



Brazilian Journal of
OTORHINOLARYNGOLOGY

www.bjorl.org.br



RELATO DE CASO

Lemierre's syndrome: a pharyngotonsillitis complication ☆☆☆

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.¹

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.² 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.² O aparecimento de abaulamento no ângulo da mandíbula ou paralelamente ao músculo esternocleidomastoídeo 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.^{2,3} 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.⁴ Há controvérsia na literatura quanto à classificação dos casos em que não se consegue isolamento do patógeno^{2,3}; contudo, considerando que se encontra cultura negativa em 12% dos casos,³ 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.⁵ 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.⁶

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”,¹ essa afecção é tão potencialmente grave quanto potencialmente tratável³; 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.