

Tiroiditis aguda piógena: revisión del tema a propósito de un caso

Acute pyogenic thyroiditis: case report and review

Luis Enrique Núñez-Moscoso¹

RESUMEN

La tiroiditis aguda piógena o supurada es considerada una entidad rara y se caracteriza por signos inflamatorios y colección purulenta a nivel tiroideo. Se presenta el caso de una niña de 9 años, vista en el Hospital de Apoyo Juli, en el departamento de Puno, que presentó bocio doloroso, disfagia, fiebre y leves signos de hiperfunción tiroidea. La ecografía mostró una colección en el lóbulo derecho y en la punción tiroidea se obtuvo material purulento. El tratamiento se realizó con ceftriaxona, 50 mg/kg/d, clindamicina, 30 mg/kg/d y drenaje quirúrgico. La evolución de la paciente fue satisfactoria.

PALABRAS CLAVES. Tiroiditis aguda, Tiroiditis supurada, Tiroiditis piógena.

ABSTRACT

Acute suppurative thyroiditis is currently considered a rare entity and it is characterized by inflammatory signs and a collection of pus in the thyroid. We report a 9 years-old girl that was seen at Hospital de Apoyo Juli in the department of Puno, in which a tender goiter with dysphagia, fever and light signs of thyroid hyperfunction were present. Ultrasonography showed right lobule collection and the puncture revealed purulent material. Treatment was done with cephtriaxone 50 mg/kg/d and clindamycin 30 mg/kg/d, besides of surgical drainage. The patient evolution was satisfactory.

KEY WORDS. Acute thyroiditis, Suppurative thyroiditis, Pyogenic thyroiditis.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MCY de nueve años de edad, de sexo femenino, natural y procedente de Pomata, Puno, que fue atendida en consulta externa. Refirió un inicio de enfermedad en forma brusca y de curso progresivo de diez días,

con sensación de alza térmica, escalofríos y sudoración nocturna. Asimismo, había notado una tumoración dolorosa en la región cervical, que creció en los días siguientes y le dificultó el pasaje de los alimentos. Fue atendida en un centro periférico al cuarto día y recibió como tratamiento dicloxacilina, 500 mg, cada 8 horas, vía oral, e ibuprofeno, 400 mg, cada 8 horas, vía oral. Al no conseguirse mejoría, fue transferida al Hospital de Apoyo Juli.

Al ingreso, la paciente lucía tóxica, despierta, orientada y colaboradora, temperatura, 38 °C; pulso, 120 por minuto; respiraciones, 26 por minuto, despierta, orientada y colaboradora. En el cuello había una tumoración de 8 x 6 cm de diámetro, uniforme, con flogosis y leve lateralización derecha, tensa y dolorosa a la palpación, móvil con la deglución, sin latido y sin soplo a la auscultación. Leve temblor fino en las manos, reflejos osteotendinosos patelares algo aumentados. El resto del examen físico sin alteraciones.

En los exámenes de ingreso se encontró: hemoglobina, 10,2 g/dL; hematocrito, 31%; leucocitos 10 750 (segmentados, 67%; bastones, 0%; eosinófilos, 0%.; mono-

1. Médico internista, Servicio de Medicina Interna, Hospital Edmundo Escomel EsSalud, Arequipa.



Figura 1. Ecografía de tiroides: zona hipodensa en el lóbulo derecho con ecorrefringencia irregular en su interior.



Figura 3. Absceso del lóbulo derecho de la tiroides.

citós, 4%; linfocitos, 29%; basófilos, 0%); velocidad de sedimentación globular, 17 mm/h; glucosa 78 mg/dL; creatinina, 0,8 mg/dL.

La ecografía tiroidea (25-10-05) mostró una colección líquida en el lóbulo derecho con ecorrefringencia irregular en su interior (Figura 1). Se realizó una punción aspiración y se obtuvo material purulento en regular cantidad. Se halló cocos grampositivos y bacilos

gramnegativos extracelulares. La tinción para bacilos ácido-alcohol resistente dio negativo. Se instaló una cobertura antibiótica amplia con ceftriaxona, 50 mg/kg/d, y clindamicina, 30 mg/kg/d, aunque no se tuvo una confirmación bacteriológica y drenaje quirúrgico del absceso tiroideo. (Figuras 2-4) No se hizo estudios de función tiroidea. La evolución de la paciente fue muy favorable.



Figura 2. Absceso del lóbulo derecho de la tiroides.



Figura 4. Vista lateral. Absceso del lóbulo derecho de la tiroides.



