientos septales

TC de tórax

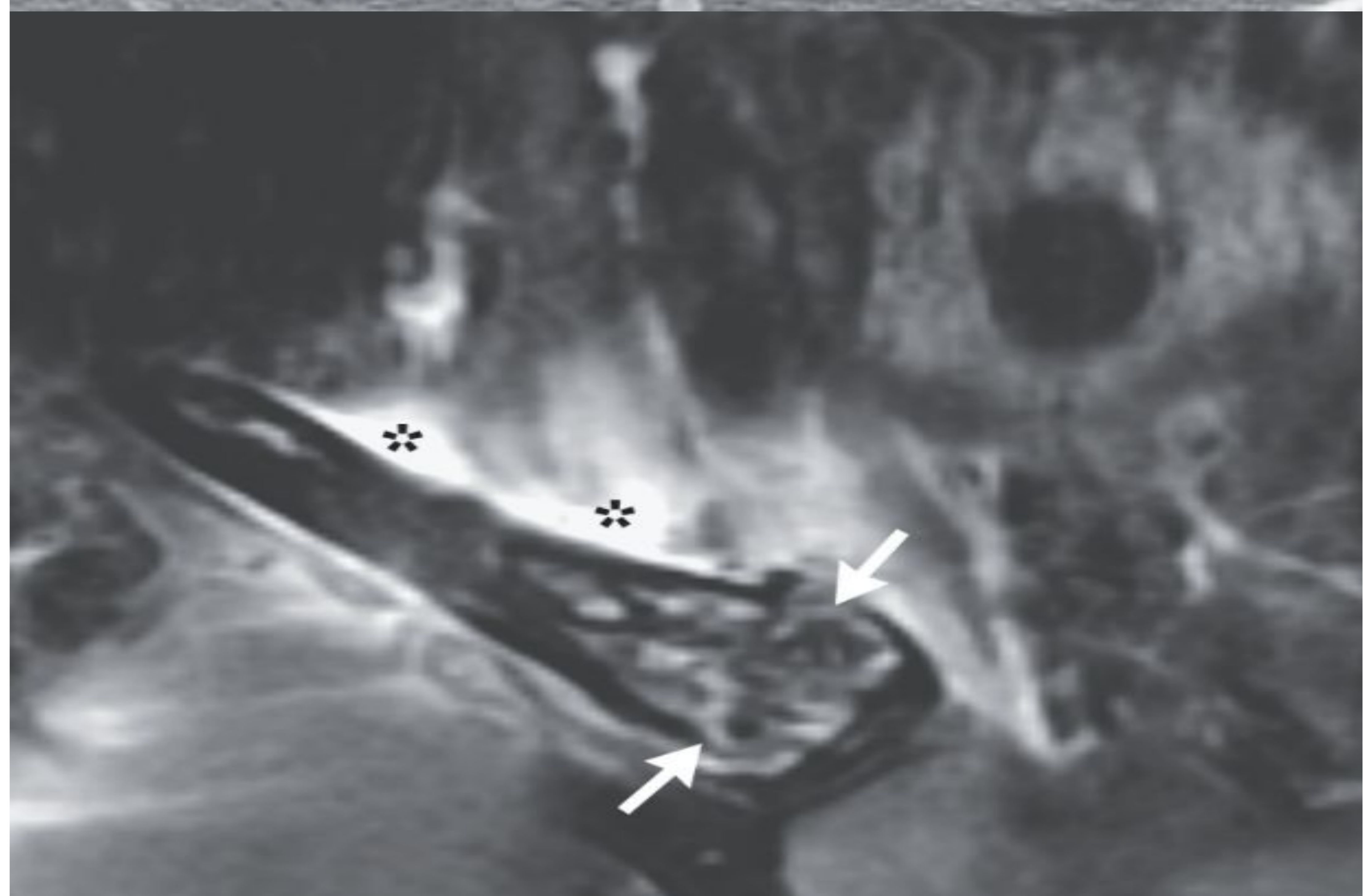
