Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 530

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/1853 - INGRESO EN UCI POR ANGINAS

S. Gil Rodríguez[a], I. Gutiérrez Sánchez[a], A. Saiz Peña[b] y B. Martín Peces[a]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 30 años sin antecedentes de interés. Acude al Centro de Salud por odinofagia y fiebre de 39-40 ºC de 24 horas de evolución, no otra sintomatología. Exploración: exudado amigdalar purulento y adenopatía submandibular izquierda. Con el diagnóstico de faringoamigdalitis aguda de probable etiología estreptocócica (4 criterios de Centor) fue tratado con bencilpenicilina-benzatina 1.200.000UI im + Prednisona 80 mg im dosis única + paracetamol. A los 2 días vuelve por persistir fiebre, malestar general y aparición de dolor pleurítico izquierdo con dificultad respiratoria, se deriva a urgencias con sospecha de neumonía vs TEP.

Exploración y pruebas complementarias: TA 115/70, saturación de oxígeno 88%, tiraje supraclavicular, auscultación cardiopulmonar normal, amígdalas hipertróficas con exudado purulento, resto normal. Analítica: creatinina 1,4 mg/dl, GOT 94 U/l, GPT 103 U/l, GGT 127 U/l, fosfatasa alcalina 234 U/l, PCR 34,43 mg/dl, leucocitos 17.600 (neutrófilos 90,4%). Actividad protrombina 57%. PO2 52 mmHg, dímeros D 2000. Sistemático de orina, Rx tórax, eco abdomen y ecocardiograma: sin alteraciones. AngioTAC torácico: sin signos de tromboembolismo pulmonar. Opacidades parenquimatosas pulmonares nodulares periféricas compatibles con émbolos sépticos. TAC cervical con contraste: tromboflebitis con gas en su interior, probablemente séptica de vena yugular izquierda externa e interna. Estudio de inmunodepresión y serologías CMV, VEB y VIH negativos. Hemocultivos: Fusobacterium necrophorum.

Orientación diagnóstica: Shock séptico secundario a faringoamigdalitis aguda por Fusobacterium necrophorum complicada con tromboflebitis de vena yugular izquierda interna y embolia séptica pulmonar bilateral diseminada (síndrome de Lemierre).

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis víricas o por gérmenes poco habituales, neumonía.

Comentario final: El paciente ingresó en UCI por distrés respiratorio agudo grave. Requirió ventilación mecánica invasiva, soporte hemodinámico y antibioterapia de amplio espectro. Tras 3 meses de tratamiento anticoagulante está asintomático y sin secuelas. El síndrome de Lemierre es un cuadro poco frecuente que consiste en la tromboflebitis séptica de la vena yugular interna secundaria a una infección faríngea-odontógena por gérmenes Gram-negativos anaerobios. Es una complicación grave que requiere tratamiento precoz, debe ser considerada en adultos jóvenes con cuadros febriles orofaríngeos que no responden al tratamiento habitual.

Bibliografía

1. Gargallo E. Síndrome de Lemierre: distintas presentaciones clínicas de una enfermedad olvidada. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(10):701-5.

Palabras clave: Faringoamigdalitis. Fusobacterium necrophorum. Síndrome de Lemierre.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.