Síndrome de Lemierre como complicación de un absceso cervical

Lemierre syndrome as a complication of a cervical abscess.

Adolfo González Osorio, Felipe Quintana Yarad

Servicio de Cirugía, Hospital Regional Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua, Chile.

Resumen

ANTECEDENTES: El síndrome de Lemierre es una complicación poco frecuente pero potencialmente fatal de infecciones orofaríngeas, caracterizada por tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y sepsis secundaria.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 25 años, previamente sana, que inició con un cuadro orofaríngeo y evolucionó con un absceso cervical profundo y tromboflebitis séptica de la vena yugular interna. Se indicó tratamiento con drenaje quirúrgico, antibiótico y anticoagulación. La paciente tuvo buena evolución posterior, sin recidiva.

CONCLUSIONES: El síndrome de Lemierre es un padecimiento infrecuente y grave que requiere diagnóstico temprano y tratamiento integral. El caso descrito evidencia la importancia de mantener la sospecha clínica frente a cuadros sépticos de origen orofaríngeo y confirma el papel del tratamiento quirúrgico en una evolución favorable.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Lemierre; sepsis; tromboflebitis; absceso; vena yugular.

Abstract

BACKGROUND: Lemierre syndrome is a rare but potentially life-threatening complication of oropharyngeal infections, characterized by septic thrombophlebitis of the internal jugular vein and secondary sepsis.

CLINICAL CASE: A 25-year-old female patient, previously healthy, who initially presented with an oropharyngeal infection that progressed to a deep neck abscess and septic thrombophlebitis of the internal jugular vein. She was treated with surgical drainage, antibiotic therapy, and anticoagulation, with a favorable clinical outcome and no recurrence during follow-up.

CONCLUSIONS: Lemierre syndrome is a rare and serious condition that requires early diagnosis and comprehensive management. This case highlights the importance of maintaining a high index of clinical suspicion in patients presenting with sepsis of oropharyngeal origin and supports the role of surgical therapy in achieving a favorable clinical outcome.

KEYWORDS: Lemierre syndrome; Sepsis; Thrombophlebitis; Abscess; Jugular vein.

Correspondencia

Adolfo González Osorio
f.gonoso@gmail.com

Recibido: 7 de agosto 2026

Aceptado: 9 de septiembre 2026

Este artículo debe citarse como: González-Osorio A, Quintana-Yarad F. Síndrome de Lemierre como complicación de un absceso cervical. An Orl Mex 2026; 71 (4): 381-386. https://doi.org/10.24245/aorl.v71i4.11375

PARA DESCARGA

https://doi.org/10.24245/aorl.v71i4.11375

https://otorrino.org.mx
https://nietoeditores.com.mx

ANTECEDENTES

El síndrome de Lemierre, o sepsis posangina, es una complicación rara, invasiva y potencialmente letal derivada de una infección orofaríngea aguda. Esta enfermedad se caracteriza, fundamentalmente, por la invasión microbiana del espacio parafaríngeo, la subsiguiente tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y la aparición de un cuadro de sepsis sistémica con potencial diseminación embólica secundaria.[1,2]

Su incidencia mundial varía entre 0.8 y 3.6 casos por cada millón de habitantes al año, con incremento considerable en el grupo etario de 14 a 25 años y predominio del sexo masculino, con relación de 2:1.[3,4]

La primera descripción documentada la hicieron Courmont y Cade en 1900,[1] quienes caracterizaron un proceso infeccioso orofaríngeo causado por anaerobios que traslocaban al intravascular y desencadenaban infartos pulmonares sépticos. Sin embargo, el microbiólogo francés André Lemierre consolidó sus características clínicas en 1936 al publicar una serie de 20 casos de septicemia anaerobia de origen bucofaríngeo.[5]

El agente etiológico clásico del síndrome de Lemierre es *Fusobacterium necrophorum*, una bacteria anaerobia estricta gramnegativa descrita originalmente como *Bacillus fundulifórmis*.[5,6] Pese a que *Fusobacterium necrophorum* se aísla en el 81% de los casos confirmados, el síndrome puede ser provocado por una variedad de otros microorganismos aerobios y anaerobios, entre los que destacan especies de *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus*, *Bacteroides* y *Peptostreptococcus*.[2,7]

Fisiopatológicamente, la traslocación bacteriana desde la mucosa orofaríngea hacia el espacio parafaríngeo induce la liberación de toxinas y endotoxinas que activan la cascada inflamatoria y promueven un estado procoagulante endotelial.[8] La disfunción endotelial y la estasis sanguínea culminan en la formación del trombo séptico dentro de la vena yugular interna, cuya posterior fragmentación origina microémbolos sépticos hacia la circulación pulmonar y sistémica.[4]