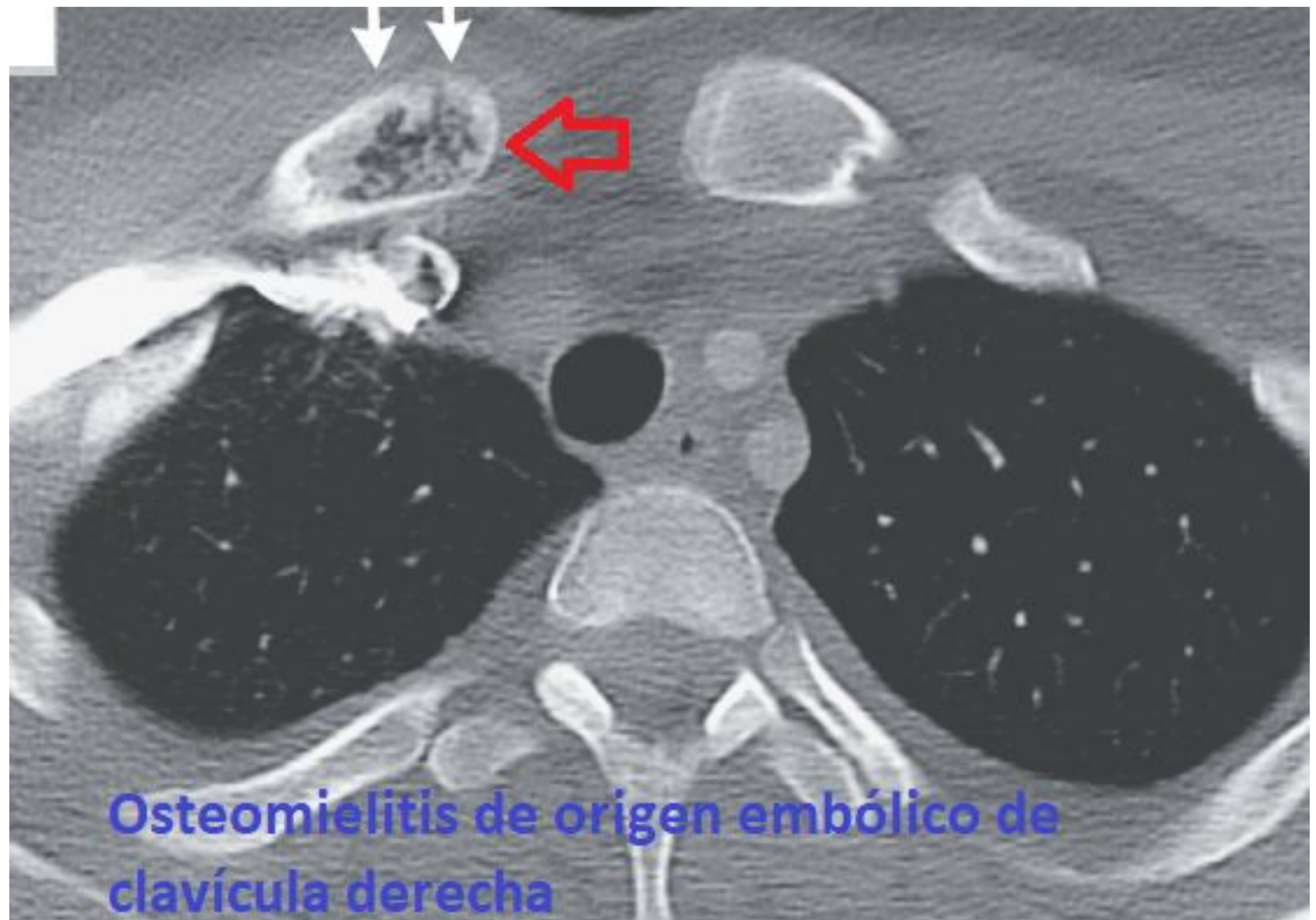


