

Síndrome de Lemierre: un desafío diagnóstico y terapéutico en la unidad de cuidados intensivos

Antonio Torrecilla-Martínez^{ID}, José Carlos Llamas-Reyes^{ID}

Medicina Intensiva, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Recibido: 01/06/2026

Aceptado: 30/07/2026

En línea: 31/08/2026

Citar como: Torrecilla-Martínez A, Llamas-Reyes JC. Síndrome de Lemierre: un desafío diagnóstico y terapéutico en la unidad de cuidados intensivos. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 78-81. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a11>.

Cite this as: Torrecilla-Martínez A, Llamas-Reyes JC. Lemierre syndrome: a diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 78-81. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a11>.

Autor para correspondencia: Antonio Torrecilla-Martínez. h72tomaa@gmail.com

Palabras clave

- ▷ síndrome de Lemierre
- ▷ tromboflebitis
- ▷ sepsis
- ▷ embolia pulmonar
- ▷ vapeo

Resumen

El síndrome de Lemierre es una complicación rara de infecciones orofaríngeas, caracterizada por tromboflebitis yugular y embolismos sépticos. Se presenta el caso de una mujer de 21 años, usuaria de vapeo, ingresada por sepsis respiratoria con múltiples embolismos pulmonares y trombosis yugular interna. Pese a presentar cultivos negativos por antibioterapia previa y trombocitopenia grave inicial, evolucionó favorablemente gracias al soporte ventilatorio, antibioterapia de amplio espectro y anticoagulación. Como conclusión queremos destacar que una presentación clínico-radiológica compatible confirma el diagnóstico pese a cultivos estériles. Además, el vapeo emerge como potencial factor predisponente al alterar la barrera orofaríngea.

Keywords

- ▷ Lemierre syndrome
- ▷ thrombophlebitis
- ▷ sepsis
- ▷ pulmonary embolism
- ▷ vaping

Abstract

Lemierre's syndrome is a rare complication of oropharyngeal infections, characterized by jugular thrombophlebitis and septic emboli. We present the case of a 21-year-old female, a vape user, admitted for respiratory sepsis with multiple pulmonary embolisms and internal jugular thrombosis. Despite presenting with negative cultures due to prior antibiotic therapy and initial severe thrombocytopenia, she progressed favorably thanks to ventilatory support, broad-spectrum antibiotics, and anticoagulation. In conclusion, we wish to highlight that a compatible clinical-radiological presentation confirms the diagnosis despite sterile cultures. Furthermore, vaping emerges as a potential predisposing factor by altering the oropharyngeal barrier.

Puntos destacados

- ▷ Este caso destaca el diagnóstico del síndrome de Lemierre con cultivos negativos y el uso exitoso de anticoagulación, antibioterapia y ventilación mecánica invasiva. Su principal aportación es señalar el vapeo como un factor de riesgo emergente.

Las mucosas facilita la proliferación del microorganismo y su paso al torrente sanguíneo². Recientemente, el uso de cigarrillos electrónicos o vapeo se ha empezado a reportar en la literatura como un factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad debido al daño que puede producir en la mucosa orofaríngea y respiratoria^{5,6}.

Introducción

El síndrome de Lemierre (SL), descrito inicialmente en 1936 como una septicemia postanginal por el Dr. André Lemierre, es una entidad clínica rara caracterizada por una infección orofaríngea que desencadena una tromboflebitis de la vena yugular interna y diseminación de émbolos sépticos^{1,2}. Aunque la incidencia disminuyó drásticamente con la era antibiótica, en las últimas décadas ha reemergido^{3,4}.

Típicamente afecta a adolescentes y adultos jóvenes¹. El agente causal predominante es el *Fusobacterium necrophorum*, un microorganismo anaerobio que forma parte de la flora oral normal. Sin embargo, la alteración de las barre-

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Se presenta el caso de una mujer de 21 años, sin antecedentes médicos de interés ni alergias medicamentosas conocidas, con hábito de vapeo activo. La paciente acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución caracterizado por malestar general, mialgias y artralgias, náuseas con dolor abdominal y picos febriles no termómetros. Previamente había recibido tratamiento ambulatorio con azitromicina y analgesia sintomática sin presentar mejoría clínica.

