

Tromboflebitis de la vena yugular interna secundaria a infección orofaríngea

Internal jugular vein thrombophlebitis due to oropharyngeal infection.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con tromboflebitis de la vena yugular interna, que es una complicación infrecuente de una infección de las vías aerodigestivas superiores. El diagnóstico de esta complicación es eminentemente clínico aunque las exploraciones radiológicas son necesarias para evaluar posibles focos metastásicos. El tratamiento está basado fundamentalmente en antibioterapia intravenosa durante tiempo prolongado y, aunque no siempre, es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular la que sigue siendo tema de debate.

PALABRAS CLAVE:

Tromboflebitis; vena yugular interna; síndrome de Lemierre.

SUMMARY

We report a case of a patient with thrombophlebitis of the internal jugular vein. This is a rare complication of an infection of the upper aerodigestive tract. The diagnosis of this complication is primarily clinical although radiological tests are needed to evaluate possible metastatic locations. The treatment is based primarily on intravenous antibiotics for prolonged periods. Anticoagulation with low molecular weight heparin is still subject of discussion.

KEY WORDS:

Thrombophlebitis; internal jugular vein; Lemierre syndrome.

Introducción

La tromboflebitis séptica de la vena yugular interna con diseminación hematogena y embolización secundaria causada por una infección faríngea fue descrita por primera vez en 1936 por André Lemierre¹.

En la era preantibiótica, el síndrome de Lemierre presentaba una tasa de mortalidad muy elevada pero tras la introducción de los antimicrobianos disminuyó significativamente tanto su incidencia como su mortalidad².

En más del 80 % de las ocasiones es un bacilo anaerobio Gram (-), el *Fusobacterium necrophorum*, el agente implicado³. Existen otros microorganismos responsables como diferentes tipos de *Bacterioides*, *Peptostreptococcus*, *Streptococcus* del grupo B y C, *Eikenella corrodens* y *Staphylococcus aureus* entre otros⁴. En muchos de los casos el origen es polimicrobiano⁵.

Sinave et al. propuso en 1989 cuatro criterios diagnósticos:

- Antecedente de infección primaria en orofaringe.
- Septicemia avalada por un cultivo.
- Evidencia de trombosis de la vena yugular interna, y...
- Al menos, un foco metastásico.

Aquellos casos que no cumplen todos los criterios pero sí al menos dos de ellos, son considerados variantes del Síndrome de Lemierre^{2,6}.

Los émbolos sépticos alcanzan el pulmón y pleura en más del 75% de los casos. Localizaciones menos frecuentes son las articulaciones mayores, bazo, huesos largos, meninges, bazo, hígado y sistema nervioso central^{3,7}.

Las manifestaciones clínicas típicas son, la aparición de fiebre alta, odinofagia, postración, disfagia y disnea.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente de 72 años, con antecedente de amigdalitis bilateral 15 días antes, y tras un periodo asintomático, acude al Servicio de Urgencias por presentar disfagia, odinofagia, y tumefacción de hemifacies izquierda refractarias a tratamiento antibiótico oral.

La exploración otorrinolaringológica pone de manifiesto un importante trismus y tumefacción de pared faríngea lateral izquierda que desciende hasta nivel de valécula. Se aprecia además material purulento escaso que drena a través del polo inferior de la amígdala izquierda.

Ante la sospecha de absceso parafaríngeo izquierdo se decide ingreso para instaurar tratamiento antibiótico y corticoides vía intravenosa y se solicita un scanner cervical urgente, en donde se aprecia trombosis de la vena yugular interna izquierda y un importante edema facial ipsilateral por probable trombosis de la vena facial del mismo lado (Fig. 1). La tumefacción parafaríngea presenta pequeñas áreas hipodensas de licuefacción, aunque la mayor parte de la lesión se encuentra en fase edematosa (Fig. 2). La Rx de tórax evidenció secreciones en ambas bases pulmonares. Se solicitó, también, colaboración al Servicio de Cirugía Vasculard quienes pautaron tratamiento anticoagulante durante 3 meses.

En los días posteriores al ingreso se indican nuevas pruebas de imagen (TC, Rx tórax, ECO Doppler) en las que se aprecia la disminución del edema parafaríngeo y leve permeabilización proximal de la vena yugular interna.

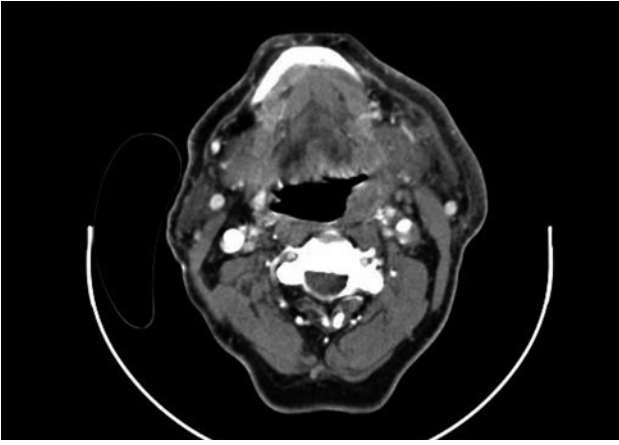


Figura 1: Se aprecia la trombosis de la vena yugular interna y la importante tumefacción facial izquierda.