Otras manifestaciones

El síndrome de Lemierre puede incluir émbolos sépticos en otras localizaciones extrapulmonares y ocasionar otras manifestaciones infecciosas como:

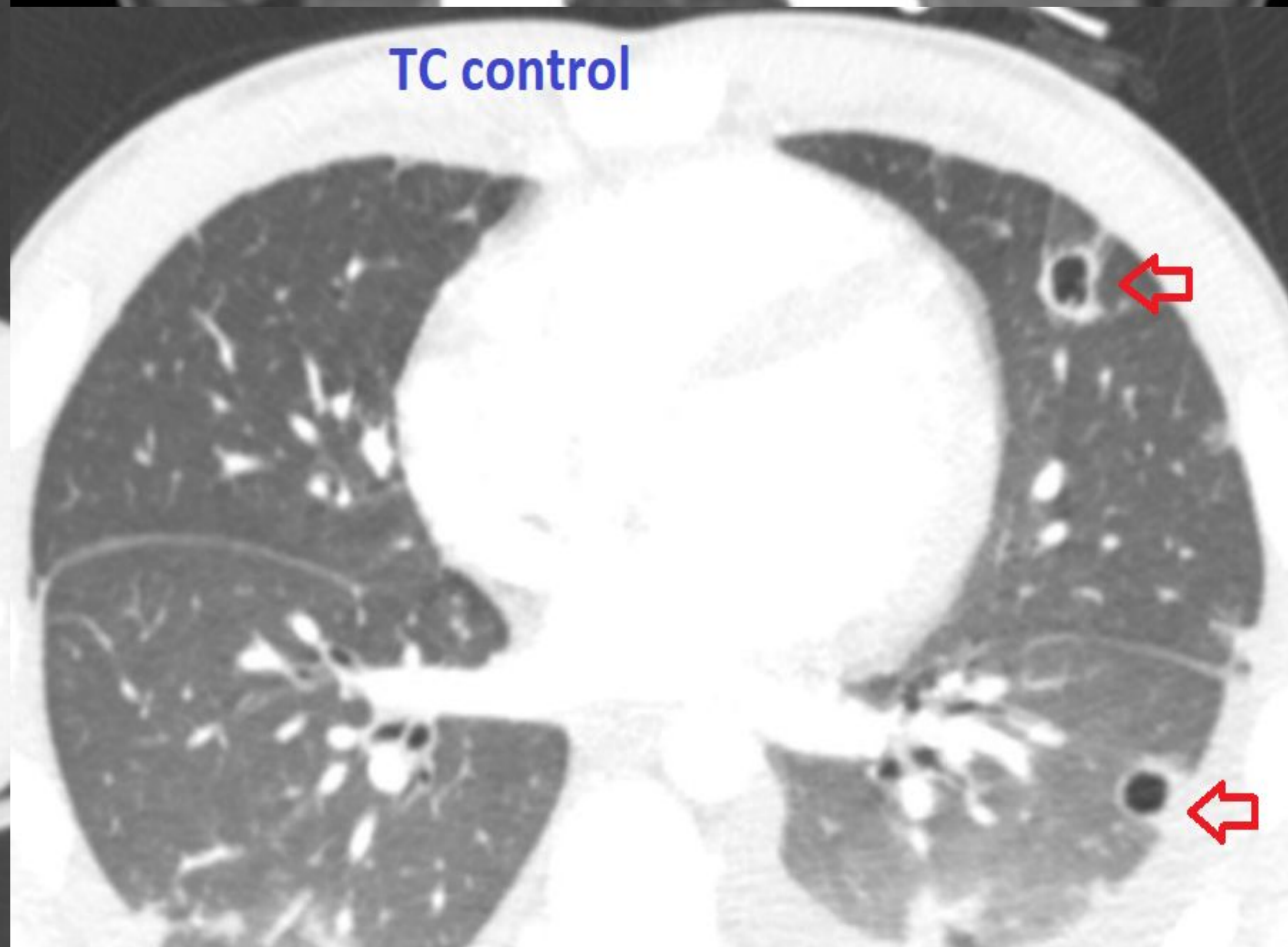
