



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Osteítis púbica tras cuadro de faringoamigdalitis

Osteitis pubis following tonsillopharyngitis

Domingo Fernández-Vecilla^{a,b,*}, Mary Paz Roche-Matheus^{a,b}, Gotzon Iglesias-Hidalgo^{b,c} y Cristina Aspichueta-Vivanco^{a,b}

^a Servicio de Microbiología clínica, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao (Vizcaya), España

^b Biocruces Bizkaia Health Research Institute, Baracaldo (Vizcaya), España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo (Vizcaya), España

Descripción del caso

Mujer de 19 años que, tras tratamiento de un cuadro de amigdalitis aguda, acude a urgencias por presentar dolor continuo en zona púbica. Se realizó radiografía de tórax en la que se apreciaron condensaciones seudonodulares (fig. 1A), complementándose el estudio con tomografía computarizada (TC), que confirmó la presencia de émbolos sépticos por lo que se procedió al ingreso de la paciente (fig. 1B y 1C). Una ecografía del cuello descartó tromboflebitis de la vena yugular. Se obtuvo hemocultivo y se pautó antibioterapia de amplio espectro por vía intravenosa mediante meropenem y linezolid (1 g/8 h y 600 mg/12 h, respectivamente). Una TC pélvica confirmó la presencia de sinfisitis púbica con abscesificación (fig. 2). Se realizó una limpieza quirúrgica con desbridamiento, y se enviaron 2 muestras para cultivo.

En la tinción de Gram se observaron 10-25 leucocitos/campo en ausencia de microorganismos. Las muestras fueron inoculadas en caldo de enriquecimiento Tioglicolato[®], así como en agares chocolate, CNA y TSA con 5% de sangre de carnero, MacConkey, Sabouraud con cloranfenicol, Brucella, BBE con amikacina y sangre kanamicina-vancomicina. Tras 96 h de incubación no se observó crecimiento en los cultivos. En los controles de TC se observó una involución de los émbolos sépticos pulmonares (fig. 3) y desaparición de la colección púbica.

Evolución

Dada la buena evolución se colocó un catéter central de inserción periférica y se desescaló tratamiento antibiótico a ertapenem por vía intravenosa 1 g/24 h durante 20 días. Al alta, además, recibió metronidazol 500 mg/8 h por vía oral durante 10 días, completando 4 semanas de tratamiento. Tras no observarse crecimiento en los cultivos, se procesó la muestra purulenta y se realizó secuenciación

del gen 16S del ARNr, obteniéndose una secuencia de 435 pb que arrojó como identificación *Fusobacterium necrophorum* (*F. necrophorum*) con un porcentaje de homología del 98,65% tras introducirla en BLAST[®] y fue registrada en GenBank[®] con el número de acceso «OP458797» (material adicional). Se llegó a la conclusión de que el cuadro fue un síndrome de Lemierre con émbolos sépticos en ambos pulmones y en la sínfisis púbica complicado con osteomielitis y abscesificación.

Comentario final

El síndrome de Lemierre es una entidad poco frecuente que se desarrolla típicamente como complicación de una infección orofaríngea y se manifiesta habitualmente como tromboflebitis de la vena yugular interna e infección metastásica en forma de émbolos sépticos. El microorganismo más comúnmente asociado a este cuadro es *F. necrophorum*, bacilo gramnegativo anaerobio obligado comensal de la flora orofaríngea humana. Otros microorganismos como *Eikenella corrodens*, *Prevotella bivia* o distintas especies del género *Streptococcus* o *Bacteroides* también han sido reportadas como posibles causas de este síndrome¹.

El curso clínico es variable según el caso, pudiendo desencadenarse como consecuencia de una infección odontógena, mastoiditis, otitis o incluso gastrointestinal². Además, no siempre se produce la trombosis de la vena yugular interna, sino que puede haber tromboflebitis de otras venas como la sigmoidea, basílica o vena cava inferior, entre otras. En nuestro caso, no se manifestó sintomatología relacionada con tromboflebitis venosa a ningún nivel. Finalmente, junto con infección metastásica, puede haber otras complicaciones derivadas como abscesos, artritis séptica, uveítis u osteomielitis, entre otras muchas.

El tratamiento de este síndrome debe instaurarse tras la sospecha clínica y sin esperar a la confirmación microbiológica, ya que su pronóstico está condicionado por la rapidez del diagnóstico y la pronta instauración de un tratamiento adecuado³. Generalmente, las especies del género *Fusobacterium* son sensibles a penicilina, aunque algunas cepas de *Fusobacterium nucleatum*, *Fusobacterium*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: domingofvec@gmail.com (D. Fernández-Vecilla).

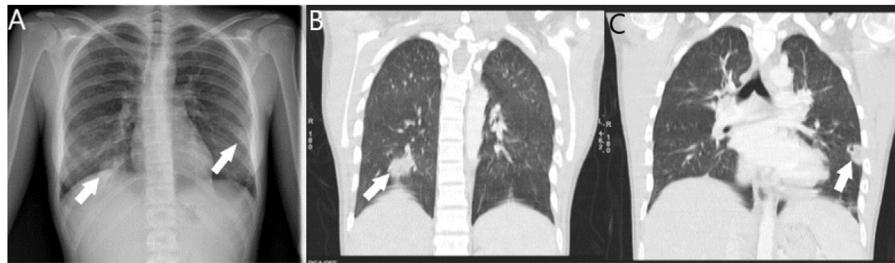


Figura 1. Radiografía de tórax (A): condensaciones pulmonares con tendencia a la cavitación. Reconstrucción coronal de la TC (B y C) con ventana de pulmón que permite definir mejor las lesiones, con cavitación en lóbulo inferior izquierdo.

