



Absceso tiroideo en un paciente pediátrico

Luz Arcelia Campos Navarro,* Azennet Rueda Rodríguez,† Norma Angélica Quintana Ruiz‡

Resumen

El absceso tiroideo es una enfermedad rara en pacientes pediátricos; en este grupo etario se asocia a alteraciones en el desarrollo embriológico de la glándula tiroidea. La capacidad de la glándula tiroidea para soportar la infección es un fenómeno bien conocido; por tal motivo, la tiroiditis infecciosa en niños es infrecuente y la manera con la que ésta predispone a la formación de un absceso es rara. La revisión de la literatura de los últimos 25 años reporta 21 casos de tiroiditis supurativa aguda en pacientes pediátricos, de los cuales uno se ha abscedado. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con un absceso tiroideo, el cual presenta inicialmente aumento de volumen doloroso en cuello; se realiza una descripción detallada de la evolución, diagnóstico y tratamiento. Se presenta el caso y curso clínico de un paciente pediátrico.

Palabras clave: Absceso, tiroides, pediatría.

Summary

Thyroid abscess is an unusual disease in pediatric patients, it is usually associated with congenital abnormalities of the thyroid gland. The ability of the thyroid gland to withstand infection is a well known phenomenon. In this regard, inflammatory disease of the thyroid gland in children is an uncommon occurrence. The frequency with which this proceeds to abscess formation is rare. Review of the literature of the past 25 years reveals only 21 reported cases of acute suppurative thyroiditis in children, only one of which has been reported in the literature. We report the case of a pediatric patient with thyroid abscess which presents initially increased painful volume in neck; we are an detailed overview of the diagnostic and management.

Key words: Abscess, thyroid, pediatric.

INTRODUCCIÓN

Los procesos inflamatorios de la tiroides representan el 20% de todas las enfermedades de la glándula, cuyas etiologías son múltiples; el absceso de tiroides es de los menos frecuentes.¹

* Hospital Ángeles Metropolitano. Jefa de Otorrinolaringología y CCC Pediátrico, CMN "La Raza", IMSS.

† Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Pediátrico, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia:

Luz Arcelia Campos Navarro
Tlacotalpan 59-530
Col. Roma Sur C.P. 06760
México D.F.

Correo electrónico: lucycampos@prodigy.net.mx

Aceptado: 17-05-2010.

El absceso primario de tiroides es un tipo inusual de infección en la cabeza y cuello. Al revisar la literatura, se identificaron 39 casos de absceso tiroideo desde 1950, dieciséis de éstos (41%) correspondieron a grupos pediátricos.² En niños, su presentación es atribuible a alteraciones en el desarrollo embriológico de la glándula tiroidea y a sus características anatomofisiológicas, que dan una calidad única de resistencia a la infección, además explicada por la alta concentración de yodo en la glándula, amplio suministro de sangre y linfáticos, así como el aislamiento glandular.³⁻⁵

Se han asociado factores predisponentes como fístulas del seno piriforme o remanentes embriológicos de arcos branquiales o quiste tirogloso.^{6,7}

El diagnóstico de absceso tiroideo suele ser retrasado, dado que las causales de dolor tiroideo son limitadas y la posibilidad de tiroiditis supurativa aguda abscedada es muy rara pero potencialmente mortal, lo que complica su diagnóstico prematuro, desviando la atención a otras etiologías. Es un formidable escenario clínico ante complicaciones mórbidas.⁴

El absceso local suele ser resultado de infección bacteriana o fúngica, sin dejar de lado al carcinoma indiferenciado de tiroides en grupos de riesgo.⁷ El reconocimiento de las características clínicas y compromiso bacteriológico es esencial para la gestión rápida; se ha reportado la presencia de gérmenes comunes en procesos infecciosos agudos de vías respiratorias (*S. aureus*, *S. pyogenes*, *S. epidermidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*), con diseminación diversa por vía hematogena, linfática o por defectos congénitos; con la administración antimicrobiana contra posibles patógenos.^{5,6}

El tratamiento está encaminado al control de la infección, dejando la punción y/o drenaje para casos específicos, en donde la respuesta a la terapéutica médica no ha sido suficiente, y el comportamiento y la evolución clínica lo requiere.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años de edad, estudiante, con antecedentes familiares de hipotiroidismo en una hermana de 13 años. Sin antecedentes personales de importancia.