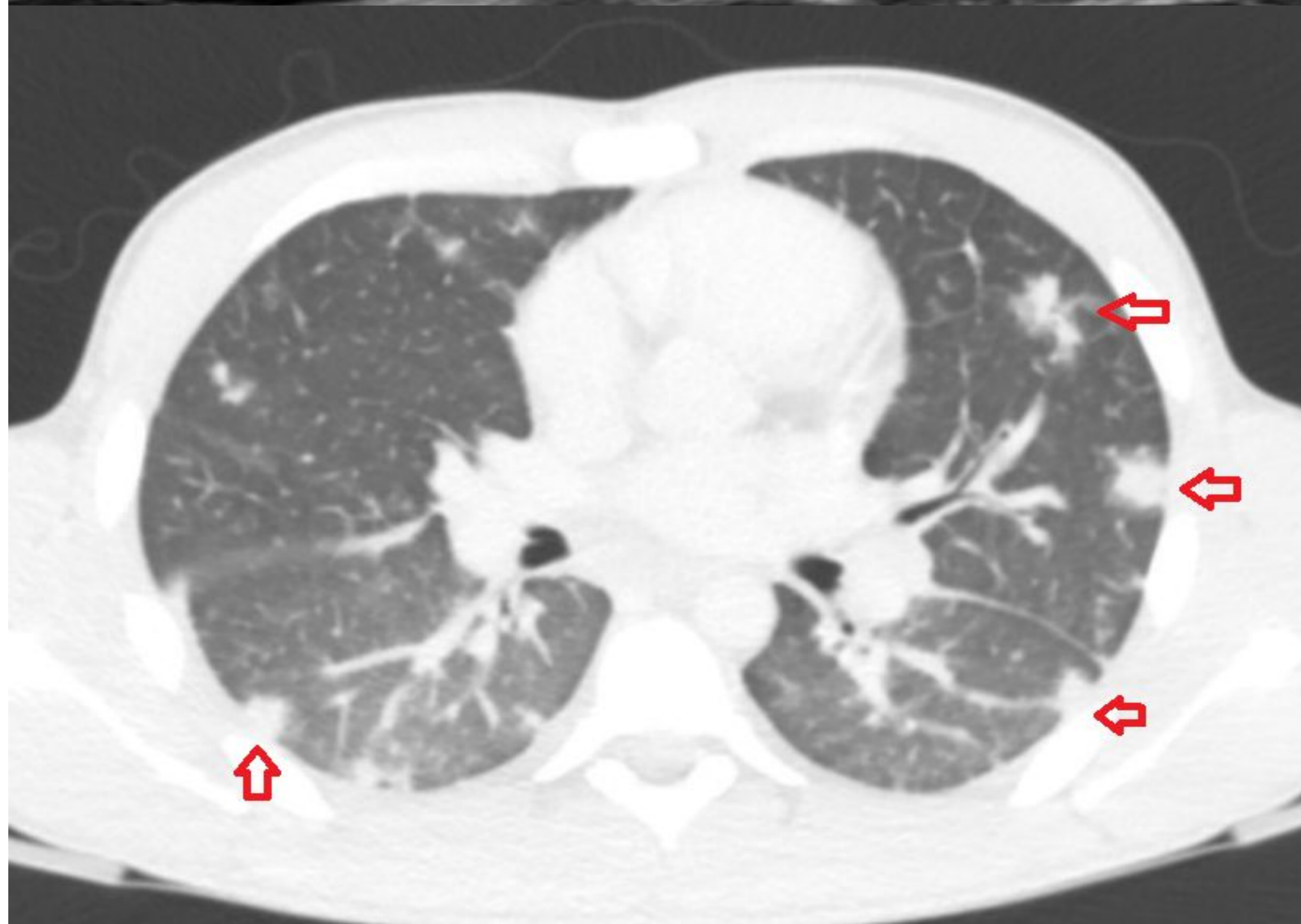
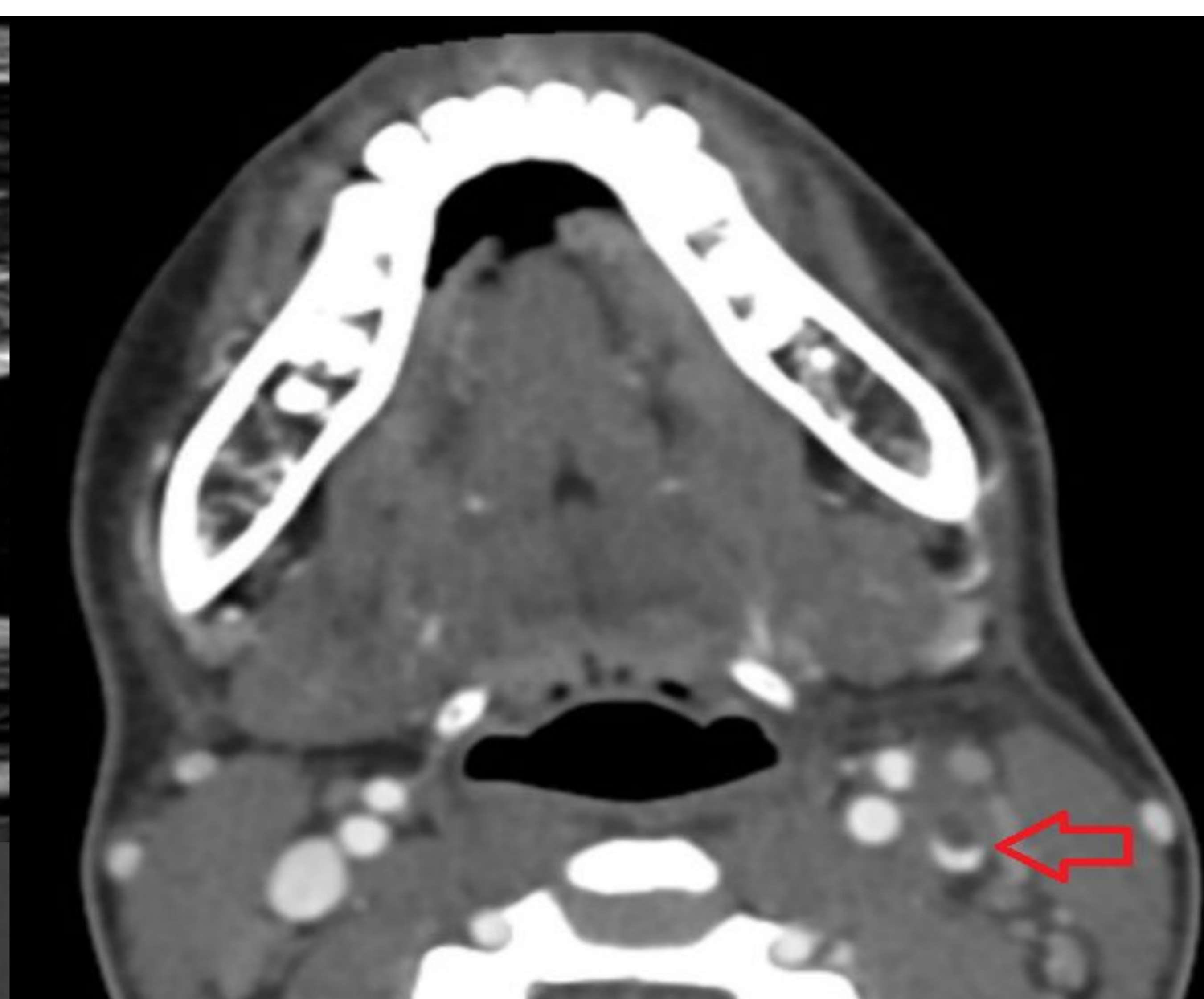
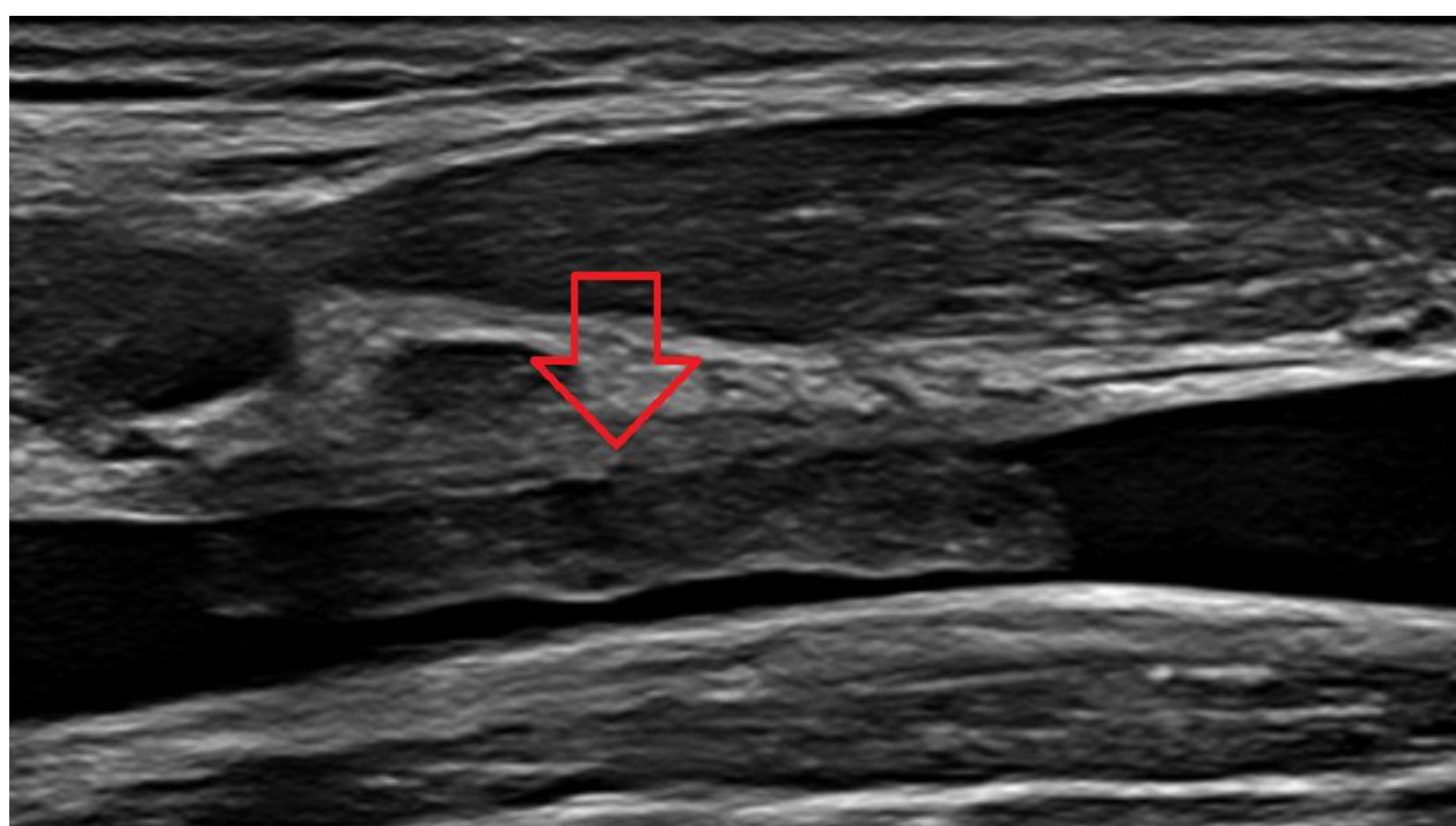