Pruebas complementarias y evolución

A su llegada a Urgencias la paciente presenta una exploración física inicial en la que se encuentra consciente y orientada, aunque con tendencia a la somnolencia. No presentaba adenopatías palpables auriculares o cervicales, aunque la paciente refería molestias submandibulares y subclaviculares izquierdas. Tendencia a la inestabilidad hemodinámica tensión arterial 101/69 mmHg presentando taquicardia sinusal a 129 latidos por minuto. Se realiza auscultación cardiopulmonar sin evidenciar soplos y presentando murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración por órganos y aparatos sin hallazgos destacables. En gasometría venosa inicial destaca hiperlactacidemia (4,2 mmol/L). En analítica inicial destaca una trombocitopenia grave (25.000 plaquetas/ μ L), linfopenia (350 linfocitos/ μ L) y una elevación de reactantes de fase aguda (PCR 207 mg/ y procalcitonina 22 ng/mL con límite superior de la normalidad en 5 mg/L y 0,5 ng/mL respectivamente). Se realiza TC toracoabdominal con contraste que reveló múltiples nódulos pulmonares bilaterales de distribución aleatoria, con predominio en pulmón derecho, sugerentes de diseminación hematógena de un proceso infeccioso.

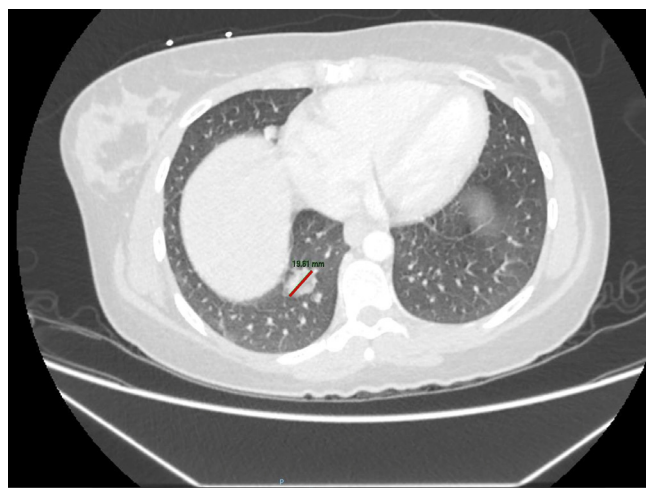


Figura 1. TC torácico donde se observa nódulo pulmonar de hasta 2 cm en lóbulo inferior derecho (línea roja).

La paciente ingresó inicialmente en UCI por sepsis de origen respiratorio con criterios de gravedad con tratamiento antibiótico con ceftriaxona (2 g intravenosos cada 24 horas) + clindamicina (600 mg intravenosos cada 6 horas) durante el primer día de ingreso. Tras estudio inicial se realiza ampliación diagnóstica mediante TC con contraste de cuello que objetivó tromboflebitis séptica de vena yugular interna izquierda compatible con SL, con embolismos sépticos pulmonares bilaterales. Durante la evolución presenta empeoramiento respiratorio agudo con insuficiencia respiratoria grave, precisando intubación orotraqueal a las 48 horas de ingreso, ventilación mecánica invasiva, maniobras de decúbito prono y soporte vasoactivo transitorio. En este contexto se escala terapia antibiótica empírica de amplio espectro añadiendo meropenem (2 g intravenosos cada 8 horas) a la clindamicina, terapia que se mantiene durante 26 días hasta desescalada a vía oral.

A pesar de estudio microbiológico exhaustivo los resultados fueron persistentemente negativos. Se descartó la presencia de vegetaciones compatibles con endocarditis infecciosa mediante ecocardiografía Doppler transtorácica reglada por parte de servicio de Cardiología.

Tras 24 horas en prono y mejoría de la situación respiratoria se procede a colocación en supino con buena respuesta que permite extubación. No obstante, en contexto de gran agitación en relación con fiebre de 40 °C es necesario proceder a nuevo aislamiento de vía aérea por trabajo e insuficiencia respiratorios con reconexión a ventilación mecánica 15 horas después de la extubación.

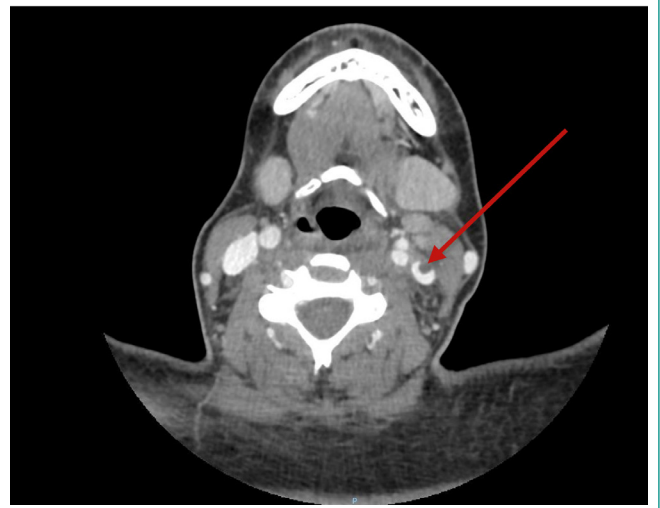
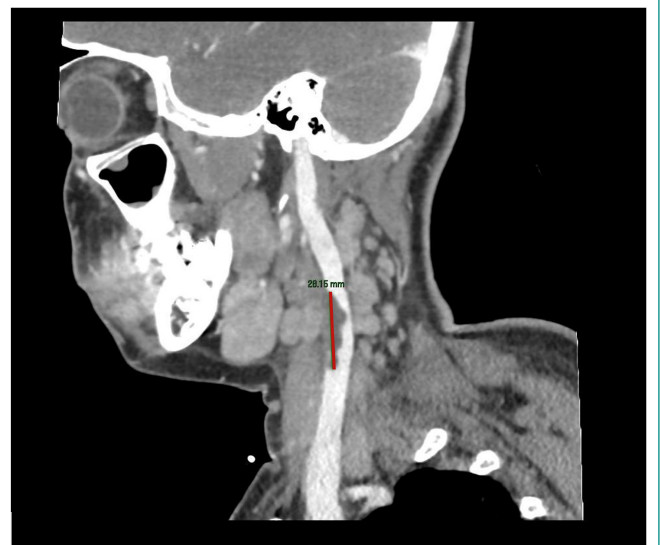