DISCUSIÓN

La tiroiditis aguda infecciosa, supurativa o piógena es considerada una entidad de relativa rareza en estos tiempos, con una frecuencia de uno o dos casos por año en hospitales de tercer nivel.⁽¹⁻³⁾

La tiroides posee una marcada resistencia a las infecciones debido a su alta vascularización, a la presencia de grandes cantidades de yodo en el tejido, por el peróxido de hidrógeno generado dentro de ella para la síntesis de hormona tiroidea y por su normal posición encapsulada fuera del alcance de otras estructuras.^(4,5)

De todas formas, especialmente en niños, una fístula persistente del seno piriforme hace que el lóbulo izquierdo sea susceptible a la formación de abscesos.⁽⁶⁾ Los abscesos recurrentes izquierdos también han sido reportados como consecuencia de una fístula del seno del cuarto arco branquial.⁽⁸⁾ Ocasionalmente, la tiroiditis supurativa bacteriana aguda ocurre como complicación en niños que reciben quimioterapia.⁽⁷⁾ Raramente la infección ocurre en un quiste o nódulo degenerado. Han sido descritos reportes de casos en recién nacidos.⁽⁹⁾ El principal diagnóstico diferencial es con la tiroiditis posviral o subaguda.

Entre las bacterias que han sido asociadas con tiroiditis están los estreptococos, estafilococos, neumococos, salmonella, *Acinetobacter baumannii*, *Bacteroides spp.*, *T. pallidum*, *Pasteurella spp.* y *M. tuberculosis*; entre los hongos, el *Coccidioides immitis*, *Aspergillus*, *Actinomyces*, *Candida albicans*, nocardia y criptococos.⁽¹⁰⁾ Con estos últimos agentes, por lo general, los pacientes afectados eran inmunodeficientes, ya sea por neoplasia o por infección por VIH. La neoplasia ha sido asociada con abscesos tiroideos debido a una conexión fistulosa y el absceso tiroideo por *Clostridium septicum* está casi siempre asociado a carcinoma de colon.⁽¹²⁾ Por otro lado, el carcinoma mamario metastásico ha sido reportado en asociación a tiroiditis aguda. Algunas series en adultos reportan en el 50 a 75% de los casos una condición preexistente como bocio simple, bocio nodular, adenoma o carcinoma.⁽¹¹⁾

Comúnmente, especialmente en niños, la infección de la glándula tiroides se debe a una extensión directa desde una fístula interna del seno piriforme.⁽¹³⁾ Se piensa que este tracto representa el curso de migración del último cuerpo branquial. Estudios histopatológicos cuidadosos de estas fístulas han demostrado que están recubiertas por epitelio escamoso columnar o ciliado y, ocasionalmente, forman ramificaciones en el lóbulo tiroideo.⁽¹⁶⁾ En estas fístulas han sido encontradas, muy raramente, células positivas para calcitonina y se ha tipificado un número incrementado de células C en el punto de término de este

tracto. La predominancia de la tiroiditis aguda en el lóbulo izquierdo de la glándula, particularmente en infantes y niños, es explicada debido a que el último cuerpo branquial derecho es generalmente atrófico y no se desarrolla en los humanos. La razón de este fenómeno es desconocida. La tiroiditis aguda puede comprometer una tiroides normal o desarrollarse en un bocio multinodular. Algunas veces no se encuentra la fuente de infección. La posibilidad de un conducto tirogloso persistente debe de considerarse en las infecciones de la línea media.

En las etapas iniciales de las infecciones bacterianas, el estudio histopatológico muestra cambios característicos de inflamación aguda, con infiltrado profuso de polimorfonucleares y linfocitos; por lo general, evoluciona a necrosis y formación de abscesos. La fibrosis es prominente cuando ocurre la cicatrización. El material obtenido por punción debe de ser estudiado para piógenos, micobacterias y hongos.

Se considera que la incidencia de tiroiditis aguda debe aumentar, debido al incremento de los casos de inmunocompetencia. El signo cardinal es el dolor en la glándula, la que subsecuentemente crece y se torna tensa y eritematosa. El paciente se ve imposibilitado para extender el cuello y, generalmente, se sienta con el cuello flexionado, para evitar la presión sobre la glándula, y la deglución es dolorosa. Existen usualmente signos de infección en las estructuras adyacentes a la tiroides, linfadenopatía local, fiebre y, si ocurre bacteriemia, escalofríos. La formación de gas en la tiroiditis supurativa ha sido descrita. Los síntomas son, con excepciones, más obvios en los niños que en los adultos. Los adultos pueden presentarse con una masa ligeramente dolorosa en el cuello sin fiebre que hace sospechar en neoplasia antes que en infección.⁽¹⁵⁾

A pesar que en esta patología no hay síntomas o signos de hiper o hipotiroidismo, estos han sido descritos, sobre todo, cuando la afectación de la glándula es generalizada, lo que ocurre en los casos de infección por hongos o micobacterias. La glándula tiroides adulta contiene 600 μg de T₄ por gramo. Una tiroides normal pesa entre 15 y 20 g, por lo que podría liberar suficiente hormona como para generar un hipertiroidismo transitorio.⁽¹⁴⁾

El dolor en la zona anterior del cuello debe llevar a considerar la posibilidad de una tiroiditis. Debido a que el diagnóstico diferencial principal es entre la tiroiditis supurativa aguda y la tiroiditis subaguda, es importante considerar la historia, los datos físicos y de laboratorio de estas condiciones. En general, el paciente con tiroiditis aguda parece séptico, tiene mayor dolor y mayor localización en la glándula, puede tener una infección

respiratoria alta asociada o una linfadenopatía y puede ser inmunocomprometido. La leucocitosis con desviación izquierda argumenta hacia infección y la velocidad de sedimentación globular puede elevarse en ambas entidades. Los pacientes con tiroiditis subaguda tienen más síntomas de hipertiroidismo.