Figura 2: Tumefacción parafaríngea con múltiples áreas hipodensas.

Tras tres semanas de antibioterapia, encontrándose el paciente asintomático clínicamente, se decide su alta hospitalaria.

Discusión

Aunque el diagnóstico de la enfermedad es esencialmente clínico, las exploraciones radiológicas son necesarias para la confirmación de la misma⁷.

La TC con contraste, es considerada la prueba de imagen de elección frente al Eco Doppler color, ya que posee más sensibilidad para detectar tanto la trombosis de la vena yugular interna como para valorar el espacio parafaríngeo⁸.

El tratamiento del Síndrome de Lemièrre se basa en la administración de antibióticos durante periodos de tiempo prolongados, en general de cuatro a seis semanas. Durante los primeros siete ó diez días, la vía de administración debe ser preferentemente intravenosa, seguida de terapia oral^{9,11}.

El fusobacterium es sensible a penicilina G, así como antibióticos de espectro anaerobio, como metronidazol, clindamicina e imipenem. Se recomienda utilizar un antibiótico betalactámico resistente a beta lactamasa ya que se han detectado cepas de fusobacterium productoras de betalactamasa¹⁰. Excepcionalmente, ante la progresión de la enfermedad pese al tratamiento médico y aparición de nuevos émbolos sépticos está indicada la ligadura de la vena yugular interna.

La anticoagulación sigue siendo, hoy en día, controvertida. Existe el riesgo teórico de facilitar la diseminación de la infección a partir del trombo séptico y el riesgo de hemorragia. Sin embargo, numerosos autores consideran que su uso resuelve más rápido la trombosis y, por tanto, la bacteriemia¹¹. Existe consenso en asociar anticoagulación si se observa fiebre persistente, aparecen nuevos émbolos pasadas 72 horas desde el inicio de tratamiento antibiótico o haya progresión retrógrada hacia el seno cavernoso¹¹.

La oxigenoterapia hiperbárica se ha empleado en algún caso con éxito como terapia coadyuvante¹².

El Síndrome de Lemièrre es una enfermedad poco frecuente. Se requiere un pronto diagnóstico y tratamiento con antibióticos de amplio espectro reduciendo así la morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Lèmièrre A. On certain septicemias due to anaerobic organisms. *Lancet* 1936; 1: 701-3.
2. Muñoz C, Hernández D, Omez C. Síndrome de Lemièrre: reporte de una variante complicada con trombosis de seno cavernoso. *Med UPB* 29 (1): 71-77.
3. Chirinos JA, García J, Alcaide ML, Toledo G, Baracco GJ, Lichtstein DM. Septic thrombophlebitis: diagnosis and management. *AM J Cardiovasc Drugs* 2006; 6: 9-14.
4. Puymirat E, Biais M, Camou F, Lefèvre J, Guisset O, Gabinski C. A Lemièrre syndrome variante caused by *Sthaphylococcus aureus*. *Am J Emerg Med* 2008; 26; 380.e5-380.e7.
5. Gato A, Gracia Aguado C, Mateo O, Pontes MJ, Baez V. Diagnóstico por imagen en el síndrome de Lemièrre. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1993; 11: 263-6.
6. Boga , Ozdogu H, Diri B, Oguzkurtz L, Asma S, Yeral M. Lemièrre syndrome variante: *Sthaphylococcus* with trombosis of both the right splenic vein alter the exploration. *J Thromb Thrombolysis* 2007; 23:151-154.
7. Tapia-Viñé MM, González-García B, Bustos A, Cabello J. Manifestaciones radiológicas del Síndrome de Lemièrre: a propósito de un caso. *Radiología* 2001; 43 (2): 83-85.
8. Cook RJ, Ashton RW, Aughenbaugh GL, Ryu JH. Septic pulmonary embolism: Presenting features and clinical course of 14 patients. *Chest* 2005; 128:162-6.
9. Hagelskjaer L, Prag J. Human necrobacillosis, with emphasis on Lemièrre syndrome. *Clinical Infect Dis* 2000; 31; 524-32.
10. Ramirez S, Hild TG, Rudolph CN, Sty JR, Kehl SC, Havens P, et al. Increased diagnosis of Lemièrre Syndrome and othe *Fusobacterium necrophorum* infections at a children's hospital. *Pediatrics*. 2003; 112:e 380-5.
11. Syed MI, Baring D, Addidle M, Murray C, Admas C. Lemièrre syndrome: two cases and a review. *Laryngoscope*. 2007; 117:1065-10.
12. Hodgson R, Emig M, Pisarello J. Hyperbaric oxygen (HBO2) in the treatment of Lemièrre syndrome. *UMH* 2003; 30: 87-91.

Correspondencia

Dr. Andrés López Vázquez
Rufas, 15
50001 Zaragoza
Mail: mayes_zgz@hotmail.com