



Caso clínico

Hombre con crecimiento tiroideo doloroso y afectación del estado general: Absceso de cuello vs tiroiditis

Ma. Gabriela Rangel-Sánchez,* Ma. Del Rosario Arechavaleta-Granell,*
Ma. Rosa Flores-Márquez,** Ana Corona-Nakamura***

Resumen

Se presenta el caso de un hombre en la cuarta década de la vida con historia de crecimiento tiroideo doloroso, fiebre y ataque al estado general. Se realizó citología tiroidea con obtención de abundante material purulento del cual fue aislado *Acinetobacter lowfi* multisensible. Lo anterior permitió documentar el diagnóstico de tiroiditis aguda supurativa.

Palabras clave: Tiroiditis aguda, tiroiditis supurativa, tiroiditis piógena.

Abstract

We describe the case of a 42 year-old man who presented with fever, malaise and painful mass on his lower neck, which proved to be located within the thyroid gland by ultrasound. Aspiration biopsy of the lesion yielded purulent material and *Acinetobacter lowfi* was isolated. The diagnosis of acute bacterial thyroiditis was established and the patient responded well to antibiotic treatment.

Key words: Acute thyroiditis, pyogenous thyroiditis, bacterial thyroiditis.

Introducción

La tiroiditis aguda supurativa es una enfermedad inflamatoria poco frecuente pero potencialmente sería causada generalmente por bacterias piógenas. Los microorganismos más frecuentemente involucrados son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus hemolyticus*, *Escherichia coli*, *pneumococcus*, *Salmonella* sp y otros anaerobios aunque se han descrito tiroiditis por hongos, parásitos y virus. Existen mecanismos que predisponen al proceso infeccioso tiroideo como la presencia de una fístula del seno piriforme, una glándula tiroidea anatómicamente alterada con bocio multinodular, cáncer o inmunodeficiencia.¹ En la mayoría de ellos se cree que el proceso infeccioso tiroideo ocurre por vía hematógena.

Descripción del caso

Hombre de 42 años de edad sin enfermedades crónico-degenerativas de importancia. Dos hermanos con diabetes mellitus tipo 2. Su problema se inició con dolor en cara anterior del cuello e hipertermia de 39°C, para lo cual recibió tratamiento con paracetamol y moxifloxacina por siete días con mejoría transitoria. El problema continuó y mostró crecimiento progresivo del cuello, sumamente doloroso, acompañado de disfagia, disfonía y mal estado general. Un mes después de empezado el cuadro, fue hospitalizado en el servicio de Endocrinología donde se le encontró con temperatura de 37.8°C, su tiroides con crecimiento irregular bilateral, aproximadamente 4 veces su tamaño normal, de consistencia casi pétrea, muy dolo-

* Servicio de Endocrinología.

** Anatomía Patológica.

*** Infectología.

Hospital de Especialidades Centro Médico de Occidente IMSS. Guadalajara, Jalisco. México

Fecha de recepción: 01-Marzo-2010

Fecha de aceptación: 15-Marzo-2010

rosa a la palpación, con hiperemia y área de celulitis en la piel. No presentó datos compresivos ni datos clínicos de disfunción tiroidea. No se encontraron ganglios cervicales a la palpación. El diagnóstico diferencial inicial incluyó absceso profundo de cuello, tiroiditis aguda supurativa y carcinoma abscedado.

Laboratorio y gabinete

Biometría hemática: hemoglobina 15.7g/dL, leucocitos 19,700, neutrófilos 79.5%, glucosa 91 mg/dL, creatinina sérica 0.9 mg/dL, urea 26 mg/dL.

Panel viral negativo para hepatitis B, C y HIV.

T4L 0.97ng/dL (0.89 – 1.76) TSH 16.26 μ UI/mL (0.35-5.50).

Ultrasonido tiroideo: se describe lóbulo tiroideo derecho de bordes regulares, delimitados, de ecogenicidad heterogénea, que mide 58 x 23 x 68 mm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente, ocupado en su totalidad por una imagen heterogénea con degeneración quística así como la presencia de múltiples ecos en su interior. A la aplicación de color se observó vascularidad aumentada. El lóbulo izquierdo de bordes regulares, delimitados, de ecogenicidad heterogénea, que mide 71 x 36 x 44 mm, ocupado en su totalidad por una imagen con degeneración quística con múltiples ecos en

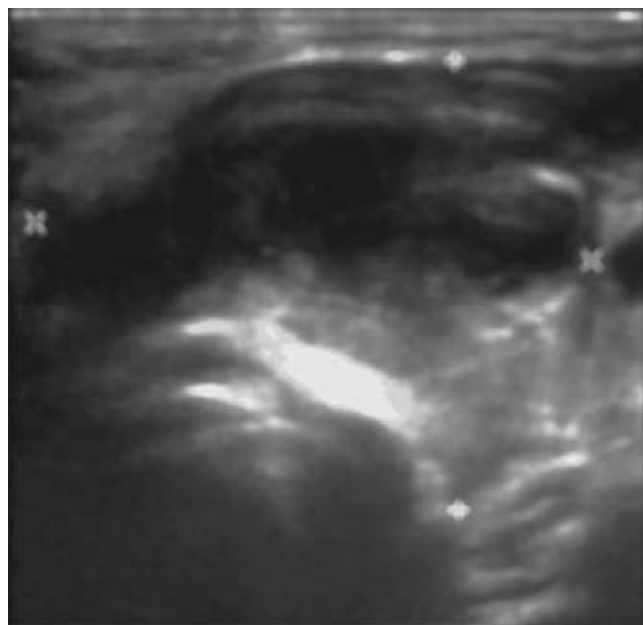


Figura 1. Ultrasonido tiroideo. Lóbulo izquierdo ocupado por una imagen heterogénea con densidad quística.

su interior. Istmo con degeneración quística que mide 25 mm (Figura 1). La TAC de cuello corroboró la presencia de dicha masa y su naturaleza heterogénea (Figura 2).