Figura 2. TAC cervical que muestra trombosis de vena yugular interna izquierda. En la imagen de arriba se aprecia la vena yugular interna izquierda trombosada (28,15 mm de extensión) y en la imagen de abajo se aprecia el defecto de repleción siendo la vena contralateral permeable.

Esta situación se mantiene durante 72 horas, pudiendo progresar de nuevo hacia extubación de forma más controlada mediante oxigenoterapia nasal de alto flujo.

Durante su estancia en UCI se manejó con anticoagulación con enoxaparina 60 mg subcutánea cada 12 horas a pesar de lo que se evidenció aumento de defecto de repleción de vena yugular interna inicialmente.

Tras 11 días de estancia en UCI (4 días de ventilación mecánica) objetivando mejoría desde el punto de vista respiratorio y sin aparición de nuevas complicaciones se decide traslado a planta de hospitalización de Medicina Interna.

En planta mantiene progresiva mejoría clínica, con resolución de la fiebre, normalización de los reactantes inflamatorios y estabilidad hemodinámica mantenida. El TC torácico de control mostró mejoría de las lesiones pulmonares. Finalmente se considera alta hospitalaria con continuación de tratamiento antibiótico vía oral con amoxicilina / clavulánico 875/125 mg cada 8 horas y ciprofloxacino 750 mg cada 12 horas durante 6 semanas totales de tratamiento y seguimiento estrecho con anticoagulación domiciliaria con rivaroxabán.



Figura 3. TAC torácico de control con marcada disminución de todas las lesiones pulmonares. La mayor en base pulmonar derecha pasa de 28 mm a 13 mm.

Diagnóstico

Síndrome de Lemierre en probable relación a vapeo.

Discusión y conclusiones

El SL es una enfermedad poco frecuente secundaria a infecciones de cabeza y cuello, más habitual en adolescentes varones. Típicamente cursa en tres fases: infección orofaríngea primaria, diseminación locorregional con tromboflebitis de la vena yugular interna, e infección metastásica (bacteriemia y émbolos)^{1,2}. El pulmón es el órgano diana por excelencia para las embolizaciones, ocasionando fracaso respiratorio agudo que frecuentemente demanda ventilación mecánica, tal y como ocurrió en este caso.

La patogenia es multifactorial. La invasión local bacteriana puede ocurrir por la disrupción de la mucosa orofaríngea. Esta alteración puede producirse de forma secundaria a complicaciones locales, infecciones virales o bacterianas previas, o la irritación crónica por nicotina⁷. Recientemente, diversos autores han sugerido la hipótesis de que el uso de cigarrillos electrónicos puede predisponer a padecer un SL o enfermedades pulmonares relacionadas (EVALD), ya que el calor y los químicos inhalados alteran el aclaramiento ciliar y la integridad de la barrera epitelial. Nuestra paciente refirió este hábito como único antecedente tóxico, en consonancia con la literatura como posible origen del cuadro ya que este conjunto de lesiones mucosas derivadas del vapeo puedan asociar un mayor riesgo de infección^{5,6}. Modelos animales han demostrado que componentes comunes del líquido de los cigarrillos electrónicos, como la nicotina, el propilenglicol y las sustancias aromatizantes (cinamaldehído), alteran el aclaramiento mucociliar y la función fagocítica. Además, aquellos modelos animales expuestos al líquido de vapeo muestran una inmunidad innata alterada y un aumento de la virulencia en las bacterias colonizadoras⁸.

