

## Síndrome de Lemierre

### *Lemierre's Syndrome*

Andrea Meneses Soares de Sousa<sup>1</sup>, Divany De Brito Nascimento<sup>1</sup>, Lara Santiago Muccini de Andrade<sup>1</sup>, Glastone Mattar<sup>1</sup>,  
Rodrigo Valadão Negri<sup>1</sup>, Ula Lindoso Passos<sup>1</sup>  
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

#### RESUMO

A síndrome de Lemierre é uma doença rara, que acomete principalmente adolescentes e adultos jovens. Foi inicialmente descrita em 1936 e é caracterizada por infecção supurativa peritonsilar, que em associação com a tromboflebite da veia jugular interna promove um quadro de bacteremia e embolia séptica, principalmente pulmonar.

Por ser uma doença potencialmente fatal, o diagnóstico precoce é fundamental para tratamento e prevenção do desfecho desfavorável. A tomografia computadorizada cervical com contraste, tem-se mostrado um excelente exame propedêutico complementar, já que define diagnóstico da síndrome e permite avaliação das suas complicações.

O tratamento é feito à base de terapia antimicrobiana endovenosa, com cobertura para anaeróbios, enquanto o uso de anticoagulantes ainda é controverso. A abordagem cirúrgica da veia jugular interna raramente é necessária e reservada para os casos refratários.

Este trabalho relata um caso de síndrome de Lemierre, além da revisão de literatura desta patologia, que apesar de rara, ainda é potencialmente fatal.

**Descritores:** Síndrome de Lemierre; tromboflebite; embolia pulmonar; bacteriemia; tomografia computadorizada; terapia antimicrobiana endovenosa.

#### ABSTRACT

Lemierre syndrome is a rare disease that mainly affects adolescents and young adults. It was first described in 1936 and is characterized by peritonsillar suppurative infection, which in association with internal jugular vein thrombophlebitis promotes bacteremia and septic embolism, especially pulmonary embolism.

As it's a potentially fatal condition, an early diagnosis is essential for treatment and prevention of an unfavorable outcome. Contrast-enhanced cervical computed tomography has proved to be an excellent complementary propaedeutic examination, since it defines LS diagnosis and allows evaluation of its complications.

Predicted treatment is performed with intravenous antimicrobial therapy with anaerobic coverage, while anticoagulant use is still controversial. Surgical approach to the internal jugular vein is rarely required and is reserved for refractory cases.

This paper to report a case of Lemierre syndrome, besides the literature review of this pathology, which, although rare, is still potentially fatal.

**Keywords:** Lemierre Syndrome; thrombophlebitis; pulmonary embolism; bacteremia; computed tomography; intravenous antimicrobial therapy.

#### Correspondência:

Andrea Meneses Soares de Sousa  
E-mail: andreameneses7@gmail.com  
Data de submissão: 20/02/2021  
Data de aceite: 17/07/2021

#### Trabalho realizado:

Serviço de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.  
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

## OBJETIVO

Apresentar caso clínico de Síndrome de Lemierre. Desde o advento dos antibióticos, houve redução da prevalência desta entidade, porém ainda deve ser considerada diagnóstico diferencial importante em casos de complicação de faringotonsilites, pois a identificação e tratamento precoces reduzem de forma expressiva a morbimortalidade.

## MÉTODOS

O caso foi coletado do arquivo digital de imagens do Departamento de Radiologia e Diagnóstico por Imagem do Hospital do Servidor Público Estadual, "Francisco Morato de Oliveira" HSPE-FMO, São Paulo, SP. Fez-se a análise do prontuário médico do paciente, para coleta de dados clínicos, laboratoriais, bem como outros exames complementares realizados durante a internação do mesmo. Posteriormente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bancos de dados médicos especializados, a fim de analisar relatos de casos semelhantes, bem como promover revisão da moléstia apresentada.

