

---

---

**RELATO DE CASO**

---

---

**SÍNDROME DE LEMIERRE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EM IDOSO -  
RELATO DE CASO****LEMIERRE SYNDROME CAUSED BY STAPHYLOCOCCUS AUREUS IN AN  
ELDERLY PATIENT – A CASE REPORT**

Kamilla Silveira Lopes<sup>1</sup>  
Caroline Martins de Moraes<sup>1</sup>  
Fernando Tureck<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.63845/5ssbq627>

**RESUMO**

A Síndrome de Lemierre é uma condição rara, caracterizada por tromboflebite séptica da veia jugular interna secundária a infecções orofaríngeas, predominando em adultos jovens. Relatamos o caso de um homem de 64 anos, que buscou atendimento com odinofagia, febre e mal-estar, evoluindo em 48 horas com dispneia progressiva, estridor e insuficiência respiratória aguda, necessitando intubação orotraqueal. Tomografia computadorizada evidenciou abscesso cervical com extensão para espaços sublinguais, submandibulares, parafaríngeos e mediastino superior, além de trombose da veia jugular interna direita. Foi realizada drenagem cirúrgica e antibioticoterapia empírica de amplo espectro, posteriormente ajustada para oxacilina após isolamento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina em cultura de secreção. Instituiu-se anticoagulação plena, inicialmente com enoxaparina e, em seguida, rivaroxabana, com boa evolução clínica e ausência de complicações tromboembólicas. O caráter singular do caso reside no acometimento de um paciente idoso, faixa etária pouco associada à Síndrome de Lemierre, e na identificação do *Staphylococcus aureus* como agente etiológico, em contraste com o *Fusobacterium necrophorum*, classicamente relacionado à doença em adultos jovens.

**Descritores:** Síndrome de Lemierre; Tromboflebite Séptica; Relatos de Casos; Staphylococcus aureus.

**ABSTRACT**

Lemierre syndrome is a rare condition characterized by septic thrombophlebitis of the internal jugular vein secondary to oropharyngeal infections, predominantly affecting young adults. We report the case of a 64-year-old man who sought medical care with odynophagia, fever, and malaise, progressing within 48 hours to worsening dyspnea, stridor, and acute respiratory failure requiring orotracheal intubation. Computed tomography revealed a cervical abscess extending to the sublingual, submandibular, parapharyngeal spaces and the superior mediastinum, in addition to thrombosis of the right internal jugular vein. Surgical drainage was performed, and broad-spectrum empirical antibiotic therapy was initiated, later adjusted to oxacillin after isolation of methicillin-sensitive *Staphylococcus aureus* from secretion culture. Full anticoagulation was instituted, initially with enoxaparin and subsequently with

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de medicina da Universidade do Contestado, Mafra, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo. Professor do curso de medicina da Universidade do Contestado, Mafra, Santa Catarina, Brasil.

rivaroxaban, with favorable clinical evolution and no thromboembolic complications. The uniqueness of this case lies in the involvement of an elderly patient, an age group rarely associated with Lemierre syndrome, and in the identification of *Staphylococcus aureus* as the etiological agent, in contrast to *Fusobacterium necrophorum*, which is classically related to the disease in young adults.

**Keywords:** Lemierre Syndrome; Thrombophlebitis; Case Reports; *Staphylococcus aureus*.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Lemierre (SL) é uma condição infecciosa rara caracterizada pela progressão de uma infecção orofaríngea para tromboflebite séptica da veia jugular interna, frequentemente associada a embolizações sépticas pulmonares<sup>1</sup>. Descrita originalmente por André Lemierre em 1936, a síndrome apresentava elevada mortalidade na era pré-antibiótica, tornando-se incomum após a introdução da penicilina<sup>1,2</sup>. Apesar da redução significativa na mortalidade nas últimas décadas, a SL permanece potencialmente fatal, com taxas variando entre 4% e 18%, dependendo da gravidade inicial e da presença de complicações metastáticas<sup>3-6</sup>. O reconhecimento precoce é desafiador, particularmente em apresentações atípicas ou fora do perfil epidemiológico tradicional. Diante da possibilidade de rápida progressão para sepse, abscessos cervicais profundos e envolvimento vascular complexo, a identificação oportuna e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para o desfecho clínico favorável<sup>7,8</sup>. Apresentamos um caso de SL atípica em paciente idoso com etiologia por *Staphylococcus aureus* meticilina-sensível (MSSA). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o parecer consubstanciado número 7.703.418.

