

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **3**
Volume

Número **2**
Number

Abril-Junio **2005**
April-June

Artículo:

**Tiroiditis de Riedel.
Presentación de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Tiroiditis de Riedel. Presentación de un caso

Sergio González López,* Eduardo Suárez Núñez*

Resumen

Una paciente de 33 años de edad que 15 años atrás se le practicó una tiroidectomía subtotal derecha por aumento de tamaño de la glándula, secundario a enfermedad de "Graves". Previamente recibió tiouracilo por 12 meses y ablación con yodo 131. La paciente se encontraba en terapia sustitutiva con levotiroxina sódica (eutirox), cuando ella notó el crecimiento de una masa en el cuello dolorosa, de consistencia sólida y dura. La paciente reportó dificultad para deglutir alimentos sólidos y fiebre durante los 2 primeros días. Los hallazgos de citología demostraron fibrosis inflamatoria del remanente tiroideo. Tres meses después, la paciente deglute sin problemas y la masa ha involucionado casi totalmente.

Palabras clave: Tiroiditis, fibrosis.

Summary

A 33 year-old woman who 15 years earlier undergone right subtotal thyroidectomy for enlarging thyroid gland secondary to "Graves" disease. Previously treated for 12 months with Tiouracil and 131 Iodine ablation. The patient was in substitutive therapy with sodic levothyroxine (eutirox), when she noticed a painful enlarging neck mass of a hard solid consistency. She reported difficulty swallowing solid foods and fever during the first 2 days. Cytology findings showed inflammatory fibrosis of the thyroid remnant. Three months later the patient is swallowing without problems and the mass involuted almost completely.

Key words: Thyroiditis, fibrosis.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis de Riedel es un padecimiento descrito por primera vez en 1883 por Bernard Riedel.¹ Hay et al reportaron una incidencia ambulatoria de 1 en 100,000 personas.² Esta rara entidad se caracteriza por inflamación severa y reemplazo de parénquima tiroideo normal por un infiltrado de tejido conectivo fibroso que se extiende más allá de la cápsula tiroidea. La glándula puede estar afectada en forma difusa o parcial. No involucra nunca piel y ganglios linfáticos.³ Clínicamente la glándula tiroidea aumenta de tamaño y adopta una consistencia dura que produce compresión directa de

nervios, tráquea y esófago generando dolor, disnea y disfagia respectivamente.⁴ Se ha asociado con bocio, padecimientos idiopáticos como la fibrosis retroperitoneal, colangitis esclerosante y fibrosis mediastinal.³ Su etiología exacta es desconocida, la mayoría de los pacientes al momento del diagnóstico son eutiroides, de sexo femenino con un rango de edad entre los 23 y 77 años.¹ La velocidad de sedimentación globular (VSG) está usualmente aumentada. Los anticuerpos antitiroideos generalmente no están presentes.⁵ El ultrasonido puede mostrar una masa hipodensa e hipoecoica reemplazando el tejido tiroideo. La TAC y la RM muestran hallazgos característicos de fibrosis. El gammagrama de captación con yodo (I) 131 muestra una glándula irregular con baja o nula captación de radioyodo.⁶ El diagnóstico diferencial incluye carcinoma anaplásico de tiroides, linfoma, tiroiditis de Hashimoto y enfermedad de Graves entre otros. El tratamiento de inicio se basa en terapia con esteroides, cirugía descompresiva o resectiva y en casos resistentes se ha complementado con tamoxifeno.⁷

* Departamento de Cirugía, Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Sergio González López
Av. Lomas Verdes 427, 1er piso, Lomas Verdes
Naucalpan, México.
CP: 53120.

