

**SÍNDROME
DE
LEMIERRE.
PRESENTACIÓN
DE CASO.**

**Alejandro Baez, Noemí
Benitez, Andrea Garcete,
Rocio Fernandez.**

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo masculino de 36 años de edad, portador de HTA crónica e IRC hemodializado en forma trisemanal, acude por:

Cuadro de 7 días de evolución de sensación febril con escalofríos y odinofagia.

Cuatro días antes del ingreso se instala catéter de diálisis en yugular izquierda presentando el mismo día edema de cuello con signos inflamatorios.

Al examen físico se constata amígdalas congestivas con placas y secreción purulenta, signos inflamatorios en región cervical.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

ECTOSCOPIA: Paciente de sexo masculino, adulto, que aparenta la edad que tiene, normosómico, eutrófico, normolineo, fascies compuesta, que adopta en el lecho el decúbito dorsal activo indiferente, en quien **llama la atención edema y enrojecimiento de la zona cervical**. Impresiona portador de patología aguda.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

LABORATORIO AL INGRESO.

GB: 22700/ NEUTROFILOS: 72%/ HB: 9,6
MG/DL / PLAQUETAS VN/ UREA 129/
CREATININA 6,51/ GLICEMIA 94 MG/DL.

HEMOCULTIVOS REPETIDAMENTE
NEGATIVOS.

CULTIVO DE SECRECIÓN PURULENTO
DRENADA DE REGION CERVICAL NEGATIVO.

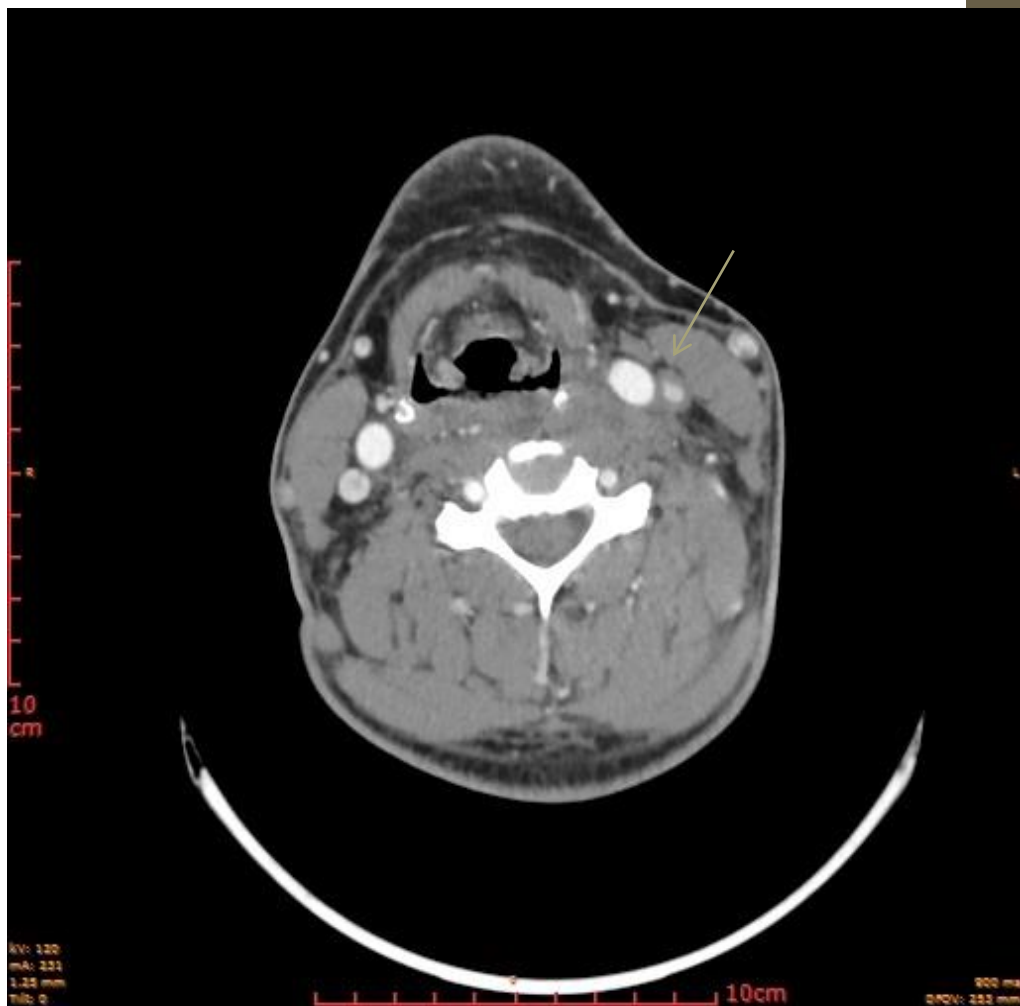
ESTUDIOS DE IMAGEN.

