

TIROIDITIS AGUDA SUPURADA PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

La tiroiditis aguda supurada es una situación clínica relativamente infrecuente, debido a que las características intrínsecas de este órgano le dan gran resistencia contra la colonización bacteriana. Desde el advenimiento de los antibióticos, son esporádicos los casos publicados de infecciones de la glándula tiroides. En nuestro medio no hemos encontrado ninguna publicación al respecto.

Se presenta una paciente de 33 años afectada por una tiroiditis aguda supurada en el contexto de un bocio multinodular a punto de partida de una diarrea enteroinvasora a *Salmonella typhimurium*.

La dificultad diagnóstica y el carácter excepcional de esta patología le confieren interés a esta comunicación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, sexo femenino. Procedente de Canelones. Portadora de bocio multinodular diagnosticado hace 2 años, sin elementos compresivos locorregionales ni elementos de disfunción tiroidea.

Comienza un mes y medio antes de la consulta, con deposiciones diarreicas con sangre. Se le indica tratamiento antibiótico en base a trimetropin-sulfametoxazol, que cumple irregularmente.

Dos semanas después, nota aparición de tumefacción infrahioidea, dolorosa, con coloración eritematosa de la piel suprayacente y fiebre de hasta 39 grados. Niega chuchos de frío. Refiere odinofagia al inicio del cuadro, no sialorrea, no disfonía.

Al ingreso al servicio: Lúcida, apirética, buen estado general. Sin taquicardia.

Cuello: tumoración infrahioidea con piel suprayacente eritematosa, que asciende con la deglución cuya forma y topografía remeda al lóbulo izquierdo del tiroides, a la palpación es de consistencia sólida algo dolorosa de 9 x 6 x 5 cm (*FIGURA 1*).

La enferma es referida a nuestro servicio con el diagnóstico de carcinoma anaplásico de tiroides.

Ecografía de cuello:

Importante desviación de la luz traqueal a derecha.

Lóbulo derecho: Múltiples imágenes nodulares de naturaleza mixta. (dimensiones: 40mm L x 13mm T x 17mm AP)

Lóbulo izquierdo: Francamente aumentado de tamaño, con dismuniación global de la ecogenicidad de aspecto heterogéneo. (dimensiones 80 mm L * 53 T * 43mm AP)

No se observaron adenomegalias regionales (*FIGURA 2*).

De los *exámenes paraclínicos* se destaca:

Funcional Tiroideo: TSH: 0.05 (0,270-4,20 mUI/l) T3: 3.76(1,82-4,62 pg/dl) T4: 1.75(0,80 – 4,62 ng/dl)

Hemograma: GB: 8.36 GR: 3.65 HB: 10.2 HTO: 31.3 % PLT: 492 VES: 121 mm/hora

Ionograma: NA: 140 K: 3.1 CA: 3.72

Con estos hallazgos se realiza *citopunción* de la glándula tiroidea:

Lóbulo izquierdo: Abundantes polimorfos alterados, células gigantes multinucleadas, linfocitos, algunas células tiroideas pequeñas y medianas.

Lóbulo derecho: Citograma inespecífico constituido por algunas células tiroideas pequeñas, sustancia coloide.

Del cultivo de dicha citopunción se aisló *Salmonella typhimurium* multisensible. Se comienza tratamiento con ciprofloxacina i/v en dosis de 400mg cada 12 horas, por 8 días con resolución del cuadro agudo, sin fiebre ni odinofagia con desaparición de signos fluxivos locales y

disminución notoria del tamaño de la tumoración en cuello. Alta, continuando el tratamiento antibiótico por vía oral por 7 días más. En el control a los 30 días en policlínica, la paciente se encontraba asintomática con una ecografía que confirmó la remisión clínica (FIGURA 3).

DISCUSIÓN

La tiroiditis aguda supurada, es un proceso infeccioso de la glándula tiroides secundario a la infección bacteriana del órgano por gérmenes inespecíficos. La afectación por gérmenes específicos como el bacilo de Koch¹, es rara en forma aislada y puede verse en el contexto de una tuberculosis miliar.

La glándula tiroides tiene una gran resistencia a la colonización bacteriana. Esto se debe a su rica vascularización y drenaje linfático, a su encapsulamiento y por último a la presencia de iodo que le otorga un efecto antibacteriano².

Esta resistencia a la infección fue comprobada en el trabajo de Roger³, en el cual inyectaban cultivos puros de Estreptococos y Estafilococos en la arteria tiroidea superior en perros, rara vez generando la formación de abscesos.

El tiroides es afectado en forma secundaria a una infección en otra parte de la economía. Las posibles vías de contaminación de la glándula son la linfática, la sanguínea y por contigüidad, esta última la más frecuentemente descrita⁴. La infección primaria es excepcional, pero puede verse en las formas iatrogénicas (punción de la glándula con fines diagnósticos) y por trauma directo. Las condiciones intrínsecas de la glándula que favorecen la colonización bacteriana son desconocidas, se plantea el hecho de que las arterias tiroideas sean terminales como un factor favorecedor⁵. Las condiciones predisponentes más importantes son: la presencia de bocio previo y un trayecto fistuloso congénito, entre el seno piriforme izquierdo y el lóbulo homolateral⁶.

