

Bruno dos Santos Farnetano¹

Filipe Moreira de Andrade

Marcello de Souza Rodrigues

Glauber Souza Mendes Mota

Ana Paula Daibert Rizzo Pimentel

Robson Lorenz de Oliveira

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Lemierre é uma complicação grave que ocorre após uma faringoamigdalite, desencadeando tromboflebite de veia jugular interna com emissão de êmbolos sépticos para diversos sítios do organismo (1). Descreveremos um caso típico identificado e tratado no Hospital Santa Isabel, em Ubá-MG.

RELATO DE CASO

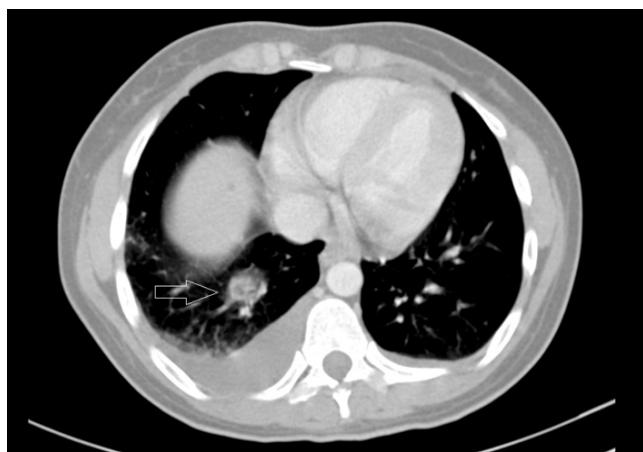
Mulher branca de 37 anos, natural de Imperatriz-MA e residente em Ubá-MG, com quadro de odinofagia, febre e mialgias, interpretado inicialmente como faringoamigdalite bacteriana e tratado com azitromicina 500mg durante 3 dias. Sem melhora dos sintomas, evoluiu, ao longo dos 10 dias seguintes, com febre alta, astenia, cefaleia retrorbitária e dor em região cervical anterior esquerda. Remarcou consulta com o Otorrinolaringologista, quando foi encaminhada imediatamente ao Hospital Santa Isabel (Ubá-MG), com suspeita de meningoite bacteriana. Na admissão, apresentava-se febril, prostrada, com face de dor, edema palpebral bilateral e com massa mal definida, profunda, dolorosa, de cerca de 3 cm de maior diâmetro, em região cervical anterior esquerda. Pressão Arterial 110/70 milímetros de mercúrio (mmHg), Frequência Cardíaca 110 batimentos por minuto, eupneica, boa perfusão capilar periférica, rigidez de nuca duvidosa e sem outros sinais dignos de nota. Foi realizada TC de crânio sem contraste, seguida de punção liquórica,

ambos exames normais. Hemograma apresentava leucocitose com desvio à esquerda. Iniciado ceftriaxone e vancomicina empiricamente. No segundo dia seguiu com dor cervical intensa e cefaleia. Foi solicitada ressonância de crânio, que, na sequência ponderada em T1 FAT SAT, mostrou trombose de jugular interna (seta) esquerda com extensão até seio sigmoide 20,01mm (Figura 1). Optou-se por iniciar anticoagulação plena com heparina de baixo peso e tratamento com cobertura para anaeróbio (ceftriaxone 2g/dia, vancomicina 1g de 12/12 horas e metronidazol 500 mg de 8/8 horas). No quinto dia, paciente queixou-se de tosse e dor pleurítica. Tomografia Computadorizada de tórax mostrou alteração parenquimatosa, sugerindo embolização séptica, configurando a Síndrome de Lemierre (Figura 2). A partir do sétimo dia paciente permaneceu sem febre, com melhora expressiva do estado geral e do edema cervical. Foi tratada com 28 dias de antibioticoterapia venosa (mantido esquema). Hemoculturas sem crescimento bacteriano. Seguiu de alta assintomática e com anticoagulação oral com cumarínico por 3 meses.

Figura 1



Figura 2



DISCUSSÃO

A Síndrome de Lemierre foi descrita pela primeira vez por Andre Lemierre, médico e bacteriologista francês, no ano de 1936. Trata-se de uma complicação grave que ocorre tipicamente após uma faringoamigdalite, associada a tromboflebite de veia jugular interna com emissão de êmbolos sépticos para diversos sítios do organismo (1). A doença geralmente acomete indivíduos jovens e saudáveis e tem como principal agente etiológico o *Fusobacterium necrophorum*, uma bactéria anaeróbia que frequentemente compõe a microbiota da orofaringe humana (2). Porém, desde a sua descrição original, já foram aceitos outros agentes como causadores da doença como *Peptoestreptococcus*, *Bacteroides*, *Enterococcus*, *Streptococcus*, *Staphilococcus* e *Eikenella*, e, além disso, constatou-se que a infecção frequentemente é polimicrobiana (3). Na era pré-antibiótica, sua incidência era muito maior do que é hoje – 0,8 a 1,5 casos por 1 milhão de pessoas por ano, o que rendeu a atual denominação de "a doença esquecida" (4).