## RELATO COMPLETO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, síndrome do pânico e quatro acidentes vasculares cerebrais isquêmicos prévios, sendo o último em 2012, sem déficits neurológicos residuais significativos. Fazia uso regular de olanzapina, losartana, hidroclorotiazida, sinvastatina e metformina. Era tabagista, com carga tabágica de 25 anos-maço, e relatava alergia a camarão.

O quadro clínico iniciou-se com odinofagia, febre e mal-estar geral, sendo tratado empiricamente como faringoamigdalite com anti-inflamatórios não esteroidais, sem resposta clínica. Após aproximadamente 48 horas, evoluiu com eritema em hemiface direita e dispneia progressiva associada a estridor inspiratório, culminando em insuficiência respiratória aguda, motivando nova avaliação médica. Diante da deterioração clínica, foi submetido à intubação orotraqueal em caráter emergencial. Durante a laringoscopia, observou-se importante edema cervical com distorção anatômica significativa da via aérea superior. A hipótese diagnóstica inicial foi de faringoamigdalite bacteriana complicada com abscesso cervical profundo, posteriormente evoluindo com choque séptico. Foi instituída antibioticoterapia empírica com ceftriaxona e clindamicina.

Tomografia computadorizada contrastada da região cervical evidenciou extenso enfisema dissecando planos fasciais superficiais e profundos, predominantemente à direita, com acometimento dos espaços paraglótico e do seio piriforme, além de coleções compatíveis com abscessos cervicais profundos com sinais de extensão para o mediastino. Neste momento, o paciente foi submetido à drenagem cirúrgica de abscessos cervicais e mediastinais, com saída de material purulento abundante e desbridamento de áreas de necrose envolvendo fáscias cervicais.

Apesar da intervenção inicial, manteve febre, leucocitose e drenagem purulenta persistente pelos drenos cirúrgicos após cinco dias. Nova tomografia computadorizada revelou múltiplas coleções extensas envolvendo diferentes compartimentos cervicais, incluindo acometimento do músculo masseter direito, extensão para os espaços sublingual, submandibular e parafaríngeos bilateralmente, além de comprometimento do espaço paraglótico à direita.

Observou-se ainda que a coleção envolvia a artéria carótida interna esquerda em mais de 50% de sua circunferência, bem como da veia jugular interna adjacente, com sinais de tromboflebite séptica e oclusão parcial do vaso. Diante dos achados, foi realizada nova intervenção cirúrgica, com drenagem de abscessos cervicais e faciais. Durante o procedimento, identificou-se secreção purulenta abundante, fístula em palato mole e ulceração do ventre direito da língua.

Culturas da secreção purulenta evidenciaram crescimento de *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina, sendo a antibioticoterapia ajustada para oxacilina intravenosa. Após a segunda abordagem cirúrgica e adequação do esquema antimicrobiano, o paciente apresentou progressiva melhora clínica, com resolução da febre, normalização dos parâmetros laboratoriais inflamatórios e redução do débito dos drenos.

Considerando o diagnóstico de tromboflebite séptica da veia jugular interna, instituiu-se anticoagulação terapêutica com enoxaparina, posteriormente convertida para rivaroxabana. Durante a internação, não foram observados sinais clínicos de possíveis complicações da Síndrome de Lemierre como hipertensão intracraniana ou tromboembolismo pulmonar.

Com o controle do processo infeccioso e estabilização clínica, foi possível realizar desmame progressivo da ventilação mecânica, seguido de decanulação traqueal. O paciente evoluiu satisfatoriamente, sendo transferido da unidade de terapia intensiva após estabilização clínica. Após período de reabilitação e reconciliação medicamentosa, recebeu alta hospitalar para seguimento ambulatorial, com indicação de anticoagulação plena pelo prazo de 3 a 6 meses.