En términos clínicos, evoluciona en dos fases: la primera corresponde a la infección primaria (faringitis aguda en el 73% de los casos, otitis media, mastoiditis o infecciones odontogénicas).[2,9] La segunda fase se caracteriza por la tromboflebitis de la vena yugular interna y la sepsis sistémica, que se manifiestan con dolor cervical ipsilateral, induración y eritema sobre el trayecto del músculo esternocleidomastoideo.[7,10,11]

Ante la sospecha inicial, la tomografía computada de cuello y tórax con contraste representa el patrón de referencia por su alta precisión anatómica para evidenciar la trombosis yugular y las colecciones cervicales.[11,12] La ecografía Doppler ofrece una alternativa accesible y libre de radiación.[12] El tratamiento se sustenta en la administración temprana y prolongada de tratamiento antibiótico sistémico durante cuatro a seis semanas (mínimo 2 semanas vía parenteral)[3,13] y el drenaje quirúrgico de colecciones profundas.[14] La anticoagulación médica se reserva para casos con progresión del trombo o respuesta clínica insatisfactoria.[4,8,11,13]

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años, inmunocompetente, con antecedente de trastorno depresivo, consultó en urgencias de baja complejidad por un cuadro respiratorio alto de dos semanas de evolución con coriza, odinofagia, adenopatías sensibles izquierdas, trismus leve y aumento de

 https://doi.org/10.24245/aorl.v71i4.11375

volumen cervical doloroso con eritema local. Los exámenes de laboratorio iniciales revelaron leucocitosis de 25,100/µL, INR de 1.43 y PCR de 36.7 mg/L. Se derivó al Hospital Dr. Franco Ravera Zunino el 20 de agosto de 2025 para estudios de imagen.

Al ingreso se encontraba febril, taquicárdica y disneica. Al examen físico cervical tenía aumento de volumen difuso e indurado en la región cervical lateral izquierda. La tomografía computada de cuello con contraste confirmó una colección líquida hipodensa profunda al músculo esternocleidomastoideo (adenopatía abscedada del grupo III) asociada con tromboflebitis séptica completa de la vena yugular interna en toda su extensión cervical (**Figura 1**). Sin embolias pulmonares.

El 21 de agosto ingresó a pabellón para cervicotomía exploradora, de la que se obtuvieron 7 cc de contenido purulento y se instaló drenaje aspirativo Hemosuc de 14 Fr. **Figura 2**

Inició tratamiento antibiótico empírico parenteral con ampicilina sulbactam 3 gr EV cada 6 horas y anticoagulación con enoxaparina (1 mg/kg cada 12 horas). El cultivo intraoperatorio aisló *Streptococcus pyogenes* multisensible. El infectólogo indicó mantener tratamiento con ampicilina-sulbactam parenteral y traslape a amoxicilina-ácido clavulánico oral (875/125 mg cada 12 horas) hasta completar 6 semanas.

Debido a la persistencia del trombo sin repermeabilización en las ecografías Doppler cervicales de control, se mantuvo la anticoagulación al alta. La paciente evolucionó favorablemente y recibió el alta hospitalaria al catorceavo día posoperatorio con antibiótico oral durante seis semanas y rivaroxabán por tres meses. En el control al primer mes, la paciente estaba asin-

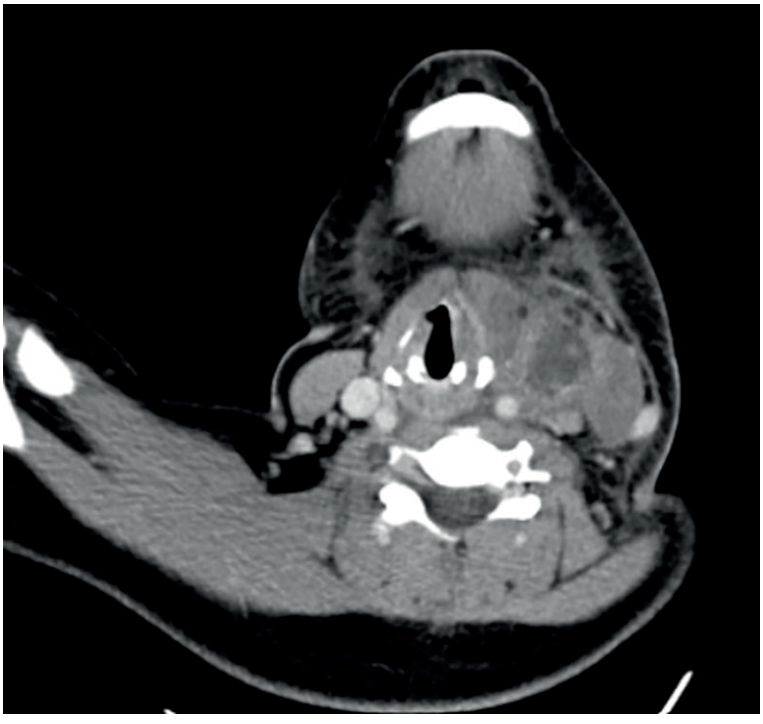

Figura 1

Tomografía axial computada de cuello con contraste previo al drenaje.

