

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"
CIEGO DE ÁVILA

Tiroiditis aguda en el lactante. Presentación de caso.

Acute thyroiditis in an infant. A case presentation.

Kenia Felipe Díaz (1), Mayelín Llanes Santos (1), Ana Lourdes García García (2) Hilda Bárbara Álvarez Felipe (1) Frith Adam Reyes Martínez (3).

RESUMEN

Se presenta el caso de un lactante de 7 meses de edad, masculino, quien se presentó con fiebre, síntomas respiratorios y aumento de volumen en la región anterior del cuello, doloroso y duro. Luego apareció ronquera y dificultad para tragar. En la ecografía tiroidea se observó lóbulo derecho e istmo normal. Lóbulo izquierdo heterogéneo, aumentado de tamaño, macro nodular con múltiples imágenes nodulares ecogénicas de diversos tamaños que ocupan la totalidad del lóbulo. Se interpretó como una tiroiditis aguda infecciosa; se inicia terapia antimicrobiana de amplio espectro por vía endovenosa. Se evolucionó con ecografías, se realizó biopsia por aspiración con aguja fina, se extrajo material purulento, se realizó incisión y drenaje. No se obtiene crecimiento bacteriano en el cultivo. La dosificación de hormona estimulante de tiroides y tiroxina fueron normales. El paciente presentó evolución favorable. La tiroiditis aguda es una patología que se puede presentar en niños de corta edad. Se debe iniciar terapia con antimicrobianos de amplio espectro.

Palabras clave: TIROIDITIS SUPURATIVA/diagnóstico, LACTANTE.

1. Especialista de 1er Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Instructora.
2. Especialista de 2do Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Profesora Auxiliar.
3. Estudiante de 6to año de Medicina.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis aguda, también denominada tiroiditis aguda supurativa (TAS), tiroiditis bacteriana o piógena, es un proceso infeccioso que puede ocurrir a cualquier edad, aunque es más frecuente en mujeres (53-65%) entre los 20 y 40 años de edad y muy raro en niños (1-2). En general existe una resistencia de la glándula tiroidea a las infecciones bacterianas, atribuible a su posición anatómica, a la presencia de cápsula, la alta vascularización, el generoso drenaje linfático y el alto contenido en yodo y de peróxido de hidrógeno (necesario para la síntesis de las hormonas tiroideas), ambos con efecto bactericida (3). La infección alcanza la tiroidea bien por vía hematológica, en infecciones a distancia, o a través del sistema linfático como resultado de infecciones locales. En adultos la infección se produce, en la mayoría de los casos, por vía hematológica desde un foco de piel, tracto respiratorio bajo, gastrointestinal o genitourinario; existe en 50 a 75% de los casos una condición preexistente como bocio simple, bocio nodular, adenoma o carcinoma. En niños, el factor predisponente a la infección, en la mayoría de los casos corresponde a un defecto anatómico, fue la fístula del seno piriforme (4) o la persistencia del conducto tirogloso los más frecuentemente implicados, en este caso la infección se produce por contigüidad, generalmente secundario a un foco respiratorio alto (3, 5). Predomina el compromiso del lóbulo izquierdo, hecho que se explicaría porque el último cuerpo branquial derecho a menudo es atrófico y no se desarrolla en la especie humana. La infección tiende a recurrir si no se corrige el defecto anatómico (6).

Un amplio espectro de microorganismos, que incluyen la flora orofaríngea normal, han sido implicados en el desarrollo de la TAS, entre ellos el *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus*

aureus, *Streptococcus* sp, anaerobios como bacteroides y peptococos; otros menos frecuentes son *Salmonella typhi*, *Pasteurella* y en pacientes inmunocomprometidos, hongos como *Coccidioides immitis*, *Aspergillus*, *Actinomyces*, cándidas y *Acinetobacter calcoaceticus* (7,3).

La tiroiditis supurativa aguda es una enfermedad clínica rara, pero bien descrita, sin embargo, los abscesos tiroideos son mucho menos comunes y existen pocos reportes en la literatura (8,5), es por ello que se considera necesario dar a conocer el caso de un lactante de 7 meses que se presentó con esta enfermedad en el cuerpo de guardia de Pediatría del Hospital Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” de Ciego de Ávila.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un lactante, de 7 meses de edad, raza negra, masculino, nacido de un parto distócico por cesárea, a término, a las 38 semanas, peso adecuado para la edad gestacional (PAEG) (3200 g), perteneciente al policlínico Belkys Soto Mayor del municipio Ciego de Ávila con Historia Clínica: 787622, no se refieren antecedentes patológicos personales o familiares. Antecedentes prenatales: Hipertensión Arterial del tercer trimestre con preclampsia. No se recogen antecedentes patológicos postnatales. El paciente es traído a cuerpo de guardia de Pediatría del Hospital Provincial Docente Antonio Luaces Iraola por presentar aumento de volumen en la región anterior del cuello que impresiona dolorosa, acompañada de fiebre de 38-39°C de 2 días de evolución, además de síntomas respiratorios dados por secreciones nasales blancas, obstrucción nasal y tos húmeda, irritable en ocasiones y poco apetito. Al examen físico aparenta estado general aceptable, con tumoración visible y palpable en región anterior del cuello, más acentuado hacia lado izquierdo correspondiente al lóbulo tiroideo de ese lado, de consistencia dura, dolorosa, sin otros signos flogísticos, de más menos 8 cm de largo x 4 cm de ancho. A la auscultación del aparato respiratorio se constatan abundantes ruidos transmitidos sin otro signo.

