

Revista de Endocrinología y Nutrición

Volumen
Volume 11

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2003

Artículo:

Absceso estéril primario de tiroides: Diagnóstico diferencial de neoplasia tiroidea

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, AC

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*



Edigraphic.com



Caso clínico

Absceso estéril primario de tiroides: Diagnóstico diferencial de neoplasia tiroidea

Raúl Sánchez-Lozada,* Dora María Carbajal-de Nova,** Luis Mauricio Hurtado-López***

* Cirujano General, Clínica de Tiroides.

** Anatomía Patológica.

*** Cirujano General, Cabeza y Cuello,
Clínica de Tiroides.

Hospital General de México OD. Secretaría de Salud.

Correspondencia:

Dr. Luis Mauricio Hurtado-López.

Clinica de Tiroides, Servicio de Cirugía General.

Hospital General de México

Dr. Balmis 148 Col. Doctores

México D. F CP 06726

E-mail: luismauriciohurtado@terra.com.mx

Fecha de recepción: 6-Febrero-2004

Fecha de aceptación: 18-Marzo-2004

Resumen

Introducción: Los abscesos de tiroides son muy raros. Existen factores predisponentes, como la inmunosupresión, quistes, malformaciones o diseminación de focos infecciosos. En su ausencia,

se debe considerar una neoplasia tiroidea agresiva. Se reporta un caso con esas características.

Caso clínico: Paciente masculino de 51 años sin factores de riesgo. Presenta crecimiento de lóbulo tiroideo derecho de 6 meses sin otros síntomas. Ingrera por disfagia, disfonía, dolor y eritema súbitos de dos semanas de evolución. Sin datos de hipertiroidismo. El ultrasonido reporta imagen hipoeocoica, e hipocaptante por gammagrama con Tc-99-m. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina, el resultado fue indeterminado. Se consideró la posibilidad de neoplasia. Se decidió cirugía. Se identificó el lóbulo derecho inflamado con absceso, que se drenó resecando segmento de pared. No se identificó crecimiento bacteriano en el líquido drenado, la histopatología descartó neoplasia y el paciente evolucionó satisfactoriamente y sin complicaciones. **Discusión:** Las infecciones de tiroides son raras. Existen neoplasias con evolución agresiva que pueden semejar un absceso, y que se deben de considerar en el diagnóstico diferencial cuando no se identifican factores predisponentes para el absceso. Un dato importante es la presencia de líquido purulento estéril. Se sugiere el manejo quirúrgico.

Palabras clave: Absceso tiroideo, diagnóstico diferencial, pus estéril.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2003;11(4)Octubre-Diciembre. 175-178.

Abstract

Introduction: The thyroid abscesses are very strange. Exist predispose factors, as the immunosuppression, cysts, deformations or dissemination of infectious focuses. It should be considered an aggressive thyroid neoplasm in their absence. Is reported a case with those characteristics. **Clinical case:** Male patient of 51 years-old without factors of risk. It presents sudden growth of right thyroid lobe with two weeks of evolution with dysphagia, dysphonia, pain and erythema without data of hyperthyroidism. The ultrasound reports hypoechoic image, and hypocaptivating for gammagraphy. Is carried out biopsy for aspiration with having been unspecific. It is considered the possibility of neoplasm. We decided surgery identify inflamed right lobe with abscess that was drained and take a biopsy of the wall segment. Not identified bacterial growth in the pus obtained, histopathology doesn't report neoplasm and the patient evolves satisfactorily and without complications. **Discussion:** The thyroid infections are rarity. Neoplasm with aggressive evolution can look like an abscess, and that they should be considered in the differential diagnosis when are not identified predisposing factors for the abscess. An important fact is the presence of pus sterile. The surgical handling is suggested.

Key words: Thyroid abscess, differential diagnosis, sterile pus.

Revista de Endocrinología y Nutrición 2003;11(4)Octubre-Diciembre. 175-178.

