

SÍNDROME SÍMIL LEMIERRE, UN DIAGNÓSTICO EMERGENTE

SERGIO PUERTO¹, DEBORA PELLEGRINI¹, PATRICIA GIORGIO², AGUSTINA PICKELNY¹,
JULIO E. BRUETMAN¹, PABLO YOUNG¹

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Infectología, Hospital Británico de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Debora Pellegrini, Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, 1280 Buenos Aires, Argentina

E-mail: debopellegrini@hotmail.com

Recibido: 30-IX-2025

Aceptado: 10-XII-2025

Resumen

El síndrome de Lemierre se caracteriza por una tromboflebitis séptica de la vena yugular, bacteriemia y embolias sépticas, a punto de partida de una infección orofaríngea frecuentemente ocasionada por bacterias del género *Fusobacterium*. En las últimas décadas se han incrementado los reportes de pacientes que presentan una variante denominada síndrome símil Lemierre. En estos casos el germen involucrado es el *Staphylococcus aureus*, particularmente de cepas meticilino-resistentes. Reportamos el caso de un hombre de 64 años sin comorbilidades, que presentó un absceso mentoniano a punto de partida de una foliculitis facial. Evolucionó con bacteriemia, tromboflebitis de la vena yugular externa con embolias sépticas pulmonares y endocarditis mitral. Los cultivos revelaron *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente. Se realizó el drenaje del absceso, tratamiento antibiótico endovenoso durante 6 semanas y anticoagulación, con evolución clínica favorable. El síndrome símil Lemierre debe sospecharse en pacientes con sepsis por infecciones cutáneas cervicofaciales. Se trata de un cuadro emergente y grave, cuyo diagnóstico y tratamiento antibiótico oportuno son fundamentales para lograr una evolución favorable.

Palabras clave: síndrome símil Lemierre, tromboflebitis séptica, *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente, embolias sépticas pulmonares.

Abstract

Lemierre-like syndrome, an emerging diagnosis

Lemierre's syndrome is characterized by septic thrombophlebitis of the jugular vein, bacteremia, and septic embolisms, resulting from an oropharyngeal infection frequently caused by *Fusobacterium*. In recent decades, there have been increasing reports of patients with a variant called Lemierre-like syndrome. In these cases, the pathogen involved is *Staphylococcus aureus*, particularly methicillin-resistant strains. We report the case of a 64-year-old man with no comorbidities who presented with a chin abscess due to facial folliculitis. He progressed with bacteremia, external jugular vein thrombophlebitis with septic pulmonary embolisms, and mitral endocarditis. Cultures revealed methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. The patient underwent drainage of the abscess, intravenous antibiotic treatment for 6 weeks, and anticoagulation, with favorable clinical outcome. Lemierre-like syndrome should be suspected in patients with sepsis presenting as a result of cervicofacial skin infections. This is an emerging and serious condition, whose early diagnosis and antibiotic treatment are essential for a favorable outcome.

Key words: Lemierre-like syndrome, septic thrombophlebitis, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, septic pulmonary embolisms.

En 1936 André Lemierre detalló las características clínicas de pacientes jóvenes previamente sanos que, tras una infección orofaríngea, desarrollaban tromboflebitis de la vena yugular interna con embolias sépticas pulmonares¹. Se trataba de cuadros fulminantes ocasionados por el *Fusobacterium necrophorum*, un bacilo anaerobio Gram negativo presente en el microbioma orofaríngeo que puede invadir tejidos profundos, generar tromboflebitis y diseminarse por vía hematogena²⁻⁴.

El uso de antibióticos en las faringoamigdalitis disminuyó significativamente la incidencia y mejoró el pronóstico del síndrome de Lemierre⁴. Sin embargo, en las últimas décadas se observó un aumento progresivo de presentaciones atípicas, denominadas en la literatura como “síndrome símil Lemierre” (SSL)⁵. Esta variante incluye casos de tromboflebitis séptica de la vena yugular sin un foco orofaríngeo evidente, o bien causados por microorganismos distintos al *Fusobacterium*⁵. Entre los patógenos involucrados se destaca el *Staphylococcus aureus*, especialmente las cepas meticilino-resistentes (SAMR), frecuentemente a partir de infecciones de piel y partes blandas en la región cervicofacial⁵.

