

## 347/1853 - INGRESO EN UCI POR ANGINAS

S. Gil Rodríguez<sup>a</sup>, I. Gutiérrez Sánchez<sup>a</sup>, A. Saiz Peña<sup>b</sup> y B. Martín Peces<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid. <sup>b</sup>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 °C 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. Sistémico 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 Infect Microbiol Clin. 2010;28(10):701-5.

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