## RELATO DE CASO

Paciente I.S., 61 anos, sexo masculino, branco, professor, sem comorbidades prévias, relatou que há cerca de 10 dias da admissão,

iniciou quadro de odinofagia e dificuldade de deglutição, fazendo uso de nimesulida. Negou ocorrência de febre, dor abdominal, vômitos ou diarreia. Há 3 dias, evoluiu com piora do estado geral, tremores intensos, sudorese fria, dois episódios de hemoptise, icterícia e procurou atendimento em unidade de pronto atendimento.

Ao exame, apresentava-se em bom estado geral, orientado no tempo e no espaço, hipocorado, hidratado, icterico 3+/4+, acianótico, eupneico, sem alterações à oroscopia. Apresentava, ainda, abaulamento cervical à direita, imóvel, rígido, doloroso à palpação, sem outras alterações significativas ao exame segmentar.

A avaliação sérica laboratorial evidenciava anisocitose, microcitose e hipocromia da série vermelha, leucocitose, plaquetopenia, elevação dos níveis de ureia e creatinina, além de hiperbilirrubinemia. Realizadas tomografias (Figuras 1,2,3,4,5,6 e 7).

Após a introdução de antibioticoterapia, houve normalização gradual dos parâmetros clínicos e laboratoriais. O paciente foi acompanhando ambulatorialmente após a alta hospitalar, observando-se regressão das alterações cervicais e torácicas.

## EXAMES DE IMAGEM



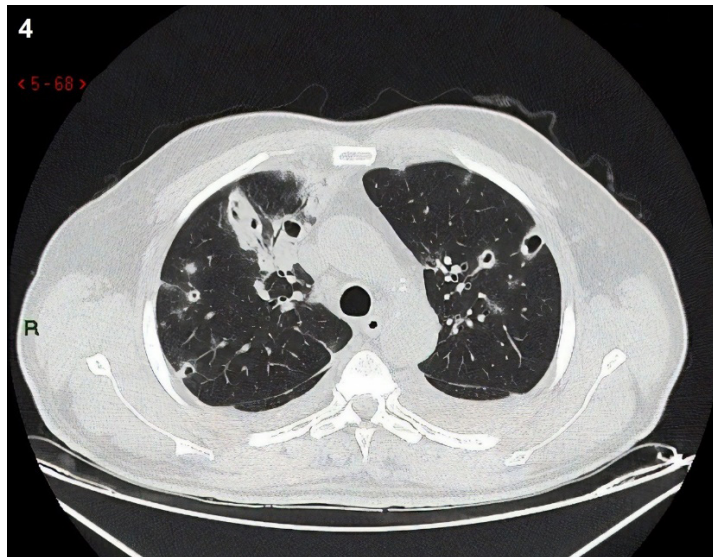
**Figura 1** - Tomografia computadorizada cervical evidencia abaulamento tonsilar direito associado a trajeto gasoso a partir da parede faríngea lateral estendendo-se ao espaço carotídeo.