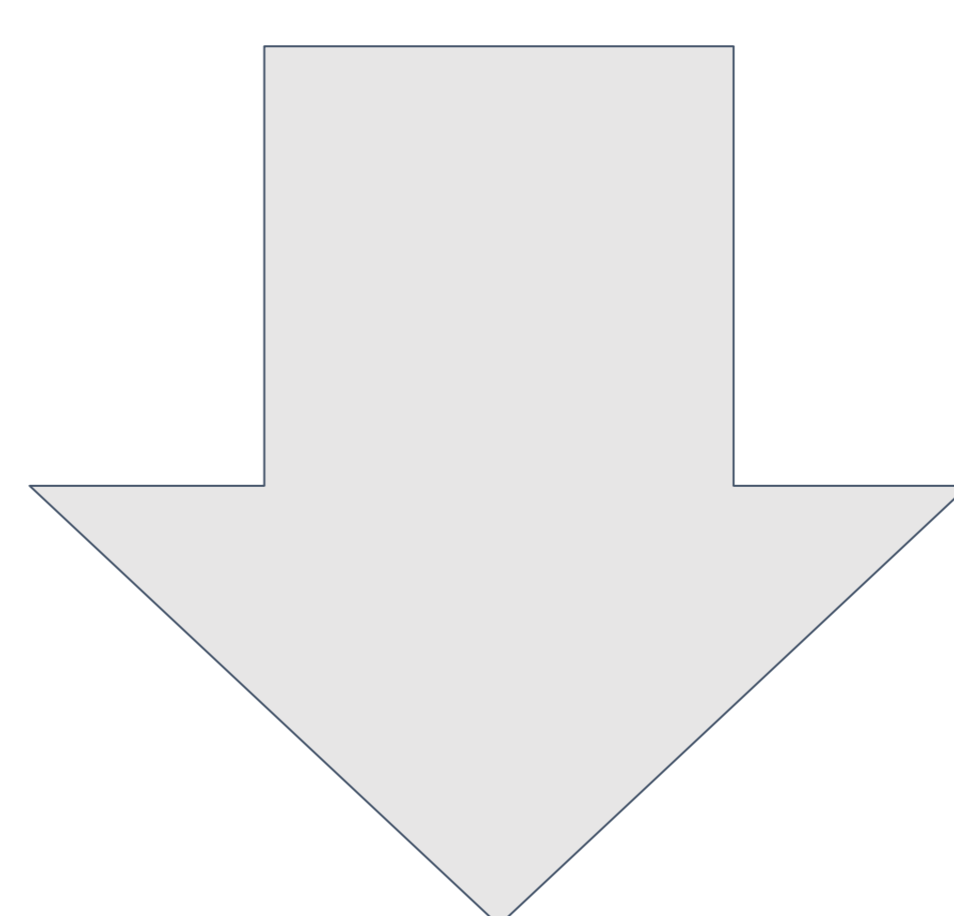
- Osteomielitis.
- Meningoencefalitis y abscesos cerebrales.

