

Síndrome de Lemierre complicado con meningitis

ALBERTO CÓRDOBA LÓPEZ, MARÍA BELLA MARCELO ZAMORANO, MARÍA ÁNGELES SANTIAGO TRIVIÑO, MARÍA DOLORES PÉREZ FRUTOS, ROSARIO BOTET GÓMEZ, ALICIA MUÑOZ CANTERO

Unidad de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Badajoz, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

Correspondencia:

Dr. Alberto Córdoba López
inso_4@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Palabras clave

- Síndrome de Lemierre
- Meningitis
- Infección de seno cavernoso
- Tromboflebitis séptica
- Sepsis posangina

Key words

- Lemierre's syndrome
- Meningitis
- Infectious cavernous sinus
- Septic thrombophlebitis
- Postanginal septicemia

Resumen

El síndrome de Lemierre es un cuadro poco frecuente y potencialmente grave, caracterizado por signos clínicos o radiológicos de trombosis de la vena yugular interna tras una infección orofaríngea, que progresa con tromboflebitis séptica secundaria y émbolos sépticos, con una significativa morbilidad y mortalidad. Suele afectar a personas jóvenes sanas. La meningitis se ha descrito rara vez. El diagnóstico precoz y el tratamiento con antibióticos adecuados son fundamentales.

Se describe un caso fatal de síndrome de Lemierre complicado con shock séptico y meningitis bacteriana, hecho poco frecuente. La progresión hacia un desenlace fatal fue rápida. Se discuten la presentación clínica y las complicaciones.

Abstract

Lemierre's syndrome is an uncommon and potential life-threatening condition, characterized by clinical or radiologic evidence of internal jugular vein thrombosis following an oropharyngeal infection, which progresses with secondary septic thrombophlebitis and embolic infection, with significant morbidity and mortality. It usually affects healthy young people. Meningitis is sporadically reported. Prompt clinical diagnosis and treatment with appropriate antibiotics are critical.

We report a fatal case of Lemierre's syndrome complicated with septic shock and bacterial meningitis, an infrequent feature. Progression to death was rapid. Clinical presentation and complications are discussed.

Introducción

El síndrome de Lemierre es un cuadro infrecuente que se desarrolla tras una infección orofaríngea asociada con tromboflebitis de la vena yugular interna y que puede llegar a complicarse con embolismos sépticos.¹

Presentamos a un paciente con síndrome de Lemierre que se complicó y ocasionó una meningitis con desenlace fatal, cuadro poco descrito en la literatura. De hecho, tras realizar una búsqueda en PUBMED, sólo obtuvimos cinco citas cruzando los términos Lemierre's syndrome y meningitis.²⁻⁶

Caso clínico

Varón de 18 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que había acudido al Servicio de Urgencia, dos semanas antes, por cefalea y emisión de mucosidad de coloración verdosa por ventana nasal. Se le diagnostica sinusitis y se le indica tratamiento antibiótico con azitromicina. En el día del ingreso, concurre nuevamente a consultar por aparición de exoftalmos izquierdo, sensación distérmica, tortícolis izquierda y disfagia, por lo que es derivado al Servicio de Urgencia de nuestro hospital. El examen físico reveló mal estado general, obnubilación, presión arterial 140/87 mmHg, frecuencia cardíaca 128 latidos/min y temperatura de 35,5°C. Aparte del exoftalmos, se destacaba una importante tumefacción cervical izquierda, no se apreciaron abscesos amigdalinos, aunque sí un abombamiento del paladar blando izquierdo. Se realizó una tomografía axial computarizada cervical y craneal que mostró un engrosamiento del pilar amigdalino izquierdo sin colecciones evidentes, ocupación de los senos frontal, maxilar y esfenoidal izquierdos, así como trombosis de la vena yugular interna izquierda desde el agujero rasgado y de la vena yugular externa. En la órbita, se observó ingurgitación de la vena oftálmica superior y aumento de la densidad de la grasa retro-orbitaria. El estudio cerebral arrojó resultados normales. Los resultados de los análisis de laboratorio indicaron una actividad de la protrombina del 52% (rango normal 65-150%) y plaquetas 50.000 (rango normal 150-450.000). Dada la situación clínica del paciente, y tras el diagnóstico de síndrome de Lemierre, nos es comentado el caso. El paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva de nuestro hospital, y se procede a la intubación orotraqueal urgente y la estabilización hemodinámica. Se administra, de forma empírica, tratamiento antibiótico con clindamicina, tobramicina y meropenem. Tras ello, se solicita evaluación por parte de los Servicios de Cirugía Maxilofacial y Otorrinolaringología. Se decide la intervención quirúrgica urgente para el drenaje de los senos mediante cirugía endoscópica nasal funcional; se rea-