La virulencia de estos gérmenes se refleja en un curso clínico acelerado, con riesgo de embolias sépticas pulmonares, abscesos profundos y endocarditis infecciosa, por lo que es fundamental el reconocimiento precoz y el tratamiento adecuado⁶. El inicio oportuno del tratamiento antibiótico efectivo es fundamental para reducir la morbimortalidad⁷.

En este contexto, presentamos el caso de un paciente adulto con foliculitis facial y absceso mentoniano que evolucionó con bacteriemia por SAMR, tromboflebitis de la vena yugular externa, embolias sépticas pulmonares y endocarditis mitral.

Caso clínico

Varón de 64 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó al servicio de emergencias por presentar lesiones pustulosas en la región mentoniana sugestivas de foliculitis. Se encontraba afebril, hemodinámicamente estable y en buen estado general. El examen físico evidenció pústulas con base eritematosa en el mentón, sin signos de fluctuación, acompañadas de adenomegalias submaxilares bilaterales, móviles, no dolorosas.

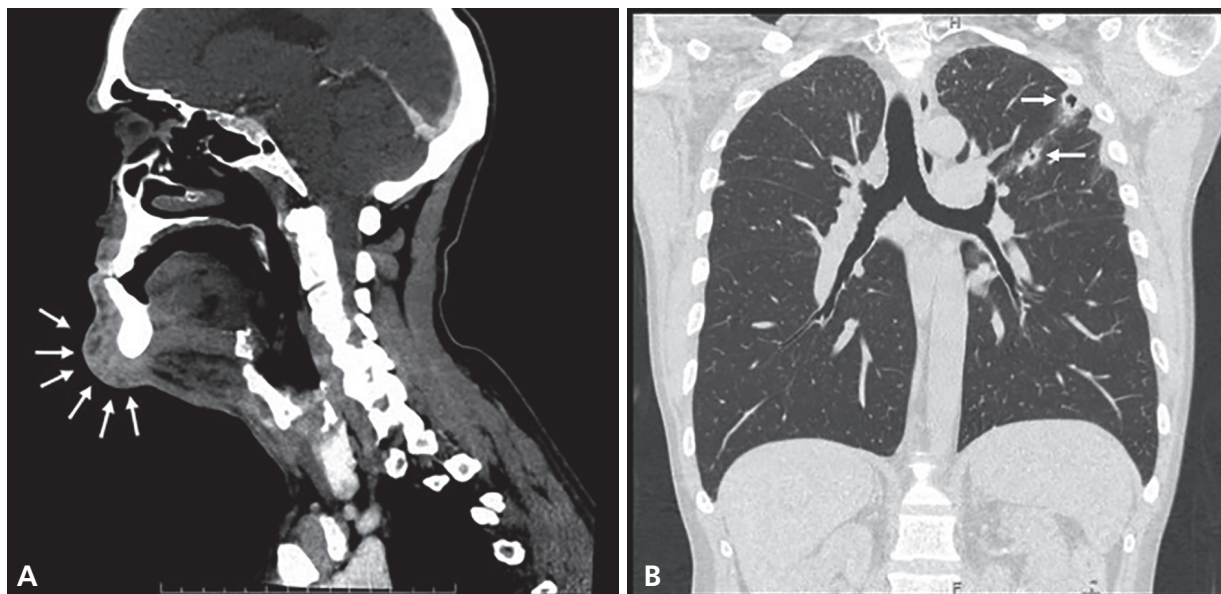
Se inició tratamiento empírico ambulatorio con clindamicina por vía oral. A las 72 horas, el paciente regresó al servicio de emergencias por registros febriles en su domicilio y progresión de las lesiones cutáneas. Se encontraba lúcido, hemodinámicamente estable y afebril. Presentaba edema cervicofacial con eritema e induración en labio inferior y región mentoniana, acompañado de salida espontánea de material purulento a dicho nivel (Fig. 1). Se indicó la internación por infección de piel y partes blandas en cara para realizar tratamiento antibiótico endovenoso y continuar estudios.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste endovenoso, que evidenció una tromboflebitis del segmento superior y medio de la vena yugular externa derecha, así como una colección líquida subcutánea en región mentoniana, de aproximadamente 19×12 mm, con signos de celulitis y edema de los tejidos blandos adyacentes (Fig. 2). Una TC de tórax mostró