En las imágenes de la derecha se observa una osteomielitis de la clavícula derecha tanto en TC como en RM con contraste.



DIAGNÓSTICO

Clínica compatible



CONCLUSIONES

- El síndrome de Lemierre es una patología infecciosa rara y grave que ha presentado un incremento de la incidencia en los últimos años.
- El diagnóstico de síndrome de Lemierre es resultado una historia clínica compatible + hallazgos radiológicos típicos y con respectiva confirmación microbiológica
- Las principales manifestaciones radiológicas incluyen tromboflebitis de la vena yugular y/o sus ramas + embolismos sépticos, más frecuentes en pulmón.
- Las pruebas radiológicas nos permiten ver la extensión de la infección así como controles evolutivos de la misma.

Bibliografía

Screaton N, Ravenel J, Lehner P, Heitzman E, Flower C. Lemierre Syndrome: Forgotten but Not Extinct—Report of Four Cases. *Radiology*. 1999;213(2):369-74. doi:10.1148/radiology.213.2.r99nv09369 -

Del Mar Tapia-Viñé, M., González-García, B., Bustos, A., & Cabello, J. (2001). Manifestaciones radiológicas del Síndrome de Lemierre: a propósito de un caso. *Radiología*, 43(2), 83–85. doi:10.1016/s0033-8338(01)76939-1

Harper L, Pflug K, Raggio B, April D, Milburn J. Clinical Images: Lemierre Syndrome: The Forgotten Disease? *Ochsner J*. 2016;16(1):7-9.

Harper L, Pflug K, Raggio B, April D, Milburn J. Clinical Images: Lemierre Syndrome: The Forgotten Disease? *Ochsner J*. 2016;16(1):7-9.

Righini, Christian Adrien; Karkas, Alexandre; Tourniaire, Romain; N'Gouan, Jean-Michel; Schmerber, Sébastien; Reyt, Emile; Atallah, Ihab (2014). Lemierre syndrome: Study of 11 cases and literature review. *Head & Neck*, 36(7), 1044–1051. doi:10.1002/hed.23410

Olbrich, P., Croche Santander, B., Neth, O., & Santaella, I. O. (2013). Variante otogénica del síndrome de Lemierre. *Anales de Pediatría*, 78(5), 342–344. doi:10.1016/j.anpedi.2012.08.014

Wright, W. F., Shiner, C. N., & Ribes, J. A. (2012). Lemierre Syndrome. *Southern Medical Journal*, 105(5), 283–288. doi:10.1097/smj.0b013e31825581ef

Raggio, B. S., Grant, M. C., Rodriguez, K., & Cripe, P. J. (2017). Neonatal Lemierre Syndrome: Youngest Reported Case and Literature Review. *Clinical Pediatrics*, 57(3), 294–299. doi:10.1177/0009922817721156

RSNA. <https://dps2017.rsna.org/exhibit/?exhibit=ER150-ED-X>.

Radiopaedia. <https://radiopaedia.org/articles/cavitating-pulmonary-metastases>

Valerio L, Zane F, Sacco C et al. Patients with Lemierre Syndrome Have a High Risk of New Thromboembolic Complications, Clinical Sequelae and Death: An Analysis of 712 Cases. *J Intern Med*. 2020;289(3):325-39. doi:10.1111/joim.13114 - Pubmed

Litt M, Montgomery M, Small K, Miller A, Loscalzo J. Hard to Swallow. *N Engl J Med*. 2021;385(15):1421-7. doi:10.1056/nejmcps2100980 - Pubmed