INTRODUCCIÓN

La glándula tiroides es un órgano resistente a la infección. Esta resistencia es determinada por varios factores,

entre los que destacan el que sea un tejido encapsulado con un alto contenido de yodo, lo que se cree que puede tener un efecto antiséptico y antibacteriano. De la misma forma se considera que el tener el más alto aporte san-

guíneo, por gramo de tejido, del cuerpo¹ también le confiere resistencia a las infecciones.

La tiroiditis supurativa aguda es una entidad clínica rara, pero bien descrita,² sin embargo los abscesos tiroideos son mucho menos comunes y existen pocos reportes en la literatura.^{3,4} Estos abscesos son debidos a infecciones de origen bacteriano o micótico,¹⁻⁵ aunque también se han reportado abscesos estériles.⁶ Entre los factores predisponentes se encuentra la inmunosupresión⁷⁻¹¹ por enfermedad o medicamentos y en algunas regiones con bocio endémico, la infección secundaria de quistes coloides de tiroides.¹² En los niños también se ha reportado la diseminación a través de un conducto tiroglos o una fistula del seno piriforme infectados.¹³ Existen otras causas más raras, como la diseminación hematogena de otro foco infeccioso.¹⁴

En caso de no tener los factores de riesgo mencionados se debe considerar una neoplasia tiroidea agresiva.¹⁵⁻¹⁷

Presentamos un caso de absceso de tiroides en un paciente, sin factores predisponentes, con evolución aguda y datos atípicos que sugirieron la posibilidad de una neoplasia tiroidea agresiva. Se comentan, además, el cuadro clínico y manejo de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 51 años, proveniente de clase media, sin antecedentes de importancia médicos o quirúrgicos, sin adicciones o prácticas de riesgo. Inicia su padecimiento 2 semanas antes de su ingreso con la aparición súbita de tumor en triángulo muscular de cuello del lado derecho, de crecimiento progresivo, no doloroso al inicio, estableciéndose dolor de tipo opresivo a la presión del mismo de baja intensidad a partir del cuarto día de evolución, acompañado de disfonía, disfagia y en las últimas 24 horas discreto eritema en la piel localizado sobre la lesión.

A la exploración de cuello, éste se encuentra asimétrico por tumor dependiente de lóbulo tiroideo derecho de aproximadamente 8 x 4 x 2 centímetros, bordes irregulares, semifijo a planos profundos, con dolor a la palpación, no se ausculta thrill o soplos. Se identifican adenomegalias en borde anterior de músculo esternocleidomastoideo, homolateral y contralateral, blandas y móviles, no dolorosas de diferentes tamaños, siendo las más pequeñas de 0.5 centímetros y las más grandes de 1.5 centímetros. El resto de la exploración fue normal.

Se realizaron pruebas de función tiroidea y fueron normales, su biometría hemática reportó 6,600 leucocitos por mL. El ultrasonido reportó lóbulo derecho irregular con zona hipoeocoica en su interior de 3.8 x 2.8 x 1.7 cm (*Figura 1*); el lóbulo izquierdo era normal. Se realizó gammagrama con Tc-99m, I-131 y pirofosfatos, que con-

cluyen la presencia de glándula aumentada de tamaño, con zona hipocaptante y parcialmente perfundida en lóbulo derecho. El gammagrama con Tc-99m-MIBI reportó un nódulo hipocaptante (*Figura 2*) y en la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) se encontró un fondo proteináceo con macrófagos espumosos, coloide, escasas células foliculares y linfocitos, el reporte quedó dentro de la categoría de indeterminado.

Por la evolución clínica aguda y los datos poco concluyentes de los estudios se decide realizar exploración quirúrgica, durante la misma, se identifica lóbulo derecho aumentado de tamaño y consistencia, notablemente adherido a músculos pretiroideos y con gran reacción inflamatoria que impedían la movilización del lóbulo de su lecho y del surco traqueo-esofágico, se palpó e identificó área fluctuante en la cara lateral del lóbulo derecho. Se realizó incisión sobre la misma con salida de material purulento (15 mL) se tomaron muestras para cultivo y se procedió a drenar por completo identificándose cavidad de absceso de aproximadamente 2 x 3 x 4 cm. Se resecó la pared anterior del mismo de aproximadamente 2 x 2 cm, se envió a estudio transoperatorio (ETO), además se tomó biopsia incisional de la pared interna del mismo que fue negativa para células neoplásicas. Se colocó drenaje rígido de 5 mm de diámetro en la cavidad extrayéndolo por contraabertura. Se difirió tiroidectomía y se concluyó el procedimiento. Se indicó manejo antibiótico con clindamicina 300 mg IV cada 8 horas.