- Ecografía de cuello:

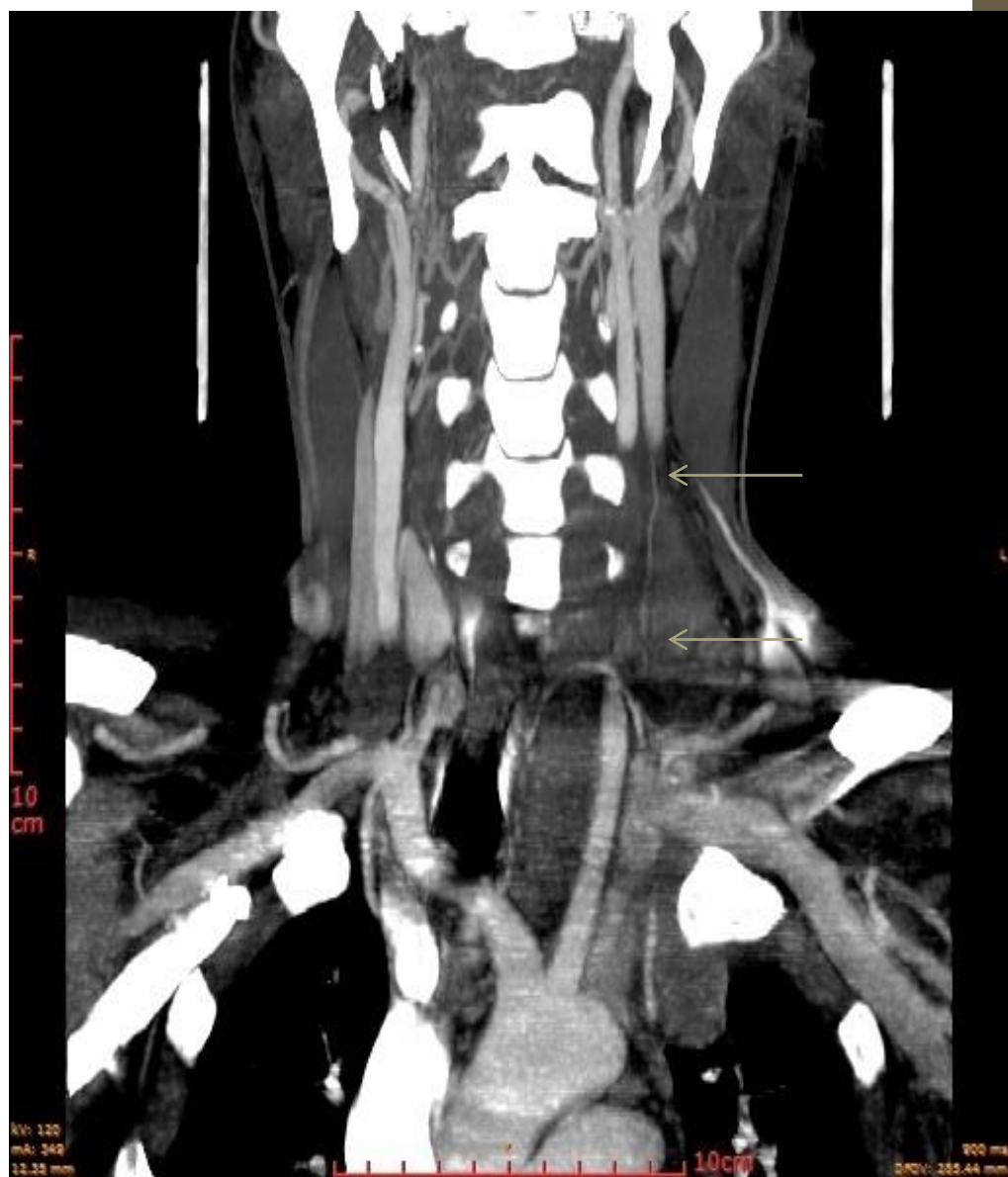
Edema de tejido subcutáneo y muscular, colección hipoecogénica anterior al lóbulo izquierdo e istmo de tiroides, vena yugular izquierda dilatada con imagen de defecto de relleno sin señal vascular al Doppler, sugestivo de trombosis venosa.

ESTUDIOS DE IMAGEN.

- Angiotomografía:
colección en espacio retrofaringeo
y en espacio visceral por delante
del lóbulo izquierdo e istmo
tiroideo, ausencia total del realce
de la vena yugular interna
izquierda desde C4 a C7 sugestivo
de trombosis venosa.







RESOLUCIÓN DE CASO.

Se constató mejoría clínica del paciente tras tratamiento con anticoagulación con HBMP y antibioticoterapia.

DISCUSIÓN

El síndrome de Lemierre es una patología poco frecuente y potencialmente letal, es una complicación de una infección orofaríngea que se extiende al espacio carotideo.

Se asocia a tromboflebitis de la vena yugular interna y embolias sépticas a distancia siendo el compromiso pulmonar el más frecuente.

Se presenta generalmente como un cuadro séptico caracterizado por fiebre y odinofagia de varios días de evolución tras el antecedente de una faringitis, siendo en el 87% de los casos las amígdalas palatinas y tejido periamigdalino el sitio de infección primaria.

CONCLUSIÓN.

El diagnóstico de sospecha es clínico.

La tromboflebitis de la vena yugular interna es un hallazgo muy específico de la enfermedad.

Su diagnóstico de certeza se hace a través de estudios de imagen como la ecografía con Doppler, la tomografía y la resonancia magnética.

La TAC con contraste tiene mayor sensibilidad que cualquier otra prueba para el diagnóstico de lesiones vasculares.