liza sinusostomía frontal y esfenoidotomía izquierda. Con posterioridad, el paciente desarrolla un cuadro de inestabilidad hemodinámica que requiere apoyo inotrópico con noradrenalina, con procalcitonina de 29, leucocitos 12.100 y plaquetas 16.000. A las 24 horas del ingreso, súbitamente, desarrolla midriasis bilateral arreactiva. Se inician las medidas antiedema y se solicita una tomografía computarizada craneal urgente, en la que se observa hemorragia subaracnoidea, fundamentalmente en la cisura de Silvio derecha, y escasa diferenciación corticosubcortical en el contexto de edema cerebral difuso. A la vista de los hallazgos, se solicita al Servicio de Neurocirugía la monitorización de la presión intracraneal. Mediante la colocación de un catéter intraventricular, se extrae líquido cefalorraquídeo turbio, a presión. Las características citoquímicas son: leucocitos 2560 (79% polimorfonucleares), glucorraquia 10 mg/dl y proteinorraquia 299 mg/dl (rango normal 15-45), ácido láctico 12. No se detecta crecimiento en el cultivo. Las presiones intracraneales (PIC) iniciales fueron de 80.

Se mantuvo el cuadro de shock séptico no controlado, con disfunción multiorgánica, puntaje en la Escala de Coma de Glasgow de 3 y midriasis bilateral arreactiva, pese al empleo de medidas antiedema. El doppler transcraneal fue compatible con muerte encefálica. El paciente muere a las 48 horas de su ingreso. En los hemocultivos, se aisló *Peptostreptococcus* sp sensible a penicilina, resistente a metronidazol y clindamicina.

Descrito, por primera vez, en 1936, por A. Lemierre, este síndrome cursa con un cuadro clínico grave, aunque poco frecuente, con una incidencia de 0,8 casos por millón y año.⁷ Es más frecuente en adultos jóvenes previamente sanos, se presenta como un cuadro séptico caracterizado por fiebre alta y odinofagia, de varios días de evolución tras el antecedente de una faringitis resuelta, se desarrolla una infección orofaríngea (fundamentalmente abscesos amigdalinos y periamigdalinos), aunque también se han descrito casos relacionados con otras infecciones en cabeza y cuello, como otitis media y mastoiditis, infecciones odontógenas e incluso celulitis, con extensión al espacio parafaríngeo. Entre los factores predisponentes se encontrarían aquellos que debilitan la mucosa, con las consiguientes alteraciones de las barreras de defensa, como ocurre en los traumatismos o la cirugía; la nicotina, las enfermedades vasculares o incluso las infecciones concomitantes por virus (herpes, coxsackie o Epstein-Barr) o bacterianas. Desde allí, en una segunda etapa, se produce una invasión de los linfáticos de la zona y de las venas periamigdalinas, las cuales, al encontrarse junto a la vena yugular interna, provocarían la trombosis. En las etapas finales, existen siembras tromboembólicas sépticas que alcanzan órganos distantes, la pulmonar es la más frecuente (89-97% de los casos) y le siguen las partes blandas, bazo, hígado, riñón, corazón, tejido muscular, articulaciones

y tejido óseo, así como meninges y sistema nervioso central. También puede haber complicaciones a nivel local, como rotura carotídea, síndrome de Horner, parálisis del trapecio y disfagia, todo ello en relación con las estructuras que pueden verse afectadas en el espacio parafaríngeo (arteria carótida, pares craneales X y XII, y tronco simpático cervical).