Figura 1 | A: Tumefacción y eritema que comprometían el labio inferior y la región mentoniana, con presencia de secreción purulenta, compatibles con absceso mentoniano. B: Adicionalmente, en la mucosa yugal del labio inferior presentaba lesiones pustulosas con base eritematosa



Figura 2 | A: Corte sagital de tomografía computarizada de macizo facial con contraste endovenoso que muestra imagen tubular hipodensa y no opacificada en región cervical lateral derecha, correspondiente al trayecto de la vena yugular externa, con engrosamiento de partes blandas adyacentes, hallazgos compatibles con tromboflebitis (flechas gruesas). Pequeña colección líquida en el espesor subcutáneo de la región mentoniana que alcanza el plano cutáneo superficial, de 19 x 12 mm, asociada a tumefacción y edema de los tegumentos adyacentes del mentón y submaxilares (flechas finas). B: Corte coronal de tomografía computarizada de tórax que evidencia múltiples nódulos a predominio del lóbulo superior izquierdo y língula, de distribución predominantemente periférica, algunos de ellos cavitados y rodeados de sutiles áreas en vidrio esmerilado (flechas).



múltiples nódulos pulmonares con distribución periférica, algunos de ellos cavitados, acompañados de áreas en vidrio esmerilado perilesionales, compatibles con embolias sépticas. Se tomaron cultivos de las lesiones cutáneas y hemocultivos, que resultaron positivos para SAMR. Se realizó drenaje del absceso mentoniano y se inició tratamiento antibiótico intravenoso con vancomicina. Dada la bacteriemia por SAMR, se solicitó un ecocardiograma transesofágico, que reveló vegetaciones sugestivas de endocarditis infecciosa de la válvula mitral nativa.

Evolucionó favorablemente. Por presentar niveles plasmáticos erráticos de vancomicina, se rotó el esquema antibiótico a daptomicina, completando 6 semanas de tratamiento endovenoso domiciliario. Adicionalmente se asoció trimetoprima sulfametoxazol por vía oral, dada su mayor concentración en el parénquima pulmonar, hasta lograr la resolución de los impactos sépticos, lo que sucedió a los 90 días de tratamiento. Asimismo, recibió tratamiento anticoagulante con apixabán durante tres meses.

El paciente firmó el correspondiente consentimiento informado para la publicación del caso.

Discusión

El síndrome de Lemierre, originalmente descrito en la década de 1930, ha sido tradicionalmente asociado con el *Fusobacterium necrophorum* y se caracteriza por la tríada de infección orofaríngea, tromboflebitis de la vena yugular y bacteriemia con embolias sépticas, principalmente pulmonares^{1,2}. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha documentado un aumento de casos con rescates de SAMR a partir de infecciones de piel y tejidos blandos en la región cervicofacial^{5,8}.

En la fisiopatogenia del cuadro intervienen la hipercoagulabilidad y la disfunción endotelial resultante del estado inflamatorio, sumado a la avidéz del *Staphylococcus aureus* para diseminarse por vía hematogena⁷.