## DISCUSSÃO

A Síndrome de Lemierre (SL) é definida como a progressão de uma infecção orofaríngea para tromboflebite séptica da veia jugular interna (VJI), frequentemente acompanhada por êmbolos sépticos, especialmente pulmonares<sup>6,7,9,10</sup>. Descrita originalmente por André Lemierre em 1936, a síndrome tornou-se rara após a introdução da antibioticoterapia, mas permanece potencialmente fatal quando não

reconhecida precocemente<sup>5,7</sup>. Embora tradicionalmente associada ao *Fusobacterium necrophorum* em adolescentes e adultos jovens previamente saudáveis, evidências recentes indicam um espectro etiológico e epidemiológico mais amplo, incluindo agentes aeróbios, como *Staphylococcus aureus*, particularmente em pacientes com comorbidades significativas<sup>3,4,8</sup>.

O caso apresentado ilustra uma forma atípica da síndrome, tanto pelo perfil do paciente, idoso e portador de múltiplas comorbidades, incluindo diabetes mellitus e obesidade, quanto pelo agente etiológico identificado, *Staphylococcus aureus* sensível à meticilina. A maioria dos relatos descreve indivíduos jovens sem doenças crônicas relevantes; entretanto, séries contemporâneas sugerem que a SL pode ocorrer em faixas etárias mais avançadas e em contextos clínicos complexos, possivelmente refletindo mudanças no padrão de exposição antimicrobiana e maior sobrevida de pacientes com doenças crônicas<sup>3,4,9</sup>.

Do ponto de vista fisiopatológico, a progressão da infecção orofaríngea para tromboflebite jugular envolve disseminação contígua pelos planos fasciais cervicais profundos, com invasão perivascular e inflamação da parede venosa. A resposta inflamatória local, associada à liberação de citocinas pró-inflamatórias e ativação da cascata de coagulação, favorece a formação do trombo na veia jugular interna<sup>1,8</sup>.

No presente caso, a extensa disseminação pelos espaços submandibular, parafaríngeo, paraglótico e mediastinal evidencia a agressividade da infecção e a capacidade de progressão ao longo dos compartimentos anatômicos cervicais. A presença de enfisema dissecando planos profundos sugere infecção necrosante ou produção significativa de gás por atividade bacteriana, o que se associa a maior risco de complicações sistêmicas<sup>5-7,9</sup>.

O diagnóstico de tromboflebite séptica da VJI foi estabelecido por tomografia computadorizada contrastada, modalidade de escolha para avaliação da anatomia cervical profunda e das complicações vasculares<sup>7,11</sup>. Embora não tenham sido documentados êmbolos pulmonares, manifestação considerada clássica na SL, a ausência de embolização não exclui o diagnóstico, uma vez que formas incompletas ou variantes da síndrome têm sido descritas<sup>3,4,9,10</sup>. O isolamento de MSSA nas culturas da secreção, associado à trombose jugular e infecção cervical profunda, sustenta o diagnóstico dentro de uma definição ampliada da síndrome, atualmente reconhecida como um espectro clínico<sup>3,4,9,10</sup>.

A antibioticoterapia empírica inicial com ceftriaxona e clindamicina proporcionou cobertura adequada para anaeróbios e cocos Gram-positivos, incluindo potenciais produtores de toxinas<sup>7</sup>. A posterior adequação para oxacilina, guiada por cultura e antibiograma, está alinhada com princípios de *stewardship* antimicrobiano e com recomendações atuais para tratamento de infecções invasivas por MSSA<sup>7,11</sup>. A necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas reforça que, em infecções cervicais profundas complicadas, o controle de foco é componente fundamental do manejo, sendo a abordagem exclusivamente medicamentosa frequentemente insuficiente.

A anticoagulação na SL permanece controversa. Não existem ensaios clínicos randomizados que estabeleçam benefício inequívoco, e as evidências disponíveis derivam majoritariamente de séries

retrospectivas e relatos de caso<sup>1,5,6</sup>. Argumenta-se que a anticoagulação pode limitar a progressão do trombo, reduzir risco de embolização e favorecer recanalização venosa, especialmente em casos com extensão significativa da trombose ou comprometimento de estruturas adjacentes<sup>1,5,7</sup>. No presente caso, a decisão por anticoagulação terapêutica, inicialmente com enoxaparina e posteriormente com rivaroxabana, foi baseada na extensão da trombose, no envolvimento vascular significativo e na ausência de contraindicações hemorrágicas. A evolução clínica favorável, sem eventos tromboembólicos ou complicações hemorrágicas, sugere que a estratégia foi segura neste contexto específico, embora não permita generalizações.