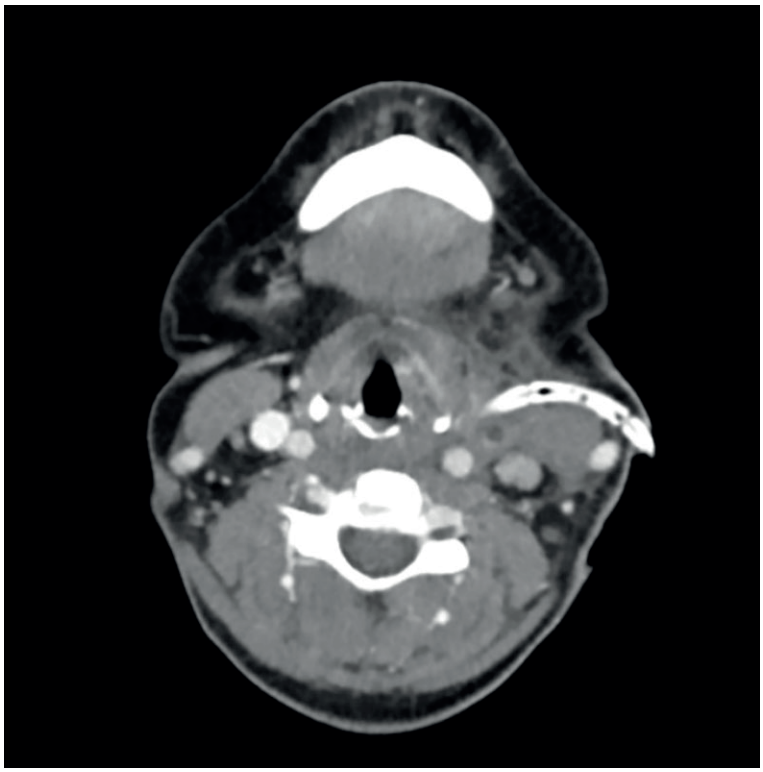

Figura 2

Tomografía axial computada de cuello con contraste posterior al drenaje.

tomática y la ecografía Doppler confirmó la oclusión venosa persistente sin recanalización; se ratificó el esquema anticoagulante.

DISCUSIÓN

El síndrome de Lemierre ha tenido un resurgimiento global en las últimas tres décadas atribuido a la restricción en el uso de antibióticos en faringoamigdalitis agudas, menor tasa de amigdalectomías y avances en las modalidades imagenológicas.[2,9,15] La paciente del caso concuerda con el perfil epidemiológico clásico reportado.

La diseminación microbiana ocurre por contigüidad fascial, vía linfática o erosión vascular directa.[7,10] Aunque *Fusobacterium necrophorum* es el agente típico, la bibliografía reconoce variantes de síndrome de Lemierre atípico causadas por otros microorganismos como *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*,[6,7] categoría respaldada en la paciente del caso por el cultivo obtenido.

El diagnóstico temprano constituye el mayor desafío porque el foco orofaríngeo suele haber cedido al momento de la evaluación.[4,7] La tomografía computada contrastada resulta determinante para confirmar la trombosis yugular y planificar el drenaje de ser necesario.[11,12] En la paciente del caso, la rápida confirmación tomográfica e intervención quirúrgica previnieron complicaciones embólicas sistémicas.

El tratamiento requiere una estrategia multidisciplinaria coordinada.[8,13] El drenaje quirúrgico oportuno es insustituible para controlar el foco infeccioso y reducir la carga bacteriana.[14] La

respuesta al tratamiento antibiótico dirigido y la anticoagulación médica con enoxaparina y traslape a rivaroxabán se justificaron por la persistencia del trombo en las imágenes, con lo que se logró una evolución clínica satisfactoria.[4,8,11,13]

CONCLUSIONES

El síndrome de Lemierre es una afección que requiere un alto índice de sospecha en pacientes con cuadros sépticos de origen orofaríngeo. Si bien la confirmación diagnóstica temprana mediante estudios de imagen, junto con el inicio oportuno de la terapia antibiótica dirigida y anticoagulación, cuando está indicada, constituyen un tratamiento acorde con la evidencia disponible, este reporte demuestra que el drenaje quirúrgico temprano puede desempeñar un papel fundamental en el control del foco infeccioso, que se asocia con una evolución clínica favorable.

DECLARACIONES

Uso de IA

Los autores declaran que no hicieron uso de IA.