Según la edad y las circunstancias clínicas, se debe proceder con los estudios invasivos o no invasivos. El test más discriminativo es la captación de yodo radiactivo; su valor en la tiroiditis subaguda es muy bajo y en la tiroiditis aguda, normal. Si la ecografía tiroidea muestra un proceso localizado, se debe realizar una punción con aguja, la que será definitiva. La TAC puede ser útil en identificar la localización del absceso pero es requerida solo en situaciones inusuales.⁽¹⁶⁾ El escaneado de galio puede ser útil como parte de la evaluación de una fiebre de origen oscuro, lo que confirmaría la inflamación tiroidea como fuente del problema. Si un proceso infeccioso es identificado, particularmente en el lóbulo izquierdo en un individuo joven, debe realizarse un esofagograma con bario, para buscar la posibilidad de un trayecto fistuloso.⁽¹⁸⁾

Ocasionalmente, los procesos infecciosos de otros lugares del cuello pueden presentarse como masas dolorosas anteriores y los abscesos retrofaríngeos, con síntomas típicos de tiroiditis aguda. En este caso, la TAC es de gran valor.⁽¹⁷⁾ Es útil recordar que el dolor de inflamación tiroidea puede ser referido a la garganta o los oídos.

El diagnóstico y la elección de la terapia antibiótica es guiada por el estudio microscópico y el adecuado tñido del aspirado. Este procedimiento es preferible realizarlo por guía ultrasonográfica; puede utilizarse para drenaje del absceso y puede repetirse para facilitar su curación. Algunos abscesos pueden requerir la exploración quirúrgica y el drenaje. La elección de la terapia también dependerá del estado inmune del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nelson AJ. Neonatal suppurative thyroiditis. *Pediatr Infect Dis J* 1983;2: 243-4.
2. Onishi H. Clinical study of 15 children with acute suppurative thyroiditis. *Nippon Naibunpi Gakkai Zasshi* 1994;70:529-35.
3. Suprabha J, Vijay K, Shital P. Acute bacterial thyroid abscess as a complication of septicemia. *IDCP* 2000;9:383-6.
4. Lazarus J. Acute and subacute thyroiditis. En: *The Thyroid and its Diseases*. Chapter 19. URLK disponible en: www.thyroidmanager.org
5. Abe K, Taguchi T, Okuno A. Acute suppurative thyroiditis in children. *J Pediatr* 1979;94:912-4.
6. Takai SI, Miyauchi A, Matsuzuka F. Internal fistula as a route of infection in acute suppurative thyroiditis. *Lancet* 1979;1:751-2.
7. Bachrach L, Foley T. Thyroiditis in children. *Ped in Rew* 1989;11:184-91.
8. Cases J, Wenig B, Silver C, Surks M. Recurrent acute suppurative thyroiditis in an adult due to a fourth branchial pouch fistula. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:953-6.
9. Yung BC, Loke TK, Fan WC, Chan JC. Acute suppurative thyroiditis due to foreign body induced retropharyngeal abscess presented as thyrotoxicosis. *Clin Nucl Med* 2000;25:249-52.
10. Gimondo P, Messina G, Gimondo S. Unusual case of acute suppurative thyroiditis. *Minerva Med* 1996; 87: 475-8. Abstract.
11. Premawardhana LDKE, Vora JP, Scanlon MF. Suppurative thyroiditis with esophageal carcinoma. *Postgrad Med J* 1992;68:592-3.
12. Jacobs A, Gros D, Gradon J. Thyroid abscess due to *Acinetobacter calcoaceticus*: Case report and review of the causes of and current management strategies for thyroid abscesses. *South Med J* 2003;96:300-7.
13. Avenant T, De Boeck K. Painful neck mass in a five years old boy. *PIDJ* 2000;19:888,903-4.
14. Walsh CH, Dunne C. Hyperthyroidism associated with acute suppurative thyroiditis. *Ir J Med Sci* 1992;161:137.
15. Houghton DJ. The tender neck: thyroiditis or thyroid abscess? *Clin Endocrinol* 1998;48:521-4.
16. Park SW. Neck infection associated with pyriform sinus fistula: imaging findings. *Am J Neuroradiol* 2000;21:817-22.
17. Bar-Ziv J. Branchial pouch sinus tract from the pyriform fossa causing acute suppurative thyroiditis, neck abscess, or both: CT appearance and the use of air as a contrast agent. *Am J Roentgenol* 1996;167:1569-72.
18. Ahuja AT. The role of ultrasound and oesophagography in the management of acute suppurative thyroiditis in children associated with congenital pyriform fossa sinus. *Clin Radiol* 1998;53:209-11.

Correspondencia a: Dr. Luis Enrique Núñez Moscoso
lnunez10@hotmail.com

Recibido: 25-05-09.
Aprobado: 20-06-09.