Complementarios de urgencia:

Conteo global de leucocitos: 10 400xmm³ con 55% de neutrófilos y 45% de linfocitos, hemoglobina: 90 g/l, eritrosedimentación: 60mm/h, proteína C reactiva positiva: 6.7 mg/dl. función tiroidea conservada. Ecografía de tiroides: lóbulo derecho homogéneo que mide 0.88x1.10x1.98cm, istmo normal (4mm), lóbulo izquierdo heterogéneo aumentado de tamaño, macro nodular con múltiples imágenes nodulares ecogénicas de diversos tamaños que ocupan la totalidad del lóbulo. Este mide 4.03x3.18x3.01cm. (Anexo No.1) Radiografía de tórax postero anterior (PA) donde no se observan lesiones del parénquima pulmonar y pleura, se aprecia imagen radioopaca a nivel del cuello, transversa, de forma ovalada que corresponde con la glándula tiroides (Anexo No.2).

Se interpretó como una tiroiditis aguda de causa infecciosa, se comenzó terapia antimicrobiana de inmediato con antibióticos de amplio espectro: ceftriaxona y amikacina por vía endovenosa. Durante los 5 primeros días se mantuvo febril, se adicionó al cuadro ronquera y toma del estado general. Se evolucionó con ecografías y en la segunda se observó el lóbulo izquierdo tiroideo con distensión de su anatomía por imagen compleja predominantemente hipoecogénica que impresiona tabicada que mide 6.5x3.5x4.3 cm. (Anexo No.3). Se le realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) bajo control ecosonográfico y se extrae material purulento. Se interconsultó con Cirugía Pediátrica y se llevó al salón para incisión y drenaje, donde se corroboró absceso del lóbulo izquierdo de tiroides con abundante pus espeso, de color amarillo verdoso. Se comprobó en el acto quirúrgico anatomía normal de las estructuras a este nivel. No se obtuvo crecimiento bacteriano en el cultivo. El paciente evolucionó gradualmente de forma favorable. Se adicionó al tratamiento levotiroxina sódica a bajas dosis con el objetivo de poner la glándula en reposo. El paciente respondió favorablemente, se egresó y se sigue por consulta externa de endocrinología pediátrica, se mantiene asintomático.

DISCUSIÓN

El absceso tiroideo constituye una enfermedad clínica de muy rara aparición, lo que lo convierte en un diagnóstico de difícil sospecha. Con una incidencia no recogida en publicaciones, se presenta el único caso filiado en este hospital en los últimos 10 años. Su rareza como enfermedad se basa en la resistencia natural de esta glándula a la infección, tanto por su morfología encapsulada como por su funcionalidad inmunológica, bien conocida y demostrada experimentalmente por la rica irrigación

sanguínea, el drenaje linfático y los efectos bacteriostáticos del yodo. Algunos de los casos de tiroiditis infecciosa publicados provienen de la persistencia del cuarto arco branquial, infección por contigüidad desde focos sépticos cercanos, siembra séptica procedente de otro foco primario, complicaciones por iatrogenia y otros casos aislados (9, 4). En este paciente solo se encontró como posible causa una infección del tracto respiratorio alto no complicada.

La presentación clínica de la tiroiditis aguda es dramática y debe hacerse el diagnóstico diferencial con otros desórdenes tiroideos dolorosos como tiroiditis granulomatosa subaguda, hemorragia intranodular o crecimiento rápido de un carcinoma tiroideo con necrosis central; estas enfermedades usualmente no van acompañadas de fiebre ni de otras manifestaciones de toxicidad bacteriana (10-11). En el caso que se presenta, se debe destacar la corta edad del paciente, de apenas 7 meses, en quienes es muy raro observar esta patología; además de mostrar manifestaciones clínicas claras de la enfermedad, como es la afectación del estado general, la fiebre y la tumoración dolorosa en parte anterior del cuello.

