



Brazilian Journal of  
**OTORHINOLARYNGOLOGY**

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

**Lemierre's syndrome: a pharyngotonsillitis complication**<sup>☆,☆☆</sup>

**Síndrome de Lemierre: uma complicação de faringotonsilite**

Pedro Ernesto Barbosa Pinheiro\*, Priscilla Durante Miotto,  
Natalia Quinhone Shigematsu, Edwin Tamashiro,  
Fabiana Cardoso Pereira Valera, Wilma Teresinha Anselmo-Lima

Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

Recebido em 21 de setembro de 2014; aceito em 17 de outubro de 2014

**Introdução**

A Síndrome de Lemierre (SL) é uma complicação grave e rara de faringotonsilites que geralmente ocorre em adolescentes e adultos jovens, causada por bactérias anaeróbicas, mais especificamente atribuída a *Fusobacterium necrophorum*. Inicialmente descrita no começo do século XX, foi em 1936 que o microbiologista francês Dr. André Lemierre delimitou as características da doença.<sup>1</sup>

**Apresentação do caso**

K.C.O., paciente do sexo feminino, 12 anos, previamente hígida. Apresentava quadro de odinofagia e febre há sete dias. Foi diagnosticada, em outro serviço, com faringotonsi-

lite e fez uso de Benzilpenicilina Benzatina intramuscular, evoluindo com melhora da dor; contudo constatou-se temperatura alta persistente e abaulamento em região cervical anterior direita há três dias. Observou-se hiperemia de orofaringe e abaulamento cervical em topografia de músculo esternocleidomastóideo à direita, doloroso à palpação. Tomografia contrastada e angiorressonância evidenciaram processo inflamatório periamigdaliano à direita, trombose de Veia Jugular Interna (VJI) direita e nódulos pulmonares compatíveis com microabscessos (fig. 1). Inicialmente não se fez a hipótese diagnóstica de SL e foi iniciada antibioticoterapia endovenosa com amoxicilina e clavulanato, na dose 90 mg/kg/dia, e anticoagulação com enoxaparina e warfarina, com melhora clínica gradual. Após 3 dias, com a definição do diagnóstico e em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, optou-se por manter o esquema terapêutico, vista a melhora de parâmetros clínicos e laboratoriais. Mesmo sendo admitida em uso de antibióticos, foram colhidas amostras de culturas gerais e para bactérias anaeróbicas, sem crescimento. Recebeu alta após 14 dias de internação, assintomática, com antibioticoterapia oral, que usaria até completar 21 dias de tratamento e em anticoagulação oral. Realizada angiorressonância de controle, após quatro meses de anticoagulação para acompanhamento da doença, que evidenciou persistência da trombose de VJI.

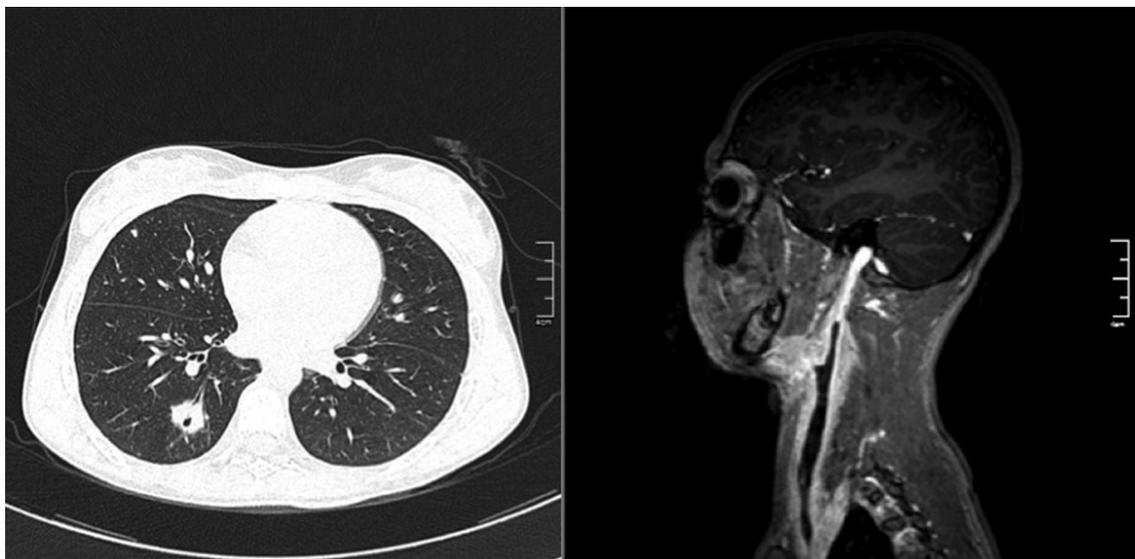
DOI se refere ao artigo: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.10.004>

\* Como citar este artigo: Pinheiro PE, Miotto PD, Shigematsu NQ, Tamashiro E, Valera FC, Anselmo-Lima WT. Lemierre's syndrome: a pharyngotonsillitis complication. Braz J Otorhinolaryngol. 2015;81:115-6.