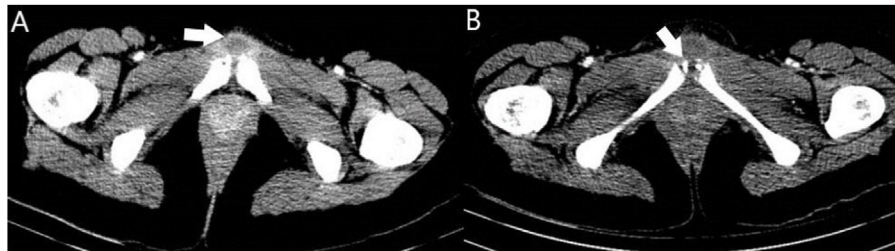


Figura 2. La TC pélvica con contraste intravenoso demostró la presencia de una colección dependiente de la sínfisis púbica (A), así como irregularidad ósea de las ramas púbicas adyacentes (B).

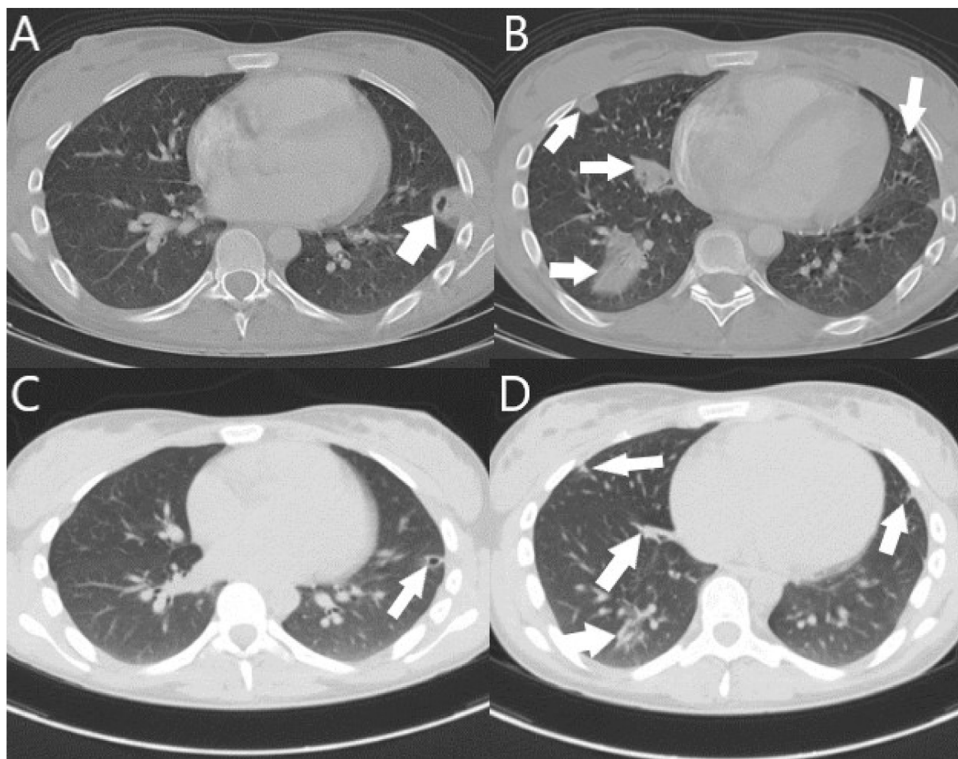


Figura 3. Imágenes axiales de TC torácica: buena evolución radiológica con involución de las condensaciones pulmonares al ingreso (A y B) comparadas tras tratamiento antibiótico (C y D).

mortiferum y *Fusobacterium varium* podrían producir betalactamasas, siendo recomendable asociar un antibiótico con inhibidor de betalactamasas o un anaerobio como clindamicina o metronidazol. La cirugía mediante drenaje y limpieza de las colecciones purulentas está indicada en algunos casos como artritis o abscesos. Finalmente, el uso de anticoagulación es controvertido y según un metaanálisis de 2020, que estudió el efecto de la anticoagulación sobre la recanalización de los vasos y la mortalidad, esta no mostró un beneficio estadísticamente significativo para ninguno de los 2 ¹.

Financiación

No hemos recibido financiación para la realización del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.eimc.2022.10.013](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.10.013).

Bibliografía

1. Gore MR, Lemierre syndrome: A meta-analysis. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2020;24:e379–85, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0039-3402433>.
2. Karkos PD, Asrani S, Karkos CD, Leong SC, Theochari EG, Alexopoulou TD, et al. Lemierre's syndrome: A systematic review. *Laryngoscope.* 2009;119:1552–9, <http://dx.doi.org/10.1002/lary.20542>.
3. Lee WS, Jean SS, Chen FL, Hsieh SM, Hsueh PR. Lemierre's syndrome: A forgotten and re-emerging infection. *J Microbiol Immunol Infect.* 2020;53:513–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmii.2020.03.027>.