Contribución de los autores

Adolfo González Osorio: diseño del estudio, recopilación de la información, análisis de datos; *Felipe Quintana Yarad:* supervisión final.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Los autores declaran que no se realizaron experimentos en humanos o animales.

Referencias clave

1. Riordan T. Human infection with *Fusobacterium necrophorum* (necrobacillosis), with a focus on Lemierre's syndrome. Clin Microbiol Rev 2007; 20 (4): 622-659. https://doi.org/10.1128/CMR.00011-07
2. Valerio L, Zane F, Sacco C, Granziera S, Nicoletti T, Russo M, et al. Patients with Lemierre syndrome have a high risk of new thromboembolic complications, clinical sequelae and death: an analysis of 712 cases. J Intern Med 2021; 289 (3): 325-339. https://doi.org/10.1111/joim.13114
3. Johannesen KM, Bodtger U. Lemierre's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. Infect Drug Resist 2016; 9: 221-7. https://doi.org/10.2147/IDR.S95050
4. Kuppalli K, Livorsi D, Talati NJ, Osborn M. Lemierre's syndrome due to *Fusobacterium necrophorum*. Lancet Infect Dis 2012; 12 (10): 808-15. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70089-0
5. Sinave CP, Hardy GJ, Fardy PW. The Lemierre syndrome: suppurative thrombophlebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infection. Medicine (Baltimore) 1989; 68 (2): 85-94. https://doi.org/10.1097/00005792-198903000-00003

REFERENCIAS

1. Courmont P, Cade A. Sur une septico-pyohemie de l'homme simulant la peste et causee par un strepto-bacille anaerobie. Arch Med Exp Anat Pathol 1900; 12 (4): 393-418.
2. Riordan T, Wilson M. Lemierre's syndrome: more than a historical curiosity. Postgrad Med J 2004; 80 (944): 328-34. https://doi.org/10.1136/pgmj.2003.014274
3. Johannesen KM, Bodtger U. Lemierre's syndrome: current perspectives on diagnosis and management. Infect Drug Resist 2016; 9: 221-7. https://doi.org/10.2147/IDR.S95050
4. Valerio L, Zane F, Sacco C, et al. Patients with Lemierre syndrome have a high risk of new thromboembolic complications, clinical sequelae and death: an analysis of 712 cases. J Intern Med 2021; 289 (3): 325-39. https://doi.org/10.1111/joim.13114
5. Lemierre A. On certain septicaemias due to anaerobic organisms. Lancet 1936; 227 (5874): 701-3. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)57035-4

6. Kuppalli K, Livorsi D, Talati NJ, Osborn M. Lemierre's syndrome due to *Fusobacterium necrophorum*. Lancet Infect Dis 2012; 12 (10): 808-15. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70089-0
7. Allen BW, Anjum F, Bentley TP. Lemierre syndrome. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
8. Valerio L, Corsi G, Sebastian T, Barco S. Lemierre syndrome: Current evidence and rationale of the Bacteria-Associated Thrombosis, Thrombophlebitis and Lemierre syndrome (BATTLE) registry. Thromb Res 2020; 196: 494-9. https://doi.org/10.1016/j.thromres.2020.10.004
9. Riordan T. Human infection with *Fusobacterium necrophorum* (necrobacillosis), with a focus on Lemierre's syndrome. Clin Microbiol Rev 2007; 20 (4): 622-59. https://doi.org/10.1128/CMR.00011-07
10. Sinave CP, Hardy GJ, Fardy PW. The Lemierre syndrome: suppurative thrombophlebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infection. Medicine (Baltimore) 1989; 68 (2): 85-94. https://doi.org/10.1097/00005792-198903000-00003
11. Scerrati A, Menegatti E, Zamboni M, et al. Internal jugular vein thrombosis: etiology, symptomatology, diagnosis and current treatment. Diagnostics (Basel) 2021; 11 (2): 378. https://doi.org/10.3390/diagnostics11020378
12. Albertyn LE, Alcock MK. Diagnosis of internal jugular vein thrombosis. Radiology 1987; 162 (2): 505-8. https://doi.org/10.1148/radiology.162.2.3797664
13. Campo F, Fusconi M, Ciotti M, et al. Antibiotic and anticoagulation therapy in Lemierre's syndrome: case report and review. J Chemother 2019; 31 (1): 42-8. https://doi.org/10.1080/1120009X.2018.1539474
14. Pan Y, Shi Z, Ye B, et al. Surgical intervention of Lemierre's syndrome: a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2024; 18 (1): 265. https://doi.org/10.1186/s13256-024-04586-y
15. Nygren D, Holm K. Invasive infections with *Fusobacterium necrophorum* including Lemierre's syndrome: an 8-year Swedish nationwide retrospective study. Clin Microbiol Infect 2020; 26 (8): 1089.e7-12. https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.12.002