El foco habitual y más frecuente de infección primaria es otorrinolaringológico, con flora de la cavidad orofaríngea^{4,6}. En nuestro

caso el foco de infección primario planteado es el digestivo, debido al germen aislado en la citopunción y al antecedente de una diarrea enteroinvasora (infección común a *Salmonella*). Esta infección por vía hematológica alcanzó el tiroides, produciendo el cuadro que motivó esta comunicación.

Como regla se afecta un lóbulo solo, aunque puede afectarse toda la glándula. Se forman abscesos miliares que en la evolución natural confluyen en un único y gran absceso⁵.

La infección es más frecuente en mujeres. Puede ocurrir a cualquier edad siendo las edades de mayor incidencia entre los 20 y 40 años⁷. Un 50% de los pacientes presentan antecedentes de bocio². La signosintomología habitual se caracteriza por:

Dolor cervical anterior, fiebre, disfonía, disfagia y tumefacción tiroidea difusa, confinada generalmente a un lóbulo, caliente, de consistencia dura, con piel eritematosa suprayacente. Un 92% comprometen el lóbulo izquierdo, 6% el derecho y un 2% son bilaterales⁴. La fluctuación no es común⁸.

Habitualmente no hay alteración de la función tiroidea. Sin embargo, existen algunas publicaciones⁹ cuya presentación es la tirotoxicosis. El mecanismo planteado en la génesis de la misma, estaría vinculado a la liberación transitoria y abrupta de hormona tiroidea por la disrupción de los folículos tiroideos, causando un estado tirotóxico.

En niños, a este cuadro clínico se agrega la frecuente presencia de distress respiratorio y estridor, debido a la compresión traqueal del proceso^{4,10}.

Los gérmenes más habituales son los de la flora orofaríngea (*TABLA 1*). Berger¹¹ en su trabajo sobre infecciones tiroideas, afirma que tres cuartas partes de los organismos causales son cocos gram positivos. Se han comunicado infecciones a otros gérmenes¹², sobretodo en pacientes inmunodeprimidos (*TABLA 2*).

Salmonella es excepcionalmente aislado como germen responsable de una tiroiditis. El serotipo más frecuentemente aislado en las tiroiditis es *S. Typhimurium* (*TABLA 3*), germen que también fue hallado en nuestra paciente¹³.

En el Uruguay el serotipo prevalente es el *S. Enteritidis*, vinculado al consumo de productos avícolas crudos o insuficientemente cocidos, *S.*

Typhimurium esta en segundo lugar dentro de los serotipos más comúnmente aislados¹⁴.

La *punción aspiración con aguja fina*, realizando citograma y cultivo de la misma, descarta la presencia de un carcinoma indiferenciado de tiroides y permite obtener el germen responsable del proceso.

La *Ecografía de cuello*, valora las características del tiroides y la extensión del proceso en la glándula.

Estudio baritado del tracto respiratorio alto, obligatorio cuando se sospecha un foco primario otorrinolaringológico, para descartar un trayecto fistuloso congénito entre el seno piriforme y el lóbulo tiroideo izquierdo. También descarta otros trayectos fistulosos, por ejemplo por lesión esofágica por cuerpo extraño, estableciéndose una comunicación entre este y la glándula con la subsiguiente infección.

El diagnóstico diferencial es con el *carcinoma indiferenciado de tiroides*, que se presenta como una masa pétreo, de crecimiento rápido que deforma el tiroides, con elementos compresivos locorregionales. Se diferencia de la tiroiditis por la importante repercusión general, la ausencia de fiebre en la mayor parte de los casos y por la consistencia pétreo de la masa, aunque es raro que la tiroiditis se manifieste por una masa fluctuante. Nuestra enferma tuvo una presentación pseudotumoral con desviación traqueal, fue la citopunción que asiló el germen la que nos permitió hacer diagnóstico.

El tratamiento antibiótico es de elección, ajustando el mismo a los resultados de los cultivos bacteriológicos.

El tratamiento quirúrgico, se reserva para los casos con resistencia al tratamiento antibiótico. Existen dos opciones: el drenaje del absceso, que deja una herida abierta que cicatriza por segunda intención y la excisión del lóbulo afectado, mediante lobectomía, defendida por Baker¹⁵ que evita el retraso en la cicatrización de la herida visto luego del drenaje, pero tiene los riesgos de cualquier cirugía tiroidea que aunque mínimos en cirujanos experimentados siempre existen (lesión recurrencial, paratiroidectomía accidental)¹⁵.

Existen comunicaciones de punción percutánea guiada por ecografía y evacuación del absceso como alternativa al tratamiento quirúrgico. Esta opción evita la incisión de piel y los riesgos mencionados de la cirugía tiroidea, por otro lado tiene mayor riesgo de recidiva al no evacuar completamente el absceso. Estudios recientes indican que sería de primera elección y en caso de recidiva se indicaría el tratamiento quirúrgico, pero aún faltan trabajos controlados que demuestren el beneficio de utilizar este algoritmo¹⁶. En nuestra paciente el tratamiento realizado en base a antibioticoterapia obtuvo una excelente respuesta no siendo necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.