Hasta en un 80% de los casos, el agente etiológico es *Fusobacterium necrophorum*, frecuentemente la infección es polimicrobiana, con una amplia variedad de patógenos aerobios y anaerobios, como *Staphylococcus aureus*, *Bacteroides*, *Eikenella*, *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Proteus*, *Peptostreptococcus* (como en nuestro caso) y *Streptococcus pyogenes*; en más del 10% de los pacientes, los cultivos resultan negativos.

Puede haber complicaciones neurológicas graves por afectación del sistema nervioso central, derivadas del tromboembolismo o de los émbolos sépticos por propagación retrógrada de la tromboflebitis desde la vena yugular, puede acompañarse de semiología séptica o no. Estas complicaciones pueden manifestarse clínicamente como convulsiones o signos focales (hemiparesia, afasia o síndrome de Horner), debidas a parálisis de los nervios craneales, trombosis de los senos venosos craneales (que puede ocasionar infartos cerebrales) o infecciones (meningitis, empiema subdural o abscesos cerebrales), derivadas de una trombosis séptica de los senos cavernosos, aunque como describieron Stokroos et al, en 1999, el compromiso meníngeo podría derivar de un posible absceso metastásico en el cerebro e incluso en las propias meninges. La meningitis es una de las complicaciones más graves, aunque se ha descrito de forma esporádica,⁸ en general, asociada a otitis media en niños. Su frecuencia de aparición es del 1%.⁹ Esta entidad conlleva una alta

morbimortalidad debido a la asociación con la trombosis de los vasos cerebrales.¹⁰

Bibliografía

1. Telleria Martin A, Jimenez Urria I, Susperregui Insausti I, Ramos Castro J, Gutierrez Oliver A. Síndrome de Lemierre. *Med Intensiva* 2005; 29(8): 441-444.
2. Gulliford MC, Moore MV, Little P, et al. Safety of reduced antibiotic prescribing for self-limiting respiratory tract infections in primary care: cohort study using electronic health records. *BMJ* 2016; 354: i3410.
3. Jacob R, Ravid S, Kassis I, Gordin A, Shachor-Meyouhas Y. Clival syndrome secondary to anaerobic mastoiditis in a 2-year-old child. *Pediatr Infect Dis J* 2015; 34(9): 1034-1036.
4. Olson KR, Freitag SK, Johnson JM, Branda JA. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 36-2014. An 18-year-old woman with fever, pharyngitis, and double vision. *N Engl J Med* 2014; 371(21): 2018-2027.
5. Shibuya K, Igarashi S, Sato T, Shinbo J, Sato A, Yamazaki M. Case of Lemierre syndrome associated with infectious cavernous sinus thrombosis and septic meningitis. *Rinsho Shinkeigaku* 2012; 52(10): 782-785.
6. Bouziri A, Douira W, Khaldi A, et al. Neurological variant of Lemierre's syndrome with purulent meningitis: a case report and literature review. *Fetal Pediatr Pathol* 2013; 31(1): 1-6.
7. Sanchez Acedo C, Martos Diaz PL, Muñoz Guerrec MF, Naval Gias L, Rodriguez Campo FJ, Martin Diaz E. Trombosis de la vena yugular interna y mediastinitis aguda necrosante descendente debido a una faringoamigdalitis aguda. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac* 2010; 32(3): 119-122.
8. Bentham JR, Pollard AJ, Milford CA, Anslow P, Pike MG. Cerebral infarct and meningitis secondary to Lemierre's syndrome. *Pediatr Neurol* 2004; 30: 281-283.
9. Vincent QB, Labedan I, Madhi F. Lemierre syndrome with meningo-encephalitis, severe cerebral artery stenosis and focal neurological symptoms. *J Pediatr* 2010; 157: 345.
10. Veldhoen ES, Wolfs TF, van Vught AJ. Two cases of fatal meningitis due to *Fusobacterium necrophorum*. *Pediatr Neurol* 2007; 36: 261-263.