En la tiroiditis aguda es típico encontrar una elevación moderada de leucocitos con desviación a la izquierda, con una velocidad de sedimentación globular aumentada y una proteína C reactiva positiva. Los pacientes son generalmente eutiroideos, con niveles séricos de levotiroxina y tirotrópina normales, aunque se han descrito elevaciones transitorias de las hormonas tiroideas debido a la liberación de las mismas por el proceso inflamatorio que ocurre en la glándula. La captación de yodo radiactivo es usualmente normal, a menos que exista una afectación extensa y difusa de la tiroides; en la gammagrafía se demuestra que la zona afectada es hipocaptante, reflejo de la actividad disminuida de la misma, con captación normal en el resto de la glándula. El ultrasonido puede ser de ayuda en la detección del absceso (12), sin embargo, un resultado negativo no excluye el diagnóstico; puede ser necesario un seguimiento con ultrasonido para determinar la evolución del proceso y el momento ideal para realizar el drenaje quirúrgico, de ser necesario. En el caso clínico descrito, los exámenes paraclínicos fueron típicos de una tiroiditis aguda supurativa, acorde con la literatura, aunque la leucocitosis presentada fue discreta, eritrosedimentación elevada, eufunción tiroidea y la presencia de zonas hipoecogénicas que sugerían colección purulenta observada en el ultrasonido, al ser este último la prueba diagnóstica más rentable e inocua, aunque resulta más específica la tomografía computarizada. También le fue realizada una BAAF, procedimiento este que se debe indicar y además es necesario por su utilidad diagnóstica (13) se corroboró en este caso la presencia de colección purulenta.

La etiología microbiológica más frecuente es la polimicrobiana, aislándose generalmente *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y otros microorganismos gramnegativos relacionados con la flora orofaríngea.

El tratamiento inicial de la tiroiditis aguda supurada se realiza con antibióticos empíricos. En caso de confirmarse la presencia de un absceso sin deterioro hemodinámico, se considera muy útil y relativamente inocua la combinación de antibióticos con punción-aspiración guiada por ecografía y valoración de una posterior tiroidectomía reglada. En este caso, dada la edad del paciente, se optó por un tratamiento lo más conservador posible, se partió desde la antibioticoterapia empírica a la punción y, finalmente el drenaje quirúrgico del absceso obteniéndose una evolución favorable.

CONCLUSIONES

La tiroiditis aguda es una patología rara que se puede presentar en niños de corta edad. Se debe iniciar precozmente de forma empírica terapia con antibióticos de amplio espectro.

ABSTRACT

A 7 months infant, masculine, that appeared with fever, respiratory symptoms and volume increase in the previous region of the neck, painful and hard arrived. In the thyroid echography it was observed right lobe and normal isthmus. Left lobe: heterogenous, increased of size, macronodular with multiple echogenic and nodular images of different sizes that occupy the totality of lobe. It was interpreted like an infectious acute thyroiditis, it was initiated a broad spectrum antimicrobial therapy administered intravenously. It was evolved with echography, a biopsy by aspiration was carried out being extracted purulent material, drainage and incision was carried out. Bacterial growth in the culture is not obtained.

The thyroid function was normal. The patient presented favorable evolution. The acute thyroiditis is a pathology that can be presented in young children. A wide-ranging spectrum antimicrobial therapy must be initiated.

Key word: SUPURATIVE THYROIDITIS/diagnostic, INFANT.