La citología tiroidea reportó infiltrado de polimorfonucleares, detritus celulares y escasos histiocitos. No se identificaron células foliculares ni datos de malignidad. En el cultivo del material de la punción se aisló *Acinetobacter lowii* multisensible.

Evolución

El paciente tuvo una evolución tórpida, fue tratado con levofloxacina 500 mg cada 24 horas y clindamicina 600 mg cada 6 horas, además de analgésicos. Persistió con malestar general, hipertermia y leucocitosis. Se realizó un segundo drenaje por aspiración con obtención de abundante material de aspecto denso y coloración verdosa y se decidió intervenir quirúrgicamente para drenar los abscesos tiroideos más prominentes ante la pérdida de la anatomía normal. El paciente presentó una respuesta satisfactoria. Se continuó con doble esquema de antibióticos por un mes.

A dos meses de la presentación del cuadro, se encuentra en buenas condiciones generales, eutérmico, el tiroides persiste crecido en forma bilateral, aproximadamente 3 veces su tamaño normal y está aún muy firme, ya sin datos de celulitis ni dolor. Presenta hipotiroidismo primario con última TSH de 15.5 μ UI/mL con T4L 0.79 ng/dL por lo que se ajustó tratamiento con levotiroxina 150 μ g tres veces por semana, el resto de los días 100



Figura 2. TAC de cuello contrastada que muestra crecimiento tiroideo bilateral con múltiples septos en su interior. Edema y celulitis en el área que rodea al tiroides.

μg cada 24 horas. Es candidato a tiroidectomía que se realizará en un mes.

Comentario

La tiroiditis supurativa aguda es considerada una emergencia endocrina con una incidencia reportada entre el 0.1 y 0.7% de todas las enfermedades tiroideas.¹ Existen factores protectores y características anatómicas inherentes a la glándula tiroidea que evitan la presencia de bacterias en ella. Éstas son la presencia de yodo, de peróxido de hidrógeno, así como de una cápsula y un buen drenaje linfático.²

Desde su descripción inicial por Bauchet en 1857 y Robertson en 1911, la evolución clínica de las tiroiditis agudas ha sido muy variable, desde la completa resolución de los casos con eutiroidismo hasta un aumento en la mortalidad que llega al 12 por ciento en ausencia de intervención inmediata.³ El diagnóstico y tratamiento temprano reducen la mortalidad. Como está descrito en la literatura, los pacientes se presentan con dolor severo, inflamación aguda y edema de la glándula tiroidea. Los signos sistémicos incluyen fiebre y malestar general. El examen físico demuestra una glándula tiroidea dolorosa, caliente, con eritema sobre el sitio afectado, además de linfadenopatía.²

Se han enumerado múltiples agentes implicados en la etiología de la tiroiditis aguda supurativa; sin embargo, Paes y colaboradores describen a las bacterias Grampositivas y a la infección polimicrobiana como las más frecuentes, con 39 y 30%, respectivamente.³ En niños con eventos recurrentes se han descrito fístulas del ápex del seno piriforme a la glándula tiroidea. Las pruebas de función tiroidea son usualmente normales, en casos raros se presenta con tirotoxicosis debida a necrosis tisular con liberación de una alta concentración de hormonas tiroideas a la circulación. El diagnóstico específico se realiza con el aislamiento del microorganismo mediante punción tiroidea.³

El tratamiento de la tiroiditis supurativa requiere drenaje quirúrgico de los abscesos y la administración de los antibióticos apropiados. Los pacientes con conducto tirogloso persistente o fístula interna pueden requerir cirugía para la prevención de eventos recurrentes.^{4,5}

El pronóstico en pacientes adecuadamente tratados es bueno, una función normal residual tiroidea es la regla, aunque el paciente descrito persistió hipotiroideo. Actualmente se encuentra en sustitución con levotiroxina.

De acuerdo a la etiología y evolución del caso reportado se continuó con doble esquema de antibióticos por un mes con buena respuesta, la tiroidectomía total que se realizará en fecha próxima eliminará la posibilidad de un nuevo evento.

Bibliografía

1. DugarM, Da Graca Bandeira A, Bruns J Jr. Unilateral hypopharyngitis, cellulitis and a multinodular goiter. A triad of findings suggestive of acute suppurative tiroiditis. *Am J Neuroradiol* 2009; 30: 1944-1946.
2. Wartofsky L, Becker K. Thyroiditis. principles and practice of endocrinology and metabolism. Lippincot, 2001: 454-461.
3. Paes J, BurmanKD, Cohen J. Acute bacterial suppurative thyroiditis: A clinical review and expert opinion. *Thyroid* 2010; 20: 31-39.
4. Singer PA. Thyroiditis: acute, subacute and chronic. *Med Clin Norh Am* 1991; 75: 61-77.
5. Farwell AP. Acute infectious tiroiditis. Braverman LE. Utiger RD. *The thyroid*. 2004: 541-547.
6. Miyauchi A, Matsuzuka F, Takai Piriform sinus fistula. *Arch Surg* 1981; 116: 66-76.

Correspondencia:

Ma. Gabriela Rangel-Sánchez
Av. Patria Sur 138 Prados Guadalupe
Guadalajara, Jalisco. México.
Tel. 36299570
E- mail: gabaendo@yahoo.com

www.medigraphic.org.mx