El reporte histopatológico de la pieza reseada se reportó como tejido tiroideo con inflamación aguda y crónica abscedada, negativo a malignidad (*Figura 3*). El cultivo del material purulento no presentó crecimiento bacteriano. El paciente evolucionó satisfactoriamente, con gasto seroso escaso por el drenaje, retirándose al tercer día y egresando al cuarto, asintomático. En el seguimiento a dos años de la cirugía no se ha encontrado ninguna alteración.

DISCUSIÓN

El presente caso ejemplifica una situación que todo médico dedicado a la evaluación y tratamiento de la enfermedad tiroidea, se enfrentará en algún momento, si bien uno podría deducir fácilmente que el cuadro en cuestión sugería que se trataba de un absceso, es muy importante descartar la presencia de una neoplasia maligna con necrosis quística e infección, así lo recalca Lin, quien en 1998, comparó las características de las infecciones tiroideas agudas con las de tumores malignos y agresivos de tiroides. Entre los factores sugestivos de malignidad encontró: edad (60 años ± 21.9); historia de disfonía (presente en el 80% de los tumores malignos); lesión localizada en un lóbulo (60%), el tamaño de las lesiones

(6 cm ± 0.4), la presencia de anemia (Hb de 9.7 g/dL ± 0.8) y cultivo estéril del pus (100% en las neoplasias contra 16% en los casos benignos).¹⁵

El paciente reunió algunas de esas características. Sin embargo, no identificamos factores de riesgo, ni predisponentes para una infección. Las manifestaciones

de disfagia, disfonía, dolor y datos de inflamación se presentaron dos semanas antes del ingreso. Los estudios de gabinete y la biopsia no fueron concluyentes. Por tanto fue obligado descartar la posibilidad de una neoplasia. Es importante recalcar que el gammagrama con MIBI fue negativo indicando que la actividad metabólica era nula,

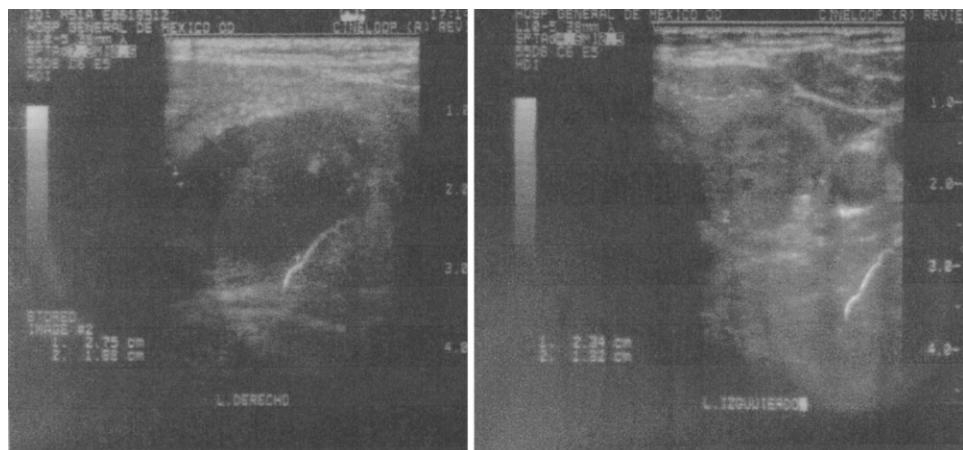


Figura 1. Ultrasonido demostrando imagen hipoeoica en lóbulo derecho de tiroides.

