



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4530 - UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE MASA CERVICAL

P. Rivas Pacheco^a, M. Sojo Elías^b, E. López Garzón^c y F. Pérez Durán^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Escorial. Madrid.^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Hospital El Escorial. Madrid.^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid.^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 15 años que acude a consulta por masa cervical izquierda de 7 días de evolución con sialorrea. Se deriva a urgencias ante sospecha de angina de ludwig, decidiéndose ingreso para tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Empeoramiento progresivo tras dos días, por lo que se solicita interconsulta a ORL.

Exploración y pruebas complementarias: Peso: 45,3 kg, talla: 148 cm, T^a 36,9 °C, TA 90/55 mmHg, FC 94 lpm. Palidez cutánea. Masa a nivel cervical izquierdo desde región latero-cervical posterior a región submandibular con borramiento del ángulo mandibular, de 9 × 9 cm y de consistencia elástica y leve eritema de piel supraadyacente. Orofaringe con amígdalas hipertróficas e hiperémicas sin placas ni exudados. Hemograma: Leucocitos $20,50 \times 10^3/\text{mm}^3$ (N 84,3%, L 8,29%); PCR 43,19 mg/dL. Serología: Paul-Bunnel negativo. TC cervical: colección hipodensa de 39 × 68 × 50 mm con realce en anillo, que sugiere absceso. La afectación engloba la carótida y vena yugula izquierdas. Microbiología: Se aísla *Fusobacterium necrophorum* (sensible a penicilina, clindamicina y amoxicilina-clavulánico). Serología: Ig G + para VHS. Mantoux negativo. Ecografía de troncos supraaórticos: 1/3 superior con engrosamiento mural en el contexto de flebitis reactiva con diminución de la luz por compresión de absceso cervical, colapsándose cranealmente sin flujo Doppler por trombosis sobreañadida.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Lemierre (sepsis postangina con tromboflebitis de la vena yugular interna).

Diagnóstico diferencial: Mononucleosis infecciosa, tortícolis, neumonía, e incluso linfoma, metástasis o enfermedad de Wegener.

Comentario final: Con una mortalidad del 90% en la era preantibiótica, el síndrome de Lemierre es un cuadro de trombosis séptica de la vena yugular con embolismos sépticos originado por una infección orofaríngea por *F. necrophorum*, aunque, posteriormente, se han ido incluyendo otros agentes. La trombosis/oclusión de la arteria carótida interna es una complicación muy infrecuente pero que es vital conocerla para realizar un diagnóstico precoz, y obtener así una buena respuesta terapéutica.

Bibliografía

1. Gargallo E, Nuevo JA, Cano JC, et al. Síndrome de Lemierre: distintas presentaciones clínicas de “una enfermedad olvidada”. Elsevier. 2010;28(10):701-5.

Palabras clave: Infección. Trombosis. Síndrome de Lemierre.