En los casos en los que dentro de la etiología del proceso se encuentra un trayecto fistuloso congénito entre el seno piriforme y el lóbulo tiroideo, el mismo debe resecarse quirúrgicamente para prevenir recurrencias, luego de superado el proceso inflamatorio agudo, si se opta por un drenaje quirúrgico o percutáneo o en la misma intervención si se planea realizar una lobectomía tiroidea¹⁰.

CONCLUSIONES

La tiroiditis aguda supurada es una infección excepcional, de vías de contaminación glandular variadas. La más frecuente propuesta se vincula a procesos otorrinolaringológicos de vecindad, destacando la elevada frecuencia de fístulas congénitas del seno piriforme en estos procesos. Las infecciones desde otros focos del organismo, como en nuestra paciente son excepcionales. Debe plantearse y descartarse el carcinoma indiferenciado de tiroides. La citopunción es esencial, para descartar el cáncer de tiroides y mediante el cultivo guiar el tratamiento antibiótico. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los casos con mala respuesta al tratamiento antibiótico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Emery, P. Tuberculous abscess of the thyroid with recurrent laryngeal nerve palsy: case report and review of the literature. *The Journal of Laryngology and Otology* 1980; 94: 553-558.
- ² Marti J, Alonso A, Elorduy L. Cartas al director: Tiroiditis supurada por Haemophilus Influenza. *Enfermedades Infecciosas Microbiología Clínica* 2001; 19 (03): 140-141.
- ³ Roger H, Garnier M. La glande thyroïde dans les maladies infectieuses. *Rend Soc de Biol* 1898; 50: 889.
- ⁴ Cases J, Wenig B, Silver C. Recurrent Acute Suppurative Thyroiditis in an adult due to fourth branchial pouch fistula. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85(3): 953-956.
- ⁵ Hawbaker, EL. Thyroid Abscess. *Am Surg* 1971; 1: 290-292.
- ⁶ Chi H, Lee Y, Chiu N. Acute suppurative thyroiditis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(5): 384-387.
- ⁷ Jeng LBB, Lin JD, Chen MF. Acute suppurative thyroiditis: A ten year review in a Taiwanese hospital. *Scan J Infect Dis* 1994; 26: 297-300.
- ⁸ Adesola, Akin. Acute suppurative thyroiditis. *W Afr Med J* 1962; 11: 248.
- ⁹ Yung B, Loke T, Fan W. Acute Suppurative Thyroiditis Due to Foreign Body-induced Retropharyngeal Abscess Presented as Thyrotoxicosis. *Clin Nucl Med* 2000; 25(4): 249-252.
- ¹⁰ Del Rey M, Martin O, Roig G. Fistulas del seno Piriforme. *Anales Españoles de Pediatría* 2002; 56(2): 185-188.
- ¹¹ Berger SA, Zonszein J, Villamena P. Infectious disease of the thyroid gland. *Rev Infect Dis* 1983; 5: 108-122.
- ¹² Smilack J, Argucia R. Coccidioidal Infection of the Thyroid. *Arch Intern Med* 1998; 158: 89-92.
- ¹³ Duraker N, Agac E, Ozpacaci T. Thyroid Abscess caused by Salmonella Typhi leading to Vocal Cord Paralysis. *Eur J Surg* 2000; 166: 971-973.
- ¹⁴ Martinez A, Torres ME, Macedo M, Algorta G. Origen y distribución de serotipos de Salmonella. 1996-1999. XIV Congreso Latinoamericano de Patología Clínica. Montevideo 2000.
- ¹⁵ Baker S, Van Merwyk J, Singh A. Abscess of the thyroid gland presenting as a pulsatile mass. *Med J Aust* 1985; 143: 253-254.
- ¹⁶ Yeow KM, Liao CT, Hao SP. US-guided Needle Aspiration and Catheter Drainage as an alternative to Open Surgical Drainage for Uniloculated Neck Abscesses. *J Vasc Interv Radiol* 2001; 12(5): 589-594.
- ¹⁷ Panas N, Zghieb A, Desai C. Abces thyroïden á streptocoque pneumoniae associé á un goiter nodulaire toxique. *Ann Chir* 1991; 45(5): 429-431.
- ¹⁸ Musharrafieh U, Nabil N, Sami A. Acute Suppurative Thyroiditis: A Forgotten Entity: Case Report and Literature Review. *Endocrinologist* 2002; 12(3): 173-177.
- ¹⁹ Edmonds J, Douglas G, Woodroof J. Third Branchial Anomalies: Avoiding Recurrences. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 438-441.
- ²⁰ Park SW, Moon HH, Myung HS. Neck Infection Associated with Pyriform sinus Fistula: Imaging Findings. *ANJR* 2000; 21(5): 817-823.