Habitualmente se inicia con un cuadro clínico de fiebre y dolor faríngeo. La progresión de la infección provoca tromboflebitis de vasos adyacentes, afectando con mayor frecuencia a la vena yugular interna, como nuestro caso. Uno de los rasgos atípicos e interesantes de nuestra paciente fue la negatividad de todos los hemocultivos. Aunque *Fusobacterium necrophorum* (una bacteria anaerobia, bacilo gram negativo típico de la cavidad oral) se aísla habitualmen-

te, la literatura demuestra que hasta en un 7,9 % - 33 % de los casos los cultivos pueden ser estériles. Esto se puede explicar tanto por las altas exigencias técnicas para el cultivo de microorganismos anaerobios^{3,4} como por una primera dosis de piperacilina-tazobactam administrada en Urgencias previo a extracción de hemocultivos.

El manejo óptimo recae en una antibioterapia precoz y prolongada. Una buena opción terapéutica es administrar amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam o carbapenemes asociado a metronidazol o clindamicina. En ocasiones en las que la respuesta al tratamiento antibiótico no es la esperada, se puede recurrir a cirugía ligando la vena trombosada¹, no siendo necesario en nuestro caso.

El papel de la anticoagulación genera cierta controversia clínica al carecer de ensayos aleatorizados. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que la terapia anticoagulante podría considerarse en pacientes con trombosis venosa extensa y émbolos sépticos pulmonares, siempre que no existan contraindicaciones⁹. En nuestro caso, se decidió asumir el riesgo bajo decisión multidisciplinar dada la gravedad del caso y extensión del trombo, utilizando heparinas de bajo peso molecular una vez superada la plaquetopenia inicial a las 48 horas del ingreso logrando la recanalización parcial del trombo.

El SL continúa siendo una urgencia de carácter infeccioso que requiere un alto índice de sospecha clínica ante cuadros de sepsis respiratoria en jóvenes con odinofagia o cervicalgia previas. Un cultivo negativo no excluye el diagnóstico si la clínica y la imagen son compatibles. A medida que el conocimiento médico sobre las complicaciones del uso de cigarrillos electrónicos sigue aumentando, es razonable plantear la hipótesis de que podría estar justificado un mayor índice de sospecha ante infecciones de este tipo en personas con un consumo significativo. El abordaje multidisciplinar, soporte crítico intensivo, terapia antibiótica adecuada y una juiciosa anticoagulación son fundamentales para garantizar la supervivencia del paciente.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Tellería Martín A, Jiménez Urrea I, Susperregui Insausti I, Ramos Castro J, Gutiérrez Oliver A. Síndrome de Lemierre. *Med Intensiva*. 2005; 29(8): 441-44.
2. Montiel Crespo R, Quintero Otero S, Hernández González A, de Benito Guerra MT, García Trujillo I, Tinoco Rasero I, *et al*. Síndrome de Lemierre: La enfermedad olvidada. *Med Intensiva*. 2005; 29(8): 437-40. doi: <https://www.medintensiva.org/es-sindrome-lemierre-la-enfermedad-olvidada-articulo-13083171> (último acceso ago. 2026).
3. Koukias S, Athousaki A, Klonaris D, Kavousanaki M, Papazoglou G, Papanikolaou N. Lemierre syndrome with extensive thrombosis: a unique case report and literature review. *Wiley Case Rep Otolaryngol*. 2024; 2024: 6335543. doi: <https://doi.org/10.1155/2024/6335543> (último acceso ago. 2026).
4. De la Paz-Estrello AM, Rodríguez-Pérez A, Vera-Delgado VE, Darias-Martín MC, Pastor-Garnica EE, García-Rodríguez A, *et al*. A life-threatening pharyngeal infection: Lemierre's syndrome. *Case Rep Med*. 2025; 2025: 5140821. doi: <https://doi.org/10.1155/carm/5140821> (último acceso ago. 2026).
5. Venditto L, Ferrante G, Caccin A, Franchini G, Zaffanello M, Tenero L, *et al*. Lung abscess as a complication of Lemierre syndrome in adolescents: a sin-

- gle center case reports and review of the literature. *Ital J Pediatr.* 2023; 49: 96. doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01499-4> (último acceso ago. 2026).
6. Hewitt MK, Butt K, Greer A, Fox-Robichaud A. Lemierre's syndrome: a diagnostically complex case of vape-associated *F. necrophorum*. *Emergency Care and Medicine.* 2026. doi: <https://doi.org/10.3390/ecm3010010> (último acceso ago. 2026).
7. Lee WS, Jean SS, Chen FL, Hsieh SM, Hsueh PR. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. *J Microbiol Immunol Infect.* 2020; 53(4): 513-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.027> (último acceso ago. 2026).
8. Valerio L, Zane F, Sacco C, Granziera S, Nicoletti T, Russo M, *et al.* Patients with Lemierre syndrome have a high risk of new thromboembolic complications, clinical sequelae and death: an analysis of 712 cases. *J Intern Med.* 2021; 289(3): 325-39. doi: <https://doi.org/10.1111/joim.13114> (último acceso ago. 2026).