

Antonia	Nombre:
Mora Jurado	Apellido:
A.Rivera Domínguez, C.Izco García-Cubillana, L.Cuesta Lujano, R.A.Domínguez García	Otros Autores:
<a href="mailto:tonhy_66@hotmail.com">tonhy_66@hotmail.com</a>	E-mail:
HUV Macarena	Hospital:
Sevilla	Ciudad:
Síndrome de Lemierre	Título:
Mujer de 28 años con alergia a penicilina, que consulta por fiebre, tos, dificultad respiratoria y dolor costal derecho. Realizó tratamiento con claritromicina la semana anterior por cuadro de faringo-amigdalitis aguda. En la analítica se observó marcada leucocitosis, plaquetopenia y valores de insuficiencia respiratoria; y en la radiografía de tórax se observaban tenues nódulos pulmonares, de predominio periférico, asociados a derrame pleural. Ante la sospecha de embolismos pulmonares secundarios a infección previa faringo-amigdalar se solicita TCMD cervico-torácico con contraste i.v. La TCMD confirma la presencia de pequeñas consolidaciones de predominio periférico, algunas de ellas cavitadas, y derrame pleural parcialmente loculado. En el cuello destacaba la trombosis de la vena yugular interna izquierda y era visible la incipiente formación de un absceso en el espacio parafaríngeo ipsilateral.	Presentación:
<p>Los hallazgos eran compatibles con un síndrome de Lemierre.</p> <p>El síndrome de Lemierre es la infección del espacio parafaríngeo debido a la propagación de procesos infecciosos, con más frecuencia faringo-amigdalinos, complicada con trombosis de la vena yugular interna del mismo lado y émbolos sépticos que afectan fundamentalmente al pulmón. El agente etiológico implicado más frecuentemente es <i>Fusobacterium necrophorum</i>.</p> <p>El intervalo entre la infección orofaríngea y la invasión del espacio lateral parafaríngeo es menor de una semana y en ocasiones los síntomas y signos de dicha infección han desaparecido.</p> <p>La sospecha de embolismos sépticos pulmonares debe obligarnos siempre a buscar un foco primario.</p>	Discusión :
<p>El síndrome de Lemierre es en la actualidad una enfermedad poco frecuente por lo que ni clínicos ni radiólogos suelen estar familiarizados con su forma de presentación.</p> <p>La sospecha clínica es fundamental representando las exploraciones radiológicas un papel importante a la hora de confirmar el diagnóstico, que si se realiza de forma precoz puede mejorar significativamente el pronóstico, habitualmente fatal sin tratamiento.</p>	Conclusión:
-Tapia-Viñé, M.M, González-García, B; Bustos, A, Cabello, J. Manifestaciones	Bibliografía:

<p>radiológicas del Síndrome de Lemierre: a propósito de un caso. Radiología 2001;43:83-5.</p> <p>-Gong J, García J. Lemierre's syndrome. Eur Radiol 1999;9:672-4.</p>	
<p>FIGURA A: Rx PA de tórax: tenues imágenes de consolidación pulmonar de aspecto nodular, en su mayoría periféricas (flechas amarillas), asociadas a derrame pleural de predominio derecho (flecha roja). FIGURA B, C Y D: TCMD cérvico-torácico con contraste i.v. -B: corte axial a nivel del tórax, con ventana de pulmón. Pequeñas consolidaciones, algunas de ellas cavitadas, de predominio periférico (flechas amarillas). Pequeña lámina de líquido loculado pleural izquierdo (flecha roja). -C: corte coronal. Trombosis de la vena yugular interna izquierda (flecha blanca). -D: Corte axial a nivel cervical. Imagen de absceso en el espacio parafaríngeo izquierdo (flecha verde), adyacente a la vena yugular interna trombosada (flecha blanca).</p>	<p>Pie de foto:</p>