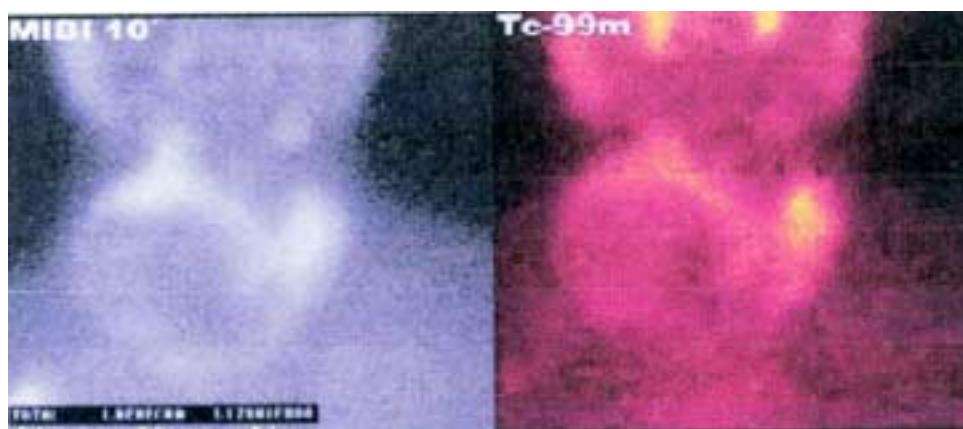


Figura 2. Gammagrama tiroideo con Tc-99-m y MIBI.

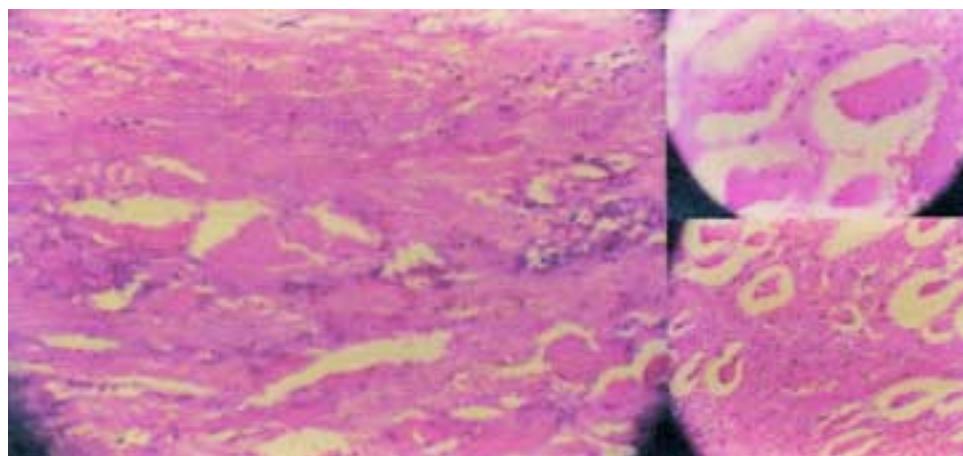


Figura 3. Estudio histopatológico. Demuestra la presencia de datos de inflamación aguda en la glándula tiroideas.

sin embargo en ese momento no contábamos con la prueba contundente de su valor predictivo negativo.¹⁸

En la operación se encontró inflamación importante que dificultó la disección del lóbulo tiroideo e incrementó la posibilidad de lesiones de estructuras adyacentes a la glándula. Por lo anterior, y una vez que se identificó el absceso, decidimos drenarlo y resecar una porción de la pared. Dicho manejo ha sido reportado previamente para circunstancias similares.^{2-4,12} La obtención de una muestra de la pared del absceso tuvo la doble finalidad de mejorar el drenaje y de permitir identificar una neoplasia, en cuyo caso, el plan era realizar una nueva intervención, con la certeza de que la morbilidad quirúrgica ante un proceso inflamatorio tan intenso, sería menor siguiendo esta conducta, que el beneficio potencial de la resección de la glándula durante el drenaje.