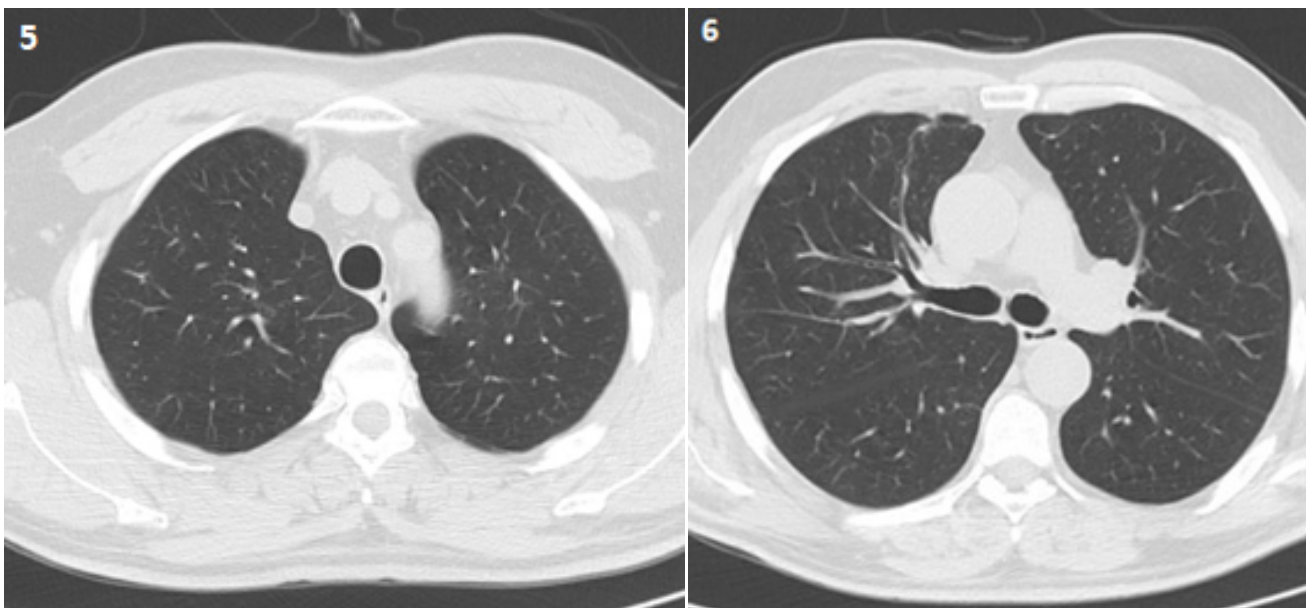
**Figura 2** - Tomografia computadorizada cervical com contraste, corte axial, evidenciando trombose da veia jugular interna direita.



**Figura 3** - Tomografia computadorizada cervical com contraste, reformatação sagital, demonstra falha de enchimento na veia jugular interna direita.



**Figura 4** - Tomografia computadorizada de tórax evidencia múltiplos nódulos pulmonares escavados.



**Figuras 5 e 6** - Tomografia computadorizada de tórax realizada cinco meses após a alta hospitalar, secções axiais dos campos pulmonares superiores, demonstra regressão das lesões pulmonares.



**Figura 7** - Tomografia computadorizada de tórax realizada cinco meses após a alta hospitalar, secções axiais dos campos pulmonares inferiores, demonstra regressão das lesões pulmonares.



## DISCUSSÃO

A síndrome de Lemierre (SL) foi descrita inicialmente em 1936 por André Lemierre, cujo complexo envolvia infecções bacterianas anaeróbicas e sépticas pós-amigdalite. Na época, seu foco foi um quadro séptico pós-angina causado pelo *Fusobacterium necrophorum*. Havia evolução da infecção supurativa peritonsilar com a tromboflebite da veia jugular interna, com progresso, então, para embolia séptica pulmonar. Por se tratar de uma doença potencialmente fatal, o diagnóstico precoce é fundamental para tratamento e prevenção de um desfecho desfavorável<sup>1,2</sup>.

Trata-se de uma doença rara, principalmente após o surgimento da terapia antimicrobiana nos anos 1940. Entretanto, nos últimos 30 anos, tem-se observado um aumento do número de casos, com incidência de cerca de 2.3-3.6 casos/1 milhão de pessoas. A doença acomete principalmente adolescentes e adultos jovens, com predomínio na segunda década de vida<sup>3</sup>.

O evento inicial mais comumente relatado é a faringite aguda, com envolvimento tonsilar ou peritonsilar em cerca de 87% dos casos. O agente etiológico mais frequente é o *Fusobacterium necrophorum*, gram-negativo anaeróbio existente na flora habitual da orofaringe. Entretanto outros germes foram associados, como por exemplo *Streptococcus pyogenes*, e em até um terço dos pacientes observa-se infecção polimicrobiana. Em torno de 7 dias após o quadro inicial, observa-se extensão do processo infeccioso pelo espaço parafaríngeo e carotídeo, podendo atingir veia jugular interna (tromboflebite), artéria carótida, nervo vago e linfonodos, ocorrendo por fim a disseminação endovascular com embolização pelo agente causal, principalmente para o parênquima pulmonar (97%). Outros mecanismos raros relatados para a ocorrência de SL são através de extrações dentárias, mastoidites, parotidites, sinusites<sup>1</sup>.

