

Infectio

Print ISSN 0123-9392

Infect. vol.6 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2002

 [How to cite this article](#)

RESPUESTA AL DIAGNOSTICO POR IMAGENES

En la tincion de Gram que se realizo del material drenado del cuello del paciente se identifico un bacilo Gram negativo fusiforme, compatible microscopicamente con **Fusobacterium necroforum**.

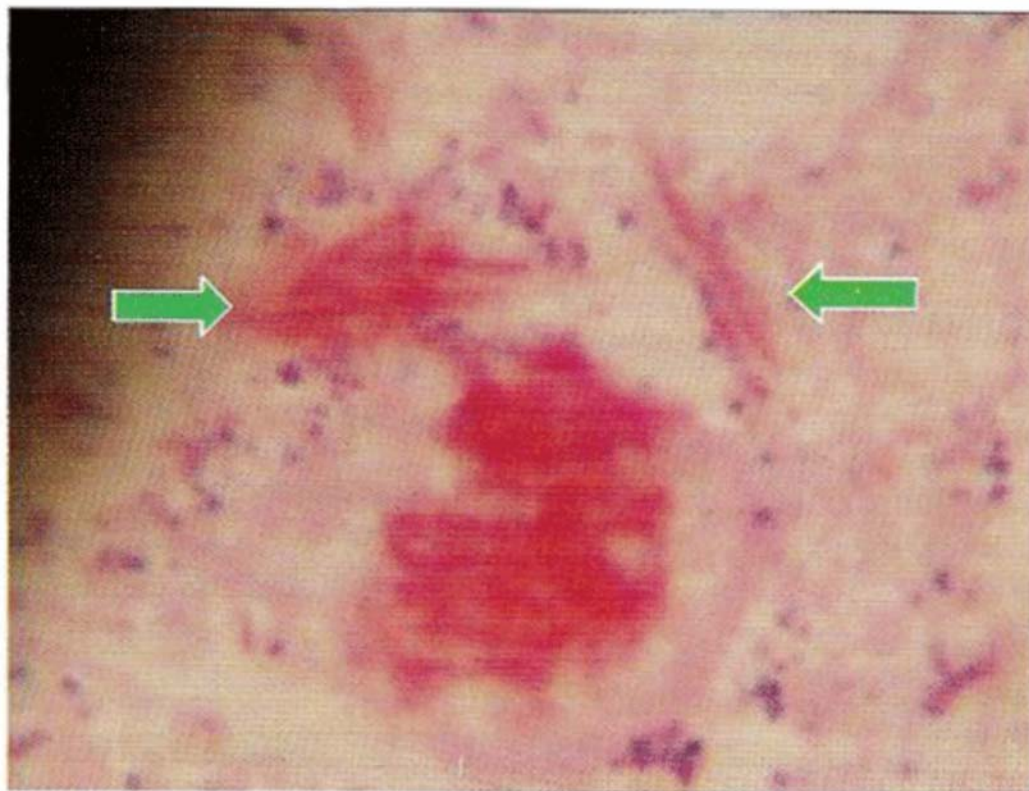


Figura 1: Bacilos Gram negativos fusiformes compatibles con *Fusobacterium necroforum*.

El *Fusobacterium necroforum* es una bacteria anaerobia obligada, Gram negativa, filamentosa, no movil, con un olor caracteristico a acido butfrico. Es un germen que hace parte de la flora normal de la orofaringe, tracto gastrointestinal y genitourinario tanto de animales como del hombre (1,2). Su identificacion por medio del cultivo puede no ser facil, debido al crecimiento

mas rapido de otras bacterias aerobias.