A mortalidade da SL, que ultrapassava 80–90% na era pré-antibiótica, atualmente varia entre 4% e 18%, dependendo da gravidade inicial e da presença de complicações metastáticas<sup>3,4</sup>. A evolução favorável deste paciente, apesar da idade avançada, das comorbidades e da extensão anatômica da infecção, destaca a importância do reconhecimento precoce, da antibioticoterapia adequada, da drenagem cirúrgica agressiva quando indicada e da abordagem multidisciplinar.

## CONCLUSÃO

A Síndrome de Lemierre permanece uma condição rara, porém potencialmente fatal, cujo reconhecimento precoce é determinante para o prognóstico. Este caso amplia o espectro clínico da síndrome ao demonstrar sua ocorrência em paciente idoso, com múltiplas comorbidades e etiologia não clássica por *Staphylococcus aureus*, cursando com extensa disseminação cervical, comprometimento vascular significativo e necessidade de múltiplas intervenções cirúrgicas. A decisão pela anticoagulação terapêutica, em contexto ainda controverso na literatura, reforça a importância da individualização do manejo com base na extensão do trombo e no risco embólico.

A evolução favorável observada neste caso destaca que o controle agressivo do foco infeccioso, a antibioticoterapia direcionada e a avaliação criteriosa de estratégias adjuvantes podem modificar substancialmente o curso clínico, mesmo em apresentações atípicas e graves. Assim, infecções cervicais com progressão rápida devem suscitar alta suspeição para formas ampliadas da Síndrome de Lemierre, independentemente da idade ou do agente etiológico identificado.

## Referências

1. Xu Y, Shi Q, Ying H. **Lemierre's syndrome complicating deep neck abscess: a case report.** *Thromb. J.* 2023;21:97.
2. Lemierre, A. **On Certain Septicemias Due to Anaerobic Organisms.** *Lancet.* 1936;227(5874):701-6.
3. Oshinyemi, P., Lee, C., Gough-Palmer, A. & McKay-Davies, I. **IJV thrombophlebitis: be wary of the occult.** *BMJ Case Rep.* 2021;14(2):e238813.

4. Elhakeem IA, Al Shokri SD, Elzouki ANY, Danjuma MI. **An Unusual Case of Modified Lemierre's Syndrome Caused by Staphylococcus aureus Cellulitis.** Am. J. Case Rep. 2020;21:e923123.
5. Campo, F. et al. **Antibiotic and Anticoagulation Therapy in Lemierre's Syndrome: Case Report and Review.** J. Chemother. 2019;31(1):42-8.
6. Koukias, S. et al. **Lemierre Syndrome with Extensive Thrombosis: A Unique Case Report and Literature Review.** Case Rep. Otolaryngol. 2024.
7. Johannesen K, Bodtger U. **Lemierre's syndrome: current perspectives on diagnosis and management.** Infect. Drug Resist. 2016;9:221-7.
8. Carrara, A. et al. **Association of pathogenic determinants of Fusobacterium necrophorum with bacteremia, and Lemierre's syndrome.** Sci. Rep. 2024;14:19804.
9. Agonafir, D. B., Diress, A. E., Saleh, A. A., Dechasse, C. J. & Shane, D. kebede. **Lemierre syndrome: A case report and literature review on atypical presentation.** Medicine (Baltimore). 2025;104:e42823.
10. Xie, M., Liu, J., Zheng, J., Wang, J., Han D. **Lemierre Syndrome: Report of a Case with an Innovative Diagnostic Method and Literature Review.** Infect. Drug Resist. 2024;17:1-10.
11. Bondy, P., Grant T. **Lemierre's Syndrome: What are the Roles for Anticoagulation and Long-Term Antibiotic Therapy?** Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2008;117(9):679-83.