O quadro clínico é inespecífico inicialmente, com odinofagia, febre alta e calafrios.

Em menos de 1 semana do início dos sintomas, o paciente pode evoluir com dor e rigidez no pescoço, linfadenopatia, edema na região do ângulo mandibular ou anterior e paralelamente ao músculo esterno cleidomastoideo. Com a progressão para embolia séptica pulmonar, observa-se surgimento de dor pleurítica, dispneia, crepitações finas e atrito pleural na ausculta respiratória<sup>1,3</sup>.

O diagnóstico pode ser feito precocemente através da flebografia, ultrassonografia simples e ultrassonografia com Doppler colorido da região cervical, a fim de evidenciar a tromboflebite da veia jugular interna 4. A tomografia computadorizada (TC) cervical com contraste, entretanto, tem-se mostrado excelente exame propedêutico complementar, por diversos autores na literatura, pois não só permite o diagnóstico da SL, ao demonstrar o edema de partes moles e falhas de enchimento/tromboflebite da veia jugular interna, como também avaliar a extensão e complicações desta afecção. A radiografia do tórax é outro exame utilizado na avaliação da SL, devido ao seu amplo acesso e baixo custo, pode evidenciar múltiplas opacidades bilaterais nos quadros de embolia séptica. Na TC do tórax, as opacidades pulmonares evoluem rapidamente para lesões cavitadas esparsas bilateralmente, frequentemente acompanhadas de derrame pleural. A hemocultura é capaz de identificar o *F. Necrophorum*, entretanto, pode apresentar isolamento polimicrobiano mesmo nos quadros típicos da doença<sup>3</sup>.

Por se tratar de uma doença infecciosa, com potencial evolução fatal, o tratamento antimicrobiano endovenoso com cobertura para anaeróbios deve ser instituído o mais precocemente possível. Apesar da tromboflebite associada, o uso de anticoagulantes ainda é controverso, sem trabalhos randomizados na literatura que corroborem a sua prática. A abordagem cirúrgica da veia jugular interna raramente é necessária, e é reservada para os casos refratários. Quando houver complicação com abscessos, coleções ou empiemas, a drenagem cirúrgica poderá ser realizada<sup>3-5</sup>.

## CONCLUSÃO

A Síndrome de Lemierre é uma condição infecciosa rara, que acomete principalmente adultos jovens, cujo diagnóstico depende dos achados nos exames de imagem, especialmente a tomografia computadorizada cervical com contraste. Por este motivo, é de suma importância que o radiologista tenha conhecimento desta afecção e saiba reconhecê-la em sua prática, a fim de que o paciente tenha o diagnóstico e tratamento precoces. Assim, é possível contribuir para a redução da mortalidade associada à síndrome e oferecer ao paciente um desfecho e prognóstico melhores.

## REFERÊNCIAS

1. Veras RO, Barasuol LL, Lira CP, Klostermann FC, Muller LS, Nercolini LE, Nogueira GF. Síndrome de Lemierre: relato de caso. *J Vasc Bras.* 2018; 17(4):337-340.
2. Screatton NJ, Ravenel JG, Lehner PJ, Heitzman ER, Flower CD. Lemierre syndrome: forgotten but not extinct – report of four cases. *Radiology.* 1999; 213(2):369-74.
3. Eilbert W, Singla N. Lemierre's syndrome. *Int J Emerg Med.* 2013; 6(1):40.
4. Jawad II, Chandna A, Morris-Jones S, Logan S. Unusual case of Lemierre's syndrome. *BMJ Case Rep.* 2018;11(1):e226948.
5. Harper LK, Plug K, Raggio B, April D, Milburn JM. Lemierre syndrome: the forgotten disease? *Ochsner J.* 2016;16(1):7-9.