El Síndrome de Lemierre (3), conocido también como necrobacilosis humana, fue descrito por primera vez en 1936 cuando el médico francés, cuyo nombre lleva la enfermedad, estudió pacientes con "septicemia" por anaerobios. Actualmente se considera al Síndrome de Lemierre como una sepsis anaeróbica postangina, es decir secundario a infecciones de cavidad oral y vías respiratorias altas (1). Clínicamente se presenta con fiebre alta, una semana posterior a una infección local primaria. Posteriormente, aparición de cambios inflamatorios en el cuello, adyacentes al músculo esternocleidomastoideo. Puede haber compromiso de venas amigdalinas y eventualmente de la yugular interna, con tromboflebitis en el 36% de los casos y compromiso pulmonar en el 85% y articular en el 26% (4). El compromiso pulmonar puede darse en forma de derrame pleural en el 51% de los casos, empiema en el 25% y abscesos intrapulmonares en el 41% (2). Puede presentarse mediastinitis necrotizante la cual está asociada a una alta mortalidad (5). El compromiso abdominal es raro, caracterizándose por la presencia de microabscesos o tromboflebitis de venas abdominopelvicas. El compromiso de Sistema Nervioso Central se da principalmente en forma de meningitis, como complicación de una otitis media (6).

El Síndrome de Lemierre es un diagnóstico primariamente clínico. En los exámenes de laboratorio puede encontrarse leucocitosis marcada, con desviación a la izquierda y reactantes de fase aguda elevados. La trombosis de la yugular interna puede diagnosticarse por ecografía, tomografía o angiografía. Muchos autores han recomendado para el tratamiento de este síndrome, el uso de Metronidazol asociado a Penicilina Cristalina a dosis altas o monoterapia con Clindamicina por tres a seis semanas (1). A pesar de una terapia adecuada pueden persistir abscesos viables con *Fusobacterium necrophorum* y la fiebre puede estar presente por periodos prolongados. Por lo anterior se recomienda que el tratamiento antibiótico sea acompañado de un drenaje periódico de abscesos, empiemas y desbridamiento del tejido necrótico. La ligadura de la vena yugular interna era frecuente antes de la aparición de la terapia antibiótica adecuada. En la actualidad su uso está cuestionado y se limita a los casos de embolismo persistente (7). La anticoagulación es otro tratamiento controvertido y suele utilizarse solo en los casos de trombosis del seno cavernoso. En la actualidad la mortalidad de esta entidad asciende a un 17% y en caso de meningitis esta se eleva hasta un 30% a pesar de un tratamiento oportuno (6).

Puede concluirse que el Síndrome de Lemierre es un diagnóstico clínico, que debe sospecharse en pacientes jóvenes, previamente sanos, con antecedente de infección orofaríngea y que consultan por deterioro del estado general y compromiso pulmonar. La evolución del cuadro es lenta a pesar de un tratamiento adecuado y no se recomienda el cambio prematuro de antibióticos. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible ante la sospecha clínica, previa toma de cultivos, con el fin de obtener buenos resultados.

Referencias

1. Krlatzen L H, Prag J. Human Nmbacillosis, with Emphasis on Lemierre's Syndrome. *Clin Infect Dis* 2000; 31 : 524-32.
2. Leugers C M, Clover R. Lemierre Syndrome: Postanginal Sepsis. *J Am Board Fam Pract* 1995; 8: 384-91.
3. Lemierre A. On Certain septicaemias due to Anaerobic Organisms. *Lancet* 1936; 1: 701-3.
4. Moreno S, Altozano J G, Pinilla B, et al. Lemierre's Disease: Postanginal Bacteremia and Pulmonary Involvement caused by *Fusobacterium necrophorum*. *Rev infect Dis* 1989; 11 :319-24.
5. Marty-Ane SH, Alauzen M, et al. Descending Necrotizing Mediastinitis. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994,107: 55-61.

6. Jacobs JA, Hendriks JJE, et al. Meningitis due to *Fusobacterium necrophorum* Subspecies *necrophorum*: Case Report and Review of Literature. *Infection* 1993; 21: 57-60.

7. Lustig LR, Kusick BC, et al. Lemke Synchme: two cases of Postanginal Sepsis. *Otdsryngol Head Neck Surg* 1995; 11 2: 767-72.

© **2011 Asociación Colombiana de Infectología.**

Calle 118 No. 15-24 Oficina 503, Bogotá, D. C., Colombia
Teléfono 215 3714 y 215 3517

e-Mail

acin@etb.net.co