\*\* Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

\* Autor para correspondência.

E-mail: pedroernesto.fmrp@gmail.com (P.E.B. Pinheiro).



**Figura 1** À esquerda, cortes transversais de tomografia computadorizada de tórax evidenciando microabscessos pulmonares. À direita, corte sagital de angiorressonância magnética com contraste, ponderada em T1, mostrando falha de enchimento de veia jugular interna direita.

A paciente mantém anticoagulação e seguimento ambulatorial com as equipes de otorrinolaringologia, hematologia pediátrica e cirurgia vascular.

## Discussão

*F. necrophorum* é uma bactéria anaeróbica Gram-negativa da flora da orofaringe, com capacidade de provocar infecção primária em indivíduos saudáveis com barreiras anatômicas intactas. A afecção se inicia com uma faringotonsilite e evolui para acometimento progressivo de tecido peritonsilar, espaço parafaríngeo, tromboflebite de VJI e, por fim, formação de êmbolos sépticos.<sup>2</sup> O início da septicemia ocorre com febre acentuada (39 ° -41 °C), tipicamente 4 a 5 dias após o início da odinofagia, e, por vezes, após melhora desse sintoma.<sup>2</sup> O aparecimento de abaulamento no ângulo da mandíbula ou paralelamente ao músculo esternocleidomastoideo reflete clinicamente a tromboflebite. Os pulmões são o principal sítio de formação de abscessos secundários aos êmbolos sépticos; contudo pode-se encontrar acometimento de múltiplos órgãos.<sup>2,3</sup> O diagnóstico da SL envolve: 1 – infecção recente em orofaringe; 2 – evidência clínica ou radiológica de trombose de VJI; 3 – isolamento de patógeno anaeróbico; 4 – pelo menos um foco séptico.<sup>4</sup> Há controvérsia na literatura quanto à classificação dos casos em que não se consegue isolamento do patógeno<sup>2,3</sup>; contudo, considerando que se encontra cultura negativa em 12% dos casos,<sup>3</sup> diante do quadro clínico característico e da dificuldade de crescimento bacteriano nos pacientes em vigência de antibioticoterapia, mantivemos nosso diagnóstico e conduta perante este caso. O tratamento inclui antibioticoterapia por 3 a 6 semanas, com cobertura para anaeróbicos.<sup>5</sup> A anticoagulação é controversa, porém é amplamente utilizada. Na ausência de qualquer contraindicação, a terapia deve ser considerada, especialmente em pacientes com resposta clínica insatisfatória apesar do antibiótico.<sup>6</sup>

## Comentários finais

Após o advento da antibioticoterapia, os casos de SL praticamente desapareceram, mas há evidências de aumento na incidência da SL nos últimos anos, possivelmente associada à redução do uso de antibióticos para odinofagia. Descrita por André Lemierre com “um quadro clínico tão característico que um engano é quase impossível”,<sup>1</sup> essa afecção é tão potencialmente grave quanto potencialmente tratável<sup>3</sup>; basta haver um alto grau de suspeição para evitar um diagnóstico tardio com consequências potencialmente fatais.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Lemierre A. On certain septicaemias due to anaerobic organisms. *Lancet*. 1936;1:701-3.
2. Baig M, Rasheed J, Subkowitz D, Vieira J. A review of Lemierre syndrome. *Internet J Infect Dis [serial online]*. 2005;5. Disponível em: <http://ispub.com/IJID>
3. Riordan T, Wilson M. Lemierre's syndrome: more than a historical curiosity. *Postgrad Med J*. 2004;80:328-34.
4. Asnani J, Jones S. Case review. *J Fam Pract*. 2014;63:193-6.
5. Karkos PD, Asrani S, Karkos CD, Leong SC, Theochari EG, Alexopoulos TD, et al. Lemierre syndrome: a systematic review. *Laryngoscope*. 2009;119:1552-9.
6. Phan T, So TY. Use of anticoagulation therapy for jugular vein thrombus in pediatric patients with Lemierre's syndrome. *Int J Clin Pharm*. 2012;34:818-21.