Sin embargo, el reporte histopatológico no encontró datos de malignidad. El control postoperatorio del paciente demostró mejoría clínica y se encuentra asintomático, sin tumor ni tiroides palpables y con perfil hormonal tiroideo normal a dos años de seguimiento, que junto con la actual evidencia del MIBI, certifica que no se trató de una neoplasia maligna con necrosis, por otra parte no existió ningún antecedente que indicara la presencia previa de un bocio coloide por lo que concluimos que se trató exclusivamente de un absceso estéril primario de tiroides.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sadler GP, Clark OH, Van Heerden JA, Farley MD. Tiroides y paratiroides. En: Schwartz SI, Shires GT, Fisher JE, Spencer FC, Galloway AC, Daly JM. *Principios de Cirugía*. 7 ed. McGraw-Hill-Interamericana. México D.F. 1999: 1767-1768.
2. Schweitzer VA, Olson NR. Thyroid abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89: 226-229.
3. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N. Infectious diseases of the thyroid gland. *Rev Infect Dis* 1983; 5: 108-122.
4. Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Acute suppurative thyroiditis: a ten-year review in a Taiwanese hospital. *Scand J Infect Dis* 1994; 26: 297-300.
5. Pandita D, Carson PJ. Thyroid abscess caused by *Mycobacterium chelonae*. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 1183-1184.
6. Hamburger JI. The various presentations of thyroiditis: Diagnostic considerations. *Ann Intern Med* 1986; 104: 219-224.
7. Golshan MM, McHenry CR, Vente J, Kalajian RC, Hsu RM, Tomashefski JF. Acute suppurative thyroiditis and necrosis of the thyroid gland: A rare endocrine manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. *Surgery* 1997; 121: 593-596.
8. Danahey DG, Kelly DR, Forrest LA. H IV-related *Pneumocystis carinii* thyroiditis: a unique case an literature review. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 114: 158-161.
9. Martin-Davila P, Quereda C, Rodriguez H, Navas E, Fortun J, Meseguer M, Moreno A, Guerrero A. Thyroid abscess due to *Rhodococcus equi* in a patient infected with the human immunodeficiency virus. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1998; 17: 55-57.
10. Da'as N, Lossos IS, Yahalom V, Rund D, Wolf DG, Zelig O, Benyahuda D. *Candida* abscess of the thyroid in a patient with acute lymphocytic leukemia. *Eur J Med Res* 1997; 2: 365-366.
11. Wang YC, Yeh TS, Lin JD. Gram-negative thyroid abscess resulting from fine-needle aspiration in an immunosuppressed patient. *Clin Infect Dis* 1997; 25: 745-746.
12. Ameh EA, Sabo SY, Nmadu PT. The risk of infective thyroiditis in nodular goitres. *East Afr Med J* 1998; 75: 425-427.
13. Lough Dr, Ramadan HH, Aronoff SC. Acute suppurative thyroiditis in children. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996; 114: 462-465.
14. Echevarria-Villegas MP, Franco-Vicario R, Solano-López D, Lanidn-Vicuna R, Teira-Cobo R, Miguel de la Villa F. Acute suppurative thyroiditis and *Klebsiella pneumoniae* sepsis: A case report and review of the literature. *Rev Clin Esp* 1992; 190: 458-459.
15. Lin KD, Lin JD, Huang MJ, Huang HS, Jeng LB, Ho YS. Acute suppurative thyroiditis and aggressive malignant thyroid tumors: differences in clinical presentation. *J Surg Oncol* 1998; 67: 28-32.
16. Walfish PG, Chan JYC, Ing AD, Rosen IB. Esophageal carcinoma masquerading as recurrent acute suppurative thyroiditis. *Arch Intern Med* 1985; 145: 346-347.
17. Rosen IB, Strawbridge HG, Walfish PG, Bain J. Malignant pseudothyroiditis: A new clinical entity. *Am J Surg* 1978; 136: 445-449.
18. Martínez-Duncker C, Hurtado-López LM, Martínez-Duncker I, Arellano-Montaño S, Torres-Acosta EM, Zaldívar-Ramírez FR y cols. La ausencia de captación de Tc-99m-MIBI descarta la presencia de tejido neoplásico en pacientes con nódulo tiroideo único no funcional. *Cir Gen* 2002; 24: 179-183.