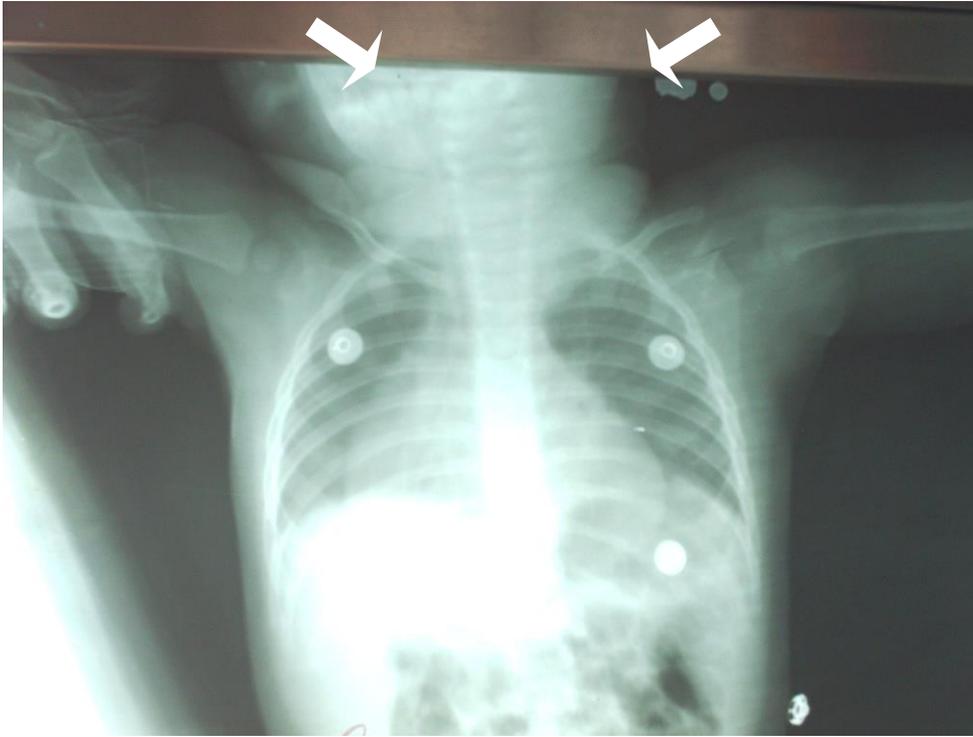
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez M, Paoli M, Monsalve V, Yajaira J, Rojas R, Marín C. Tiroiditis aguda producida por *haemophilus influenzae* en un lactante menor. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet]. 2004 [citado 15 Dic 2011]; 2(2): 14-17. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/29228/1/articulo3.pdf>
2. Chirinos J, Uzcátegui L, Paoli M. Tiroiditis aguda supurada: presentación de dos casos pediátricos. Rev Venez Endocrinol Metab [Internet]. 2010 [citado 15 Dic 2011]; 8 (3): 108-115. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32064/1/articulo3.pdf>
3. Giadrosich R Vinka, Hernández C M Isabel, Izquierdo Q Claudia, Zamora K Beatriz. Tiroiditis aguda supurada en un paciente pediátrico: Report of a pediatric case. Rev Méd Chile [Internet]. 2004 Feb [citado 24 Ene 2012]; 132(2):219-222. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000200012&lng=es
4. Fernández Córdoba M.S, González Piñera J, Hernández Anselmi E, Ruiz Cano R. Tiroiditis agudas y abscesos cervicales como manifestaciones de las fístulas del seno piriforme. Rev Cir Pediatr [Internet]. 2009 Jun [citado 24 Ene 2012]; 22:157-161. Disponible en: http://secipe.org/coldata/upload/revista/2009_22-3_157.pdf
5. Torres dos S MR, Medeiros C, Nóbrega Neto SH, Souza L, Rodrigues M, Silva MN, Maior LH. Forma atípica de tireoidite supurativa aguda em paciente pediátrico: relato de caso. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2008 [citado 24 Ene 2012]; 52(4):701-706. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000400018
6. Cases J, Wenig B, Silver C, Surks M. Recurrent acute suppurative thyroiditis in an adult due to a fourth branchial pouch fistula. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85: 953-6.
7. Jacobs A, Gros D, Gradon J. Thyroid abscess due to *acinetobacter calcoaceticus*: case report and review of the causes of and current management strategies for thyroid abscesses. South Med J. 2003; 96: 300-7.
8. Campos Navarro Luz A, Rueda Rodríguez A, Quintana Ruiz NA. Absceso tiroideo en un paciente pediátrico. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. 2010 Abr-Jun [citado 24 Ene 2012]; 8(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2010/am102f.pdf>
9. Yoshino Y, Inamo Y, Fuchigami T, Hashimoto K, Ishikawa T, Abe O, et al. A pediatric patient with acute suppurative thyroiditis caused by *Eikenella corrodens*. J Infect Chemother [Internet]. 2010 [citado 24 Ene 2012]; 16(5):353-5. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&format=standard.pft&indexSearch=EX&exprSearch=C01.539.830.840&lang=e&base=MEDLINE>
10. Grob F, Contador M, Godoy C. Absceso tiroideo con fístula del seno piriforme: tres casos clínicos Rev Chil Pediatr [Internet]. 2011 [citado 28 Ene 2012]; 82(1):49-55. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062011000100007
11. Montemayor O, Zacarías V. Tiroiditis suprativa aguda en niños. Med Univ. 2004; 6(23): 141-143.
12. San Román J, Dovasio F, Llera J, Kreindel T, Kucharzcyk M. Masa palpable en cuello. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2007 Oct [citado 28 Ene 2012]; 105(5): 461-465. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000500016&lng=es.
13. Braun Roth G. La biopsia en el diagnóstico de la enfermedad pediátrica. Acta Pediatr Mex [Internet]. 2009 Jun [citado 28 Ene 2012]; 30(4):231-7. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm094i.pdf>

ANEXOS



Anexo No.1
Ecografía del lóbulo izquierdo de la glándula Tiroides al ingreso del paciente.



Anexo No.2
Radiografía del tórax AP.



Anexo No.3
Ecografía evolutiva del lóbulo izquierdo de la glándula Tiroides.



Anexo 4
Lactante con tiroiditis aguda.