



**18º CONGRESSO BRASILEIRO DE
INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA**

CENTRO DE CONVENÇÕES HOTEL SERRANO . GRAMADO.RS

15 a 18 de Outubro de 2014

Trabalhos Científicos

Título: Síndrome De Lemierre - Um Relato De Caso

Autores: RAISSA CORREIA RAFAEL (HCRP - FMUSP); JULIANA NUNES CEZAR DE ANDRADE (HCRP - FMUSP); SEILA ISRAEL DO PRADO (HCRP - FMUSP); ARIADNE BEATRIZ SILVÉRIO (HCRP - FMUSP); MARIA CELIA CERVI (HCRP - FMUSP); MARCIA DE LIMA ISAAC (HCRP - FMUSP); FERNANDA TOMÉ STURZBECHER (HCRP - FMUSP)

Resumo: INTRODUÇÃO: Descrita em 1936, a Síndrome de Lemierre, consiste na tromboflebite da veia jugular interna que se segue à uma infecção orofaríngea e está associada a bacteremia por germes anaeróbios. Sua incidência caiu drasticamente após o advento dos antibióticos com incidência atual de 3,6 casos por milhão, acometendo adolescentes e adultos jovens. O principal agente é o *Fusobacterium necrophorum*, um bacilo gram negativo anaeróbio, mas a infecção pode ser polimicrobiana. Este germe é parte da flora da orofaringe. Seguindo uma infecção prévia, viral ou bacteriana, ocorre invasão do espaço lateral de faringe e consequente tromboflebite da veia jugular interna. Podem ocorrer infecções metastáticas em 63 - 100% dos pacientes, principalmente nos pulmões e grandes articulações. As lesões pulmonares começam como múltiplos nódulos progredindo para cavitação. A queixa principal é dor de garganta que precede os demais sintomas em 4 - 5 dias. Cursa com febre alta, calafrios e abaulamento cervical unilateral. Ao exame físico, a orofaringe apresenta-se normal ou com discreta hiperemia. As complicações são: coagulação intravascular disseminada e extensão do trombo para os seios venosos cerebrais. O tratamento consiste em antibioticoterapia e drenagem de coleções caso existam. O uso de anticoagulantes é controverso, sendo indicado em caso de propagação do trombo ou não resolução do mesmo com a antibioticoterapia. CASO: KCO, feminino, 13 anos iniciou há 7 dias quadro de odinofagia; febre de 38 a 40o C, 3 picos diários precedida de calafrios; dor cervical à direita e inapetência. Após 5 dias de sintomas, sem melhora com sintomáticos, foi prescrito penicilina benzatina com diagnóstico de amigdalite. Mesmo após o antibiótico os sintomas persistiram e surgiu abaulamento cervical a direita sendo então encaminhada ao nosso serviço. Na admissão apresentava abaulamento doloroso e quente na cadeia cervical anterior direita. Oroscopia sem hiperemia ou exsudatos e ausência de desvio de úvula ou abaulamento da parede da orofaringe. Exames laboratoriais: Hemoglobina=11,2; Glóbulos brancos=19.300 (19% bastões, 67% segmentados); Plaquetas=176.000/mm³; PCR= 24,5 mg/dL; INR=1,38; TTPA normal ; fibrinogênio= 662 g/dL. A tomografia computadorizada cervical não evidenciou coleções parafaríngeas ou periamigdalíneas, mas mostrou linfadenopatia cervical difusa, trombo em veia jugular direita além de nódulos com densidade de partes moles em ápices pulmonares. Com a hipótese de Síndrome de Lemierre foi iniciado tratamento empírico com amoxicilina + clavulanato. No terceiro dia de tratamento estava afebril, com melhora da dor e da tumoração cervical. A hemocultura foi negativa para germes aeróbios. Para excluir a hipótese de tuberculose foram realizados PPD e baciloscopias de escarro, ambos negativos. Em discussão com equipe da cirurgia vascular foi iniciada anticoagulação. Após 14 dias de antibioticoterapia recebeu alta com anticoagulação plena para acompanhamento ambulatorial. CONCLUSÃO: a Síndrome de Lemierre apresenta um quadro clínico típico, porém desconhecido por muitos médicos. Devemos suspeitar da mesma em casos de faringoamigdalites sem melhora após 3-5 dias de tratamento seguida de sinais de sepse, pneumonia ou dor cervical lateral. .