

4. REPORTES CLINICOS

TIROIDITIS SUPURADA EN PEDIATRIA

Dra. Carlos Del Aguila Villar, Pediatra Endocrinóloga
 Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la UNFV
 Miembro de la Sociedad Latinoamericana de Pediatría
Dr. Juan Pablo Bogado
 Profesor Emérito de la Facultad de Medicina de la UNFV
 Servicio de Endocrinología del ISN

RESUMEN

La tiroiditis supurada es una entidad rara en endocrinología pediátrica y su cuadro clínico se caracteriza por signos inflamatorios a nivel tiroideo, que puede llegar hasta el drenaje con secreción purulenta.

Presentamos ocho casos de tiroiditis supurada, cuatro de sexo masculino y cuatro de sexo femenino, vistos en el servicio de Endocrinología del Instituto de Salud del Niño entre 1982 y 1997. En todos ellos se encontró como datos más llamativos bocio, en 7/8 signos de flogosis, y dolor localizado, en 6/8 adenitis cervical, y en 4/8 odinofagia y fiebre. La biopsia punción con aguja fina (BAAF) se usó con fines diagnósticos y terapéuticos; y mostró en un caso tiroiditis granulomatosa. Cinco pacientes presentaron función tiroidea dentro de límites normales. Tres pacientes mostraron al inicio signos transitorios de hiperfunción tiroidea y uno evolucionó al hipotiroidismo. Las gammagrafías realizadas en seis pacientes mostraron alteraciones significativas; un paciente al que se le realizó ecografía mostró calcificaciones, pero gammagrafía normal. El tratamiento se realizó con dicloxacilina 50 mg/Kg/día y en algunos casos se utilizó analgésicos y antiinflamatorios con remisión del cuadro clínico. Es una enfermedad que puede presentar recidivas.

Palabras claves: Tiroiditis supurada, tiroiditis aguda, bocio.

INTRODUCCION:

La tiroiditis supurada es una entidad señalada como rara en la actualidad, vista con frecuencia en la era pre-antibiótica. Los agentes causales que se observan con mayor frecuencia son *Streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, *Neumococcus pneumoniae*, bacterias anaerobias y *Haemophylus Influenzae* (1) y en algunos casos *Pneumocystis Carinii*, *Salmonella*, *Escherichia Coli*, bacilo de la tuberculosis (2). La forma como estos agentes llegan a la glándula tiroidea es variable; los de origen rinofaríngeo lo hacen a través de una fistula interna que se origina en el seno piriforme izquierdo, resto del canal tirofaríngeo (cuarto arco branquial). Además, se ha señalado a la vía hemática (a

partir de focos a distancia) o a través de los vasos linfáticos, sobre todo en caso de infecciones locales (Faringitis o mastoiditis).

El propósito del presente trabajo es reportar ocho casos de tiroiditis supurada, describiendo las manifestaciones clínicas, el curso de la enfermedad así como el manejo y el uso de exámenes auxiliares en el diagnóstico.

CASOS CLINICOS

Durante el período de 1982 a 1997 se han observado 8 casos de tiroiditis supurada atendidos en el servicio de Endocrinología del Instituto de Salud del Niño. En las tablas 1 y 2 se resumen las características generales de los pacientes.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON TIROIDITIS SUPURADA

Caso N°	Edad	Sexo	Procedencia	Tiempo de enfermedad	Síntomas y signos clínicos principales
1	5 a 4 m	M	Lima	15 días	Bocio, flogosis, dolor localizado, fiebre, disfagia
2	6 a 4 m	M	Tarapoto	1 mes	Bocio, flogosis, disfagia adenopatía cervical
3	8 a 6 m	F	Callao	1 mes	Bocio, tos, odinofagia, adenopatía cervical
4	6 a 7 m	F	Lima	2 m	Bocio, dolor, odinofagia, flogosis, adenopatía
5	3 a 11 m	F	Callao	1 m	Bocio, dolor localizado, flogosis, odinofagia
6	5 a 2 m	F	Lima	18 días	Bocio, fiebre, dolor, flogosis, odinofagia, tos
7	9 a 4 m	M	Lima	14 días	Bocio, fiebre, odinofagia, dolor, flogosis, adenopatía
8	10 a 2 m	M	Piura	10 días	Bocio, fiebre, dolor, flogosis, tos, otalgia

TABLA 2: SIGNOS Y SINTOMAS PRINCIPALES PRESENTADOS POR LOS PACIENTES CON TIROIDITIS SUPURADA

Manifestación	Frecuencia
Bocio	8/8
Signos de flogosis	7/8
Dolor localizado	7/8
Adenopatía cervical	6/8
Odinofagia	4/8
Disfagia	2/8
Fiebre	4/8
Tos	2/8

Caso Nº 1. Como antecedentes refiere 15 días antes rinorrea, tos productiva y ronquera. El examen clínico muestra agrandamiento de la glándula tiroidea, de consistencia algo aumentada y signos de flogosis (Fig. 1). Los exámenes auxiliares revelan leucocitosis de 12,000/mm³; presencia de calcificaciones en la ecografía y cultivo del aspirado positivo a streptococcus sp sensible a penicilina, eritromicina y lincomicina; TSH 2.0 uU/mL y T4 8.4 ug/dL. El desbridamiento y tratamiento con dicloxacilina (50 mg/Kg por día) por 14 días y la adición de un antiinflamatorio hizo remitir el cuadro clínico. Una gammagrafía, tomada un mes después, reveló una glándula tiroidea de características normales. Estudios posteriores de la función tiroidea muestra valores de TSH y T4 dentro de los límites normales.



Caso Nº 2. Como antecedente importante se encuentra que una semana antes presenta rinorrea y tos seca. Al examen clínico se constata incremento del tamaño de la glándula tiroidea, con signos de flogosis, algo renitente a nivel del istmo. Los exámenes auxiliares revelaron leucocitosis (13,000/mm³); el cultivo del aspirado mostró crecimiento de Streptococo sp; los estudios de función tiroidea mostraron TSH 4.3uU/mL y T4 7.6 ug/dL. Recibió dicloxacilina por 14 días, 50 mg/Kg/día y ácido acetil salicílico (60 mg/kg/día) lo cual hizo remitir el cuadro clínico. Una gammagrafía tiroidea un mes después de la remisión clínica mostró una glándula tiroidea de caracteres normales.

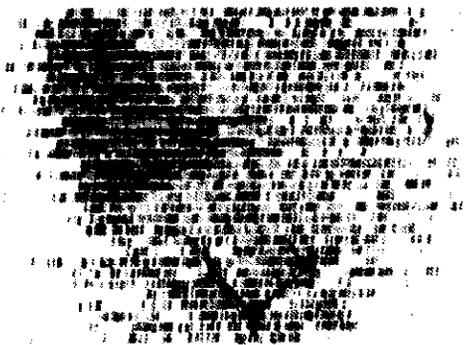
Caso Nº 3. Pacientes que un mes antes de la consulta presenta dos tumoraciones a nivel de la región anterior del cuello. Al examen clínico presenta adenopatía submaxilar y dos tumoraciones a nivel de la glándula tiroidea, con leve dolor a la palpación, una de 1.5 cm de diámetro, localizada en