Correo electrónico: sglez1@prodigy.net.mx

Aceptado: 03-03-2005

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una paciente de 33 años de edad, con antecedente de enfermedad de "Graves" 15 años atrás, fue tratada con



Figura 1. Rx simple de cuello, la flecha muestra desplazamiento de la columna de aire a la derecha.

tiouracilo por 12 meses, además ablación con I 131, y finalmente tiroidectomía subtotal derecha. Actualmente toma terapia de reemplazo con levotiroxina sódica (euti-rox). Inició su padecimiento con dolor y crecimiento de una masa sólida de 6 x 3 cm en cara anterior del cuello, eritema cutáneo y fiebre los primeros 2 días. Se administró clindamicina sospechando un absceso. Su biometría hemática y pruebas de función tiroidea fueron normales, los anticuerpos antitiroideos en rango de referencia y tiroglobulina ausente. Sólo la velocidad de sedimentación globular (VSG) estuvo elevada. La radiografía simple de cuello mostró desviación de la tráquea hacia la derecha sin compresión (*Figura 1*). La tomografía axial computada (TAC) presentó un aumento de volumen a expensas de glándula tiroides, de contornos irregulares y densidad heterogénea. Los trayectos vasculares de calibre normal. No hubo evidencia de adenopatías (*Figura 2*). La centellografía con I-131, mostró glándula tiroides hipocaptante un 0.02% (referencia de 13-35%). Se le realizó en varias ocasiones biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), reportando abundantes polimorfonucleares y cambios compatibles con proceso inflamatorio subagudo, sin evidencia de malignidad. La paciente recibió tratamiento con prednisona 10 mg al día y paracetamol 1 g con horario por 5 días y posteriormente por razón necesaria. A las 3 semanas hay una reducción importante del volumen de la le-



Figura 2. TAC de cuello, muestra crecimiento a expensas de tiroides de aspecto fibroso (círculo), que desplaza tráquea (flecha). Sin evidencia de adenomegalias.

sión. A los 3 meses se suspende tratamiento con esteroides, y continúa con levotiroxina sódica en forma habitual.

DISCUSIÓN

La tiroiditis de Riedel es un proceso poco común de tipo fibrótico que involucra la glándula tiroides y tejidos aledaños. Por su abrupto crecimiento y consistencia pétrea hacen pensar en un proceso neoplásico. La BAAF es de gran utilidad y fácil realización por el tamaño y consistencia que adopta la glándula, por lo que es muy recomendable como en este caso repetir la BAAF en varias ocasiones para confirmar el diagnóstico y descartar un carcinoma concomitante. Las imágenes de TAC y RM son hipodensas e hipointensas respectivamente, opuesto a los otros tipos de tiroiditis. La centellografía deliberadamente realizada con I 131, es hipocaptante por la sustitución de tejido glandular por fibrosis, lo que apoya el diagnóstico diferencial. La complicación más preocupante es la compresión directa de estructuras particularmente de tráquea y esófago que frecuentemente terminan en cirugía descompresiva de emergencia.

REFERENCIAS

1. Rose E, Royster HP. Invasive fibrous thyroiditis (Riedel struma). *JAMA* 1961; 176: 224-226.
2. Hay ID. Thyroiditis: a clinical update. *Mayo Clin Proc* 1985; 60: 836-843.

3. De Boer et al. A rare case of Riedel's thyroiditis, 6 years after retroperitoneal fibrosis: two diseases with one pathogenesis? *Neth J Med* 1992; 40: 190-196.
4. Rodriguez I, Ayala E, Caballero C et al. Solitary fibrous tumor of the thyroid gland: report of seven cases. *Am J Surg Pathol* 2004; 128: 87-89.
5. Schwaegerle SM, Bauer TW, Esselstyn CB. Riedel's thyroiditis. *Am J Clin Pathol* 1988; 90: 715-722.
6. Emch TM, Miller MA. Riedel's thyroiditis. *Appl Radiol* 2004; 33: 33-36.
7. Few J, Thompson NW, Angelos P et al. Riedel's thyroiditis: treatment with tamoxifen. *Surgery* 1996; 120: 993.
8. Moulik PK, Al-Jafari MS, Khaleeli AA. Steroid responsiveness in a case of Riedel's thyroiditis and retroperitoneal fibrosis. *Int J Clin Pract* 2004; 30: 312-315.

