

Síndrome de Lemierre: la controversia de la anticoagulación

En este número de PEDIATRICS, Schmid et al presentan un caso importante de fallo respiratorio e hipercoagulabilidad en un preescolar con síndrome de Lemierre (SL). El primer hallazgo importante es la edad temprana del paciente. Dada la prevalencia creciente del SL, se necesita tener un elevado índice de sospecha en todos los grupos de edad pediátricos, no sólo en la adolescencia^{1,2}. El segundo dato importante incluye las posibles implicaciones de la búsqueda y el hallazgo de trombofilia de base. Además, la posibilidad de una trombofilia que predispone al SL es un concepto nuevo.

La trombosis venosa yugular interna es el dato clave del SL, pero el papel de la anticoagulación está en discusión^{3,4}. Una posible indicación de la anticoagulación es un infarto cerebral o una trombosis del seno venoso⁵. En un caso de trombosis del seno cavernoso en un SL, el paciente fue tratado con aspirina⁵. En otro caso se describió el empleo de enoxaparina y warfarina⁶. Los defensores de la anticoagulación argumentan la posible resolución más temprana de la tromboflebitis y la bacteriemia¹. Algunos recomiendan la utilización de la anticoagulación sólo si existe evidencia de progresión retrógrada al seno cavernoso². En una serie de casos se empleó la anticoagulación en 3 de los 5 pacientes¹. Ninguno de estos trabajos aclaró la posibilidad de una trombofilia de base.

La situación de tratar un SL en una unidad de cuidados intensivos tiene 2 aspectos: tener un elevado índice de sospecha para diagnosticar el SL y emplear la anticoagulación en caso de fallo sistémico multiorgánico, incluyendo infartos pulmonares por émbolos sépticos. Nuestra institución tuvo un paciente con SL que presentaba una hemorragia pulmonar relacionada temporalmente con el inicio de la anticoagulación con lovenox. En este caso, Schmid et al refieren la anticoagulación

con lovenox, con resolución del trombo. El papel de la anticoagulación en caso de SL con fallo sistémico multiorgánico debe estudiarse de forma sistemática.

En resumen, la publicación de este importante caso nos estimula a tener en cuenta el diagnóstico del SL en los pacientes más pequeños, además de indicar un estudio para detectar la existencia de trombofilia y evaluar una posible anticoagulación. Existe una controversia sobre el papel de la anticoagulación, por lo que quizás la existencia de una trombofilia de base podría orientar el tratamiento.

K. SARAH HOEHN, MD, MBE
Assistant Professor of Anesthesia and Pediatrics. Department of
Anesthesiology and Critical Care Medicine. 9th Floor Main
Building. The Children's Hospital of Philadelphia.
Philadelphia, PA.

La autora no tiene compromisos económicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramirez S, et al. Increased diagnosis of Lemierre syndrome and other *Fusobacterium necrophorum* infections at a Children's Hospital. *Pediatrics*. 2003;112.
2. Riordan T, Wilson M. Lemierre's syndrome: more than a historical curiosity. *Postgrad Med J*. 2004;80:328-34.
3. Hoehn S, Domínguez TE. Lemierre's syndrome: an unusual cause of sepsis and abdominal pain. *Crit Care Med*. 1994;22:1644-7.
4. Chirinos JA, et al. The evolution of Lemierre syndrome: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine*. 2002;81:458-65.
5. Bentham JR, et al. Cerebral infarct and meningitis secondary to Lemierre's syndrome. *Pediatric Neurol*. 2004;30:281-3.
6. Beckelman JE, et al. Lemierre's variant. *Lancet Infectious Diseases*. 2004;4.