Depois da infecção do sítio primário, comumente uma faringoamigdalite – mas que pode ser também uma infecção odontológica, mastoidite, sinusite ou otite –, os germes se disseminam para o espaço faríngeo, em geral por via linfática ou venosa, atingindo estruturas do pescoço (3;5;6;7). Na forma mais comum, ocorre tromboflebite da via jugular interna, gerando

edema, eritema e dor na região abaixo do ângulo da mandíbula, mas também pode ocorrer acometimento da artéria carótida ou de ramos nervosos pela proximidade dessas estruturas. Finalmente, ocorre bacteremia e metastatização de êmbolos sépticos para pulmão em 92% dos casos, formando as imagens radiológicas infiltrados, cavitações, abscessos, derrames ou empiemas. As articulações são o segundo lugar mais acometido por esses êmbolos (13-27%), seguido de abscessos musculares (7,2%), hepáticos (4%), de pele e partes moles, esplênicos e osteomielite (3%). (1;7).

O diagnóstico pode ser estabelecido através dos sinais e sintomas, imagens radiológicas e exames microbiológicos (3). Em um estudo conduzido por Tovy et al., demonstraram-se as seguintes frequências de sinais e sintomas: febre (83%), edema cervical (74%), dor cervical (72%), cordão venoso palpável abaixo do esterno-clidomastóideo (39%) e sepse (30%) (4).

Variados exames podem ser úteis na avaliação, radiológica como venografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Avaliando as características de invasibilidade, disponibilidade e definição, a tomografia computadorizada com contraste de crânio, pescoço e tórax trata-se de exame com ótimo desempenho na detecção de sinusite e mastoidite, da trombose de veia jugular e das complicações pulmonares (1).

Uma vez que frequentemente a infecção é grave e polimicrobiana, recomenda-se o uso de antibióticos endovenosos em combinação como um betalactâmico com inibidor de beta-lactamase e metronidazol ou clindamicina, por período prolongado (3-6 semanas). Substitutos para o primeiro podem ser carbapenêmicos ou moxifloxacino (7;8). Antigamente, quando havia dificuldade no controle do quadro de septicemia, recorria-se frequentemente à ligadura da veia jugular interna ou sua excisão, mas alguns autores demonstraram que essas intervenções podem ser desnecessárias com o uso dos atuais antibióticos (7;9). A intervenção cirúrgica de drenagem se faz necessária em casos de coleções infecciosas, tais como artrites, empiema

ou abcessos de partes moles. (7) Como ainda não existem estudos clínicos controlados demonstrando relação risco-benefício favorável, o uso de anticoagulantes é um tema ainda controverso; porém, quando houver extensão da trombose para os seios venosos cerebrais, ela é recomendada. (1).

Embora seja uma doença incomum nos dias atuais, é importante conhecer a Síndrome de Lemierre, pois trata-se de uma doença grave, que apresenta mortalidade entre 4-18%. Portanto, assim que houver a suspeita clínica, o tratamento antimicrobiano deve ser iniciado, pois a precocidade da terapia é que resultará em um melhor prognóstico ao doente (7).

No nosso caso, o diagnóstico e o tratamento foram instituídos prontamente, e a paciente seguiu de alta sem sintomas. A opção por anticoagulá-la durante a internação deveu-se à extensão do trombo até o seio sigmoide; pelo mesmo motivo, optamos por mantê-la anticoagulada por 3 meses totais, apesar de não haver consenso na literatura.

REFERÊNCIAS

- 1 - Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013 Sep;77(9):1585-8.
doi: 10.1016/j.ijporl.2013.05.030. Epub 2013 Jul 8.
- 2 - Clin Microbiol Infect. 2007 Jul;13(7):695-701. Epub 2007 Apr 2.
- 3 - Acta Otorrinolaringol Esp. 2013 Jan-Feb; 64(1): 75-7.
doi: 10.1016/j.otorri.2011.08.005. Epub 2012 Mar 15.
- 4 - J Microbiol Immunol Infect. 2013 Jun; 46(3):237-40.
doi: 10.1016/j.jmii.2012.03.003. Epub 2012 Apr 8.
- 5 - J Emerg Med. 2012 Apr;42(4):e77-80. doi: 10.1016/j.jemermed.2009.02.014. Epub 2009 Mar 27.
- 6 - European Journal of Radiology Extra, Volume 74, Issue3, June 2010, Pages e37–e39.
- 7 - Med Intensiva.2005;29:441-4 - Vol. 29 Num.8 DOI:
10.1016/S0210-5691(05)74281-9
- 8 - Am J Emerg Med. 2015 May;33(5): 733.e3-4. doi:
10.1016/j.ajem.2014.10.029. Epub 2014 Oct 22.
- 9- Medicine (Baltimore). 1989 Mar;68(2):85-94.