En relación con la edad de los pacientes, los casos reportados en la literatura suelen ser más jóvenes que el presentado en nuestro trabajo, habitualmente entre 18 y los 25 años⁹. Entre los afectados existe predominancia masculina⁹.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica (fiebre, dolor faríngeo, escalofríos y dolor o sensibilidad unilateral en el cuello), los cultivos y los estudios imagenológicos. La trombosis se puede confirmar a partir de un eco Doppler de vasos de cuello, una resonancia magnética o una TC⁷. Entre estos métodos, la TC es el preferido, ya que permite apreciar las venas yugulares en toda su extensión y las características del foco infeccioso original⁸.

Si bien la gran mayoría de los pacientes presentan tromboflebitis de la vena yugular interna⁵, el compromiso de la vena yugular externa encontrado en nuestro paciente ha sido comunicado previamente¹⁰.

El tratamiento de elección consiste en una terapia antimicrobiana dirigida contra *Staphylococcus aureus*, incluyendo cobertura específica para cepas meticilino-resistentes, complementada con intervención quirúrgica para el drenaje de colecciones cuando sea necesario^{5,11}. En una re-

visión de la literatura la mitad de los pacientes requirieron drenaje quirúrgico de abscesos⁹. La anticoagulación es controversial. Su indicación debe individualizarse en función de la extensión de la trombosis y el riesgo hemorrágico¹².

En relación con el pronóstico, en la era preantibiótica la mortalidad del síndrome de Lemierre clásico alcanzaba el 90%¹. Actualmente ronda el 5%, mientras que la mortalidad del SSL se estima en 16%^{9,12}.

En conclusión, el caso presentado destaca la importancia de considerar el SSL en pacientes adultos con infecciones cutáneas locales que progresan con bacteriemia y signos de trombosis venosa yugular. El reconocimiento precoz de esta entidad, junto con el inicio oportuno de un tratamiento antimicrobiano con cobertura para el SAMR, resulta fundamental para reducir la morbimortalidad⁵.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Lemierre A. On certain septicemia due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 227: 701-3.
2. Riordan T. Human infection with *Fusobacterium necrophorum* (Necrobacillosis), with a focus on Lemierre's syndrome. *Clin Microbiol Rev* 2007; 20: 622-59.
3. Hagelskjaer Kristensen L, Prag J. Lemierre's syndrome and other disseminated *Fusobacterium necrophorum* infections in Denmark: a prospective epidemiological and clinical survey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008; 27: 779-89.
4. Karkos PD, Asrani S, Karkos CD, et al. Lemierre's syndrome: A systematic review. *Laryngoscope* 2009; 119: 1552-9.
5. Carreras X, Salcedo AS, Ponce-Rosas L, Gonzales-Zamora JA, Diaz N, Alave J. Lemierre-like syndrome after soft tissue infection due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)* 2024; 103: e37006.
6. Chirinos JA, Lichtstein DM, Garcia J, Tamariz LJ. The evolution of Lemierre syndrome: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2002; 81: 458-65.
7. Niang I, Diouf LJ, Diop PA, et al. Cervicofacial cellulitis due to *Staphylococcus aureus* with jugular vein thrombosis and multiple septic pulmonary embolism: A Lemierre-Like syndrome. *Case Rep Infect Dis* 2022; 2022: 7805523.
8. Correia MS, Sadler C. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* septic internal jugular thrombophlebitis: updates in the etiology and treatment of Lemierre's syndrome. *J Emerg Med* 2019; 56: 709-12.
9. Van Hoecke F, Lamont B, Van Leemput A, Vervaeke S. Lemierre-like syndrome caused by *Staphylococcus aureus*: an emerging disease. *Infect Dis (Lond)* 2020; 52: 143-51.
10. Hagiya H, Haruki Y, Otsuka F. Lemierre syndrome involving external jugular vein. *Acute Med Surg* 2014; 2: 64-8.
11. Riordan T, Wilson M. Lemierre's syndrome: more than a historical curiosa. *Postgrad Med J* 2004; 80: 328-34.
12. Rivas MJ, D'Elía K, Bianconi I, Novelli Poisson P. Anticoagulación en paciente con síndrome de Lemierre y embolias sépticas pulmonares. *Medicina (B Aires)* 2023; 83: 315-8.