Su padecimiento lo inicia 15 días previos a su valoración, con dolor cervical de moderada a elevada intensidad, que limita la movilidad del cuello y se irradia al oído izquierdo, acompañado de odinofagia y disfagia progresiva de líquidos a sólidos del mismo tiempo de evolución.

48 h posteriores al inicio de su sintomatología se agrega fiebre no cuantificada sin predominio de horario, sin remisión con el uso de antipirético, que persiste hasta su ingreso, doloroso a la palpación. Es diagnosticado por endocrinología pediátrica, como tiroiditis supurativa aguda iniciando tratamiento médico. Los exámenes de laboratorio muestran: leucocitosis de 16,000. Pruebas de función tiroidea alteradas: TSH 16.03 UI/mL, T3 12.1 ng/mL, T4 75.4 ug/dL, T3 libre 75.4 ug/dL, T4 libre 35.5 bg/dL, y T cap 385 U; con PCR 161 mg/L.

A los ocho días de internamiento e iniciado el tratamiento médico no especificado, presenta aumento de volumen en triángulo muscular de cuello, de crecimiento rápido y progresivo, doloroso a la palpación, con hiperemia e hipertermia de la región.

A la exploración: oídos, cavidad oral y faringe normal. Nariz con desviación septal obstructiva derecha. A la nasofaringolaringoscopia se identifican estructuras de características normales, no identificándose fístulas ni



Figura 1. Vista desde diversos ángulos, la lesión en pared anterior de cuello, renitente, con datos de inflamación, compatible con absceso tiroideo.

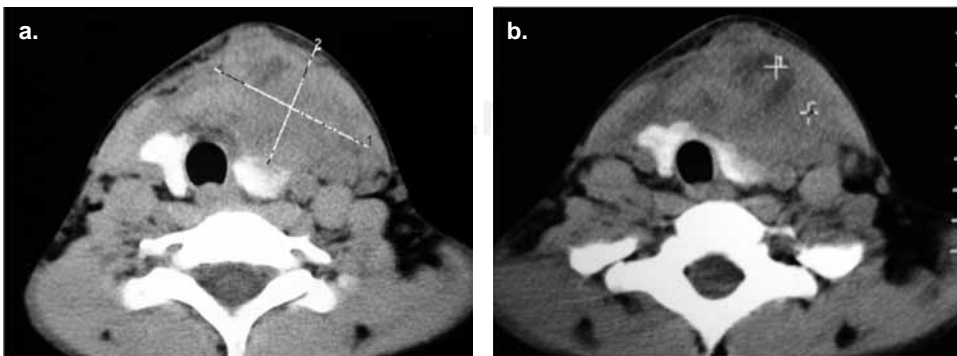


Figura 2a y b. TC de cuello que muestra el gran aumento de volumen en tiroides de predominio izquierdo (a) con zonas de necrosis intralésional como muestran las señales (b).

secreciones en hipofaringe o senos piriformes. El cuello se observa cilíndrico con aumento de volumen en tercio medio de la pared anterior, de forma circular, renitente, hiperémico, hipertérmico, rubor y calor (Figura 1), doloroso a la palpación, firme, anterior a región traqueal, pulsos sin alteraciones, sincrónicos, no adenopatías palpables.

En TC se observa aumento de volumen en región tiroidea derecha con hipodensidad central, reforzamiento periférico y aumento de tejidos blandos de cuello a nivel de tiroides y pretraqueales (Figuras 2 a 4), compatible con absceso tiroideo. Se realiza drenaje quirúrgico del absceso obteniendo 15 cc de pus, antibioticoterapia con ceftazidima y clindamicina a dosis ponderal, cursando hacia la remisión. A año y medio de vigilancia, se encuentra sin alteraciones cervicales y eutiroideo (Figura 5). No se identificó fístula en faringe. El reporte histopatológico sólo refiere proceso inflamatorio agudo no específico.

El agente causal identificado en el desarrollo de cultivo obtenido reportó: *Streptococcus pyogenes*.

El control clínico postoperatorio fue hacia la remisión y resolución clínica del proceso agudo, con persistencia de

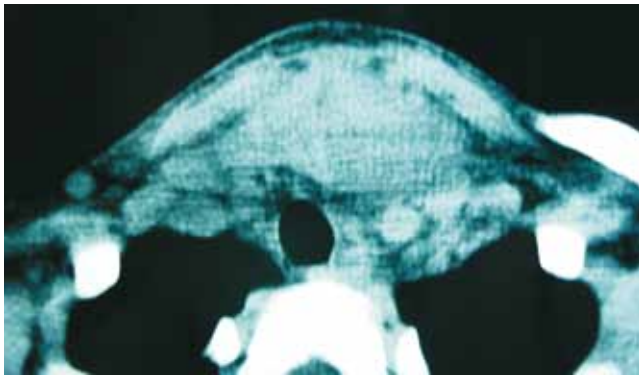


Figura 3. Lesión en TC de región anterior de tiroides que se extiende hasta ápices pulmonares de características similares.

hipotiroidismo secundario (Cuadro 1) tratado con terapia sustitutiva (125 μ g levotiroxina).

DISCUSIÓN

La presencia de abscesos tiroideos se ha reportado, especialmente, en pacientes con inmunodeficiencias, secundario a la ingesta de medicamentos inmunosupresores como esteroides, o aquéllos utilizados en terapias oncológicas e infecciones de vías respiratorias, la mayoría de ellos asociados a remanentes embriológicos que, posterior a evaluaciones específicas, se identifican fístulas branquiales o de seno piriforme.

La presencia de un absceso posterior a tiroiditis aguda es difícil de establecer, ya que al inicio, el dolor presente puede justificarse sólo por la tiroiditis; sin embargo, las manifestaciones clínicas y de imagen del proceso inflamatorio abscedado deben sospecharse para recurrir a un tratamiento oportuno.⁸

Se han reportado casos similares secundarios a la ingesta de esteroides, presentando además recaídas recurrentes, en especial asociadas a fístulas branquiales del cuarto arco, en seno piriforme de predominio izquierdo.⁸

En los niños hay que considerar que la posibilidad de formación de abscesos puede generarse desde una fístula del seno piriforme, como ruta contigua a infecciones por bacterias que afectan la glándula, predominando en el lado izquierdo.

El diagnóstico diferencial de una tiroides dolorosa va desde tiroiditis supurativa aguda o subaguda, hemorragia o infección en un quiste, procesos infecciosos por *Pneumocystis carinii*, amiloidosis, actinomycosis o *aspergillus*, enfermedad de Graves, entre otros.^{8,9}

Los niveles de hormona tiroidea pueden alterarse ante estos procesos inflamatorios, sin existir hipertiroidismo real. En nuestro caso, no se identificó la presencia de quiste branquial o fístulas a seno piriforme, como ha sido identificado en otros casos reportados. No identificamos

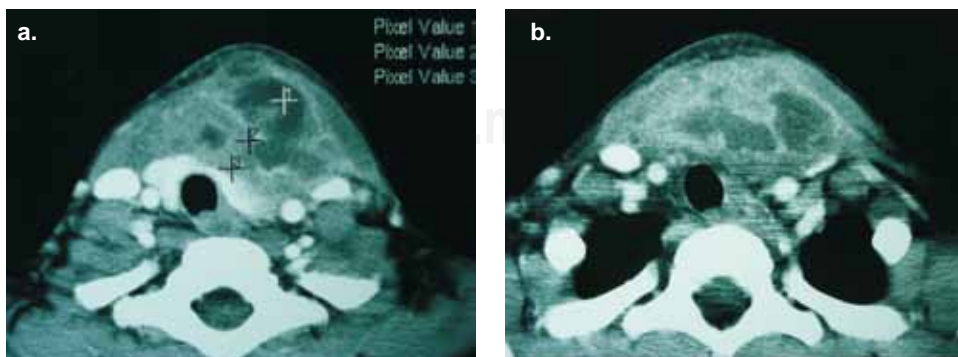


Figura 4a. En TC axial contrastada se identifica lesión heterogénea, con múltiples zonas de radiolucidez intralesional **b.** que se extienden hasta niveles de ápices pulmonares compatibles con absceso.

Cuadro I. Se muestra el curso de niveles hormonales en control postinfeccioso. Es importante el control de apego al tratamiento.

	Etapa infección aguda	1 mes	4 meses	9 meses	1 año 6 meses
HTSH	16.03 mUI/mL	8.72 mUI/mL	0.6 mUI/mL	8.07 mUI/mL	1.47 mUI/mL
TT3	12.1 ng/mL	1.64 ng/mL	1.04 ng/mL	1.15 ng/mL	0.97 ng/mL
T4	75.4 mg/dL	3.56 mUI/mL	4.01 mUI/mL	5.4 mUI/mL	5.33 mg/dL
T3 libre	75.4 pg/mL	3.84 pg/mL	2.84 pg/mL	3.55 pg/mL	2.58 pg/mL
T4 libre	35.5 ng/dL	0.66 ng/mL	0.68 ng/mL	0.80 ng/mL	0.91 ng/dL
T cap	385 U	0.80 U	0.80 U	0.85 U	
Índice tirox libre (no apego tx)		4.45	5.01	6.45	



Figura 5. Aspecto de TC de cuello contrastada, de control, a 12 meses.

otro proceso infeccioso, por lo que consideramos primario a tiroides.

Los reportes refieren mayor frecuencia en el hombre en una relación 2:1 y, ante el caso de identificación de fístulas, la recomendación es la resección total para evitar recurrencias, en especial al enfriarse el cuadro apoyado con prueba de bario, ya que en fase aguda es difícil identificar la vía del seno y esto predispone a resecciones parciales.

Distinguir entre otras condiciones es difícil, en especial en etapas tempranas de la enfermedad, como linfadenitis cervical, adenoma, bocio o tiroiditis granulomatosa subaguda, hemorragias intraquísticas o enfermedades autoinmunes.⁵

El interés de la presente publicación radica en la rareza del cuadro; como se ha mencionado, los cuadros de abscesos primarios son poco comunes y por lo general, pueden ser secundarios a punciones tiroideas o trauma, pero en cuadros de tiroiditis supurativas agudas o de origen inmunológico con evolución tórpida, la asociación a procesos infecciosos debe ser una posibilidad a considerar.

El interés de la presente publicación radica en la rareza del cuadro; como se ha mencionado, los cuadros de abscesos primarios son poco comunes y por lo general, pueden ser secundarios a punciones tiroideas o trauma, pero en cuadros de tiroiditis supurativas agudas o de origen inmunológico con evolución tórpida, la asociación a procesos infecciosos debe ser una posibilidad a considerar.

REFERENCIAS

1. Sheu SY, Schmid KW. Inflammatory diseases of the thyroid gland. *Epidemiology, symptoms and morphology.* *Pathologie* 2003; 24(5): 339-47.
2. Schweitzer VC, Olson NR. Thyroid abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1982; 89(2): 226-9.
3. Taylor WE, Myer CM, Hays LL, Cotton RT. Acute suppurative thyroiditis in children. *Laryngoscope* 1982; 92(11): 1269-73.
4. Montemayor O, Zacarías V. Tiroiditis suprativa aguda en niños. *Medicina Universitaria* 2004; 6(23): 141-143.
5. Houghton JD, Gray WH, MacKenzie K. The tender neck: thyroiditis or thyroid abscess? *Clin Endocrinol* 1998; 48(4): 521-524.
6. Cevera JJ, Butehorn III FH, Shapiro J, Setzen G. Actinomycosis abscess of the thyroid gland. *Laryngoscope* 2003; 113: 2108-11.
7. Hamburger JI. The various presentations of thyroiditis. *Diagnostic considerations.* *Ann Intern Med* 1986; 104(2): 219-24.
8. Houghton JD, Gray WH, MacKenzie K. The tender neck: thyroiditis or thyroid abscess? *Clin Endocrinol* 1998; 48: 521-524.
9. Cevera JJ, Butehorn III FH, Shapiro J, Setzen G. Actinomycosis abscess of the thyroid gland. *Laryngoscope* 2003; 113: 2108-11.