



Síndrome de Lemièrre Pós Transplante Hepático



GOMIDE, L.M.S.; VERONA, D.; NISSEL, M.A.Z.; AGUIAR, A.J.; OLIVEIRA, I.S.; WEIHERMANN, V.; TREVISANE, F.G.; VALEJO, I.R.M.; FINCK, B.C.L.; MATEUS, M.; COSTA, M.A.R.; KAMPA, K.C.; COELHO, J.C.U.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - CURITIBA

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Lemièrre consiste numa rara complicação de infecção orofaríngea, em especial faringotonsilites agudas, associada a septicemia e tromboflebite de veia jugular interna [1]. Apesar de rara e pouco conhecida, esta patologia possui relevância devido sua taxa de letalidade numa população jovem e previamente hígida [2]. Descrevemos o caso de um paciente que veio a desenvolver Síndrome de Lemièrre no pós transplante hepático.

RELATO DE CASO

Paciente masculino de 52 anos, portador de cirrose de etiologia alcoólica com hipertensão portal, CHILD C e MELD 19, sem outras comorbidades, foi submetido a transplante hepático cadavérico após onze meses de abstinência. O transplante foi realizado pela técnica convencional, com boa evolução, recebendo alta hospitalar no 10º dia pós-operatório. Após quinze dias, o paciente retornou ao pronto-socorro com queixa de aumento do volume cervical do lado esquerdo. Ao exame físico o paciente apresentava abaulamento importante cervical esquerdo, de consistência endurecida, sem sinais flogísticos associados. Foi realizado então um ultrassom da região cervical com doppler colorido que mostrou veia jugular interna (VJI) esquerda de calibre aumentado e material heterogêneo no interior, discretamente hiper ecogênico no terço distal e hipocogênico nos segmentos médio e superior, compatível com trombo em diferentes estágios de evolução (subagudo/agudo), envolvendo a VJI interna desde a base do crânio até a junção com a veia subclávia esquerda, estendendo-se a veia subclávia esquerda e ocupando menos de 50% de sua luz em extensão de cerca de 3cm. Na revisão do caso pela da equipe da cirurgia vascular, foi conferida a posição do cateter venoso central em VJI direita na internação anterior, sendo descartada sua relação com o quadro, e ressaltada história de infecção dentária há dois meses, com necessidade de tratamento do canal da raiz dentária. Sendo assim, foi realizado o diagnóstico de Síndrome de Lemièrre e iniciado o tratamento com antibióticoterapia e anticoagulação plena. O paciente evoluiu com melhora completa dos sintomas e segue em acompanhamento ambulatorial.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

Descrita inicialmente por Andre Lemièrre em 1936, a Síndrome de Lemièrre é uma condição rara, mais frequente em homens jovens, que acomete 3,6 a cada 1 milhão de pessoas [1-3]. Estudos mostram que podem ser fatores de risco trombofilias, presença de tonsilas palatinas e comprometimento do sistema imune [4-5]. Ainda não foram elaboradas revisões sistemáticas para consolidar estratégias diagnósticas e manejo desta síndrome [6], e não há relatos dessa doença no pós transplante hepático. De acordo com os relatos de caso e pequenas revisões de literatura, deve-se levantar suspeita clínica na presença de faringite aguda seguida de febre e edema cervical e sintomas pulmonares em adultos jovens [2-5]. Deve-se então proceder com USG doppler cervical ou tomografia de tórax e cervical com contraste. O tratamento consiste essencialmente em antibióticoterapia empírica de forma a cobrir os germes mais prevalentes na etiopatogenia da doença, abrangendo portanto cobertura para anaeróbios e produtores de beta lactamase [7].

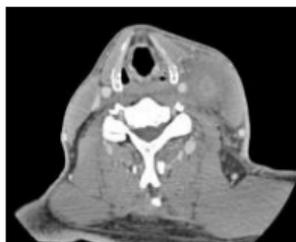


Figura 1- AngioTC cervical mostrando acentuada dilatação da veia jugular interna esquerda, que apresenta conteúdo heterogêneo no interior e importante densificação dos planos adiposos adjacentes, compatível com trombose.

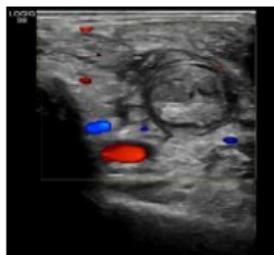


Figura 2- USG doppler mostrando veia jugular interna (VJI) esquerda de calibre aumentado e material heterogêneo no interior.

BIBLIOGRAFIA

- Lemièrre A. On certain septicæmias due to anaerobic organisms. *Lancet*. 1936;1(5874):701-3.
- Vijay V, Fattah Z. Lesson of the month: Lemièrre's syndrome: a reminder of the 'topgun' disease'. *Clin Med*. 2008;2(7):779-80.
- Hagblakjaer LH, Kristensen L, Prag J. Lemièrre's syndrome and other disseminated fusobacterium necrophorum infections in Denmark: a prospective epidemiological and clinical survey. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2008;27:779-80.
- Yeh B, Mc, Gordon R, Rowe D, Fuller A, & Aryanajeh H. (2018). Intravascular abscess in Lemièrre's syndrome due to methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus*. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(11). [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30290-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30290-1)
- Han T, So YJ. Use of anticoagulation therapy for jugular vein thrombus in pediatric patients with Lemièrre's syndrome. *Int J Clin Pharm*. 2022;34:828-21.
- Christos JA, Lichtstein DM, Garcia J, Tamariz LJ. The evolution of Lemièrre syndrome: report of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2002; 81:458.
- Ken De Smet, Paul-Emile Claus, Godrun Allert, An Simpelare and Gwert Desmet (2018): Lemièrre's syndrome: a case study with a short review of literature, *Acta Clinica Belgica*, DOI: 10.1080/17843286.2018.1474614.