

Síndrome de Lemierre secundario a otitis media aguda

M. Marín Andrés, A. L. Martínez de Morentin Navarcorena, M. Bustillo Alonso, C. Guerrero Laleona, L. Sala Fernández

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2017; 47: 88]

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Lemierre es una patología poco frecuente y potencialmente letal, que se origina generalmente como complicación de una infección orofaríngea que se extiende al espacio carotideo. Se asocia a tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y con frecuencia produce embolias sépticas a distancia siendo el compromiso pulmonar el más frecuente. Presentamos un caso de síndrome de Lemierre secundario a otitis media aguda.

CASO CLÍNICO

Mujer de 14 años que acude al servicio de Urgencias por otalgia izquierda de 7 días de evolución, fiebre hasta 39,2°C desde hace 48 horas y dolor retroauricular y occipital desde hace 24 horas. Valorada el día anterior en el mismo servicio se inició tratamiento con amoxicilina-clavulánico ante sospecha de otitis media aguda. Hacía 15 días había sido diagnosticada de otitis media aguda siendo tratada durante 7 días con amoxicilina. Como antecedentes personales destacan otitis de repetición y obesidad (peso >p99).

A la exploración física destaca edema retroauricular sin despegamiento del pabellón auricular, adenopatía submandibular izquierda dolorosa y en la otoscopia izquierda presenta tímpano abombado y deslustrado. En analítica sanguínea se detecta: PCR 16,78 mg/dL, PCT 0,17 ng/mL, leucocitos 19.800/mm³ (N 77,4%). Se decide ingreso e iniciar tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico.

A las 24 horas del ingreso presenta marcado empeoramiento clínico con aparición de tumefacción laterocervical izquierda infrapetrosa, de unos 2-3 cm de diámetro, caliente y dolorosa junto con limitación a la movilización cervical. Es valorada por el servicio de ORL y se decide realizar TAC cervical urgente que muestra una otomastoiditis izquierda, trombosis yugular interna izquierda y adenoflemon izquierdo. Se sustituye antibioterapia inicial por cefotaxima más clindamicina y se añade corticoterapia

intravenosa y heparina de bajo peso molecular. Ante la sospecha clínica de síndrome de Lemierre se completa el estudio con radiografía de tórax y ecocardiograma que son normales. En hemocultivo se aísla *Streptococcus intermedius*.

Inicia mejoría clínica progresiva completando 14 días de antibioterapia intravenosa. Al alta continúa tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral 3 semanas y heparina subcutánea 3 meses. Se realiza posteriormente ecografía doppler cervical que muestra permeabilidad de la vena yugular interna y estudio de genética molecular de las mutaciones más frecuentes en trombofilia familiar sin encontrarse ninguna mutación.

COMENTARIOS

El síndrome de Lemierre afecta típicamente a adolescentes y adultos jóvenes inmunocompetentes. Se presenta generalmente como un cuadro caracterizado por fiebre y odinofagia de varios días de evolución tras el antecedente de una faringitis aparentemente resuelta, siendo cerca del 90% de los casos las amígdalas palatinas y tejido periamigdalino el origen de la infección primaria. Otros focos infecciosos iniciales menos frecuentes pueden corresponder a otitis media aguda, como es el caso de nuestra paciente, o infecciones de origen dental. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y apoyado por las pruebas de imagen como la ecografía doppler y el TAC cervical con contraste. El tratamiento consiste en antibioterapia prolongada (4-6 semanas) con adecuada cobertura para anaerobios, especialmente dirigidos contra *Fusobacterium necrophorum* (patógeno más frecuente). La anticoagulación es controvertida ya que en la mayoría de los casos los pacientes evolucionan de forma favorable sin el uso de la misma. Algunos autores sugieren que el uso de heparina se asocia con mejor resolución del trombo de la vena yugular interna mientras que otros recomiendan usarla solo en casos de producción de nuevos émbolos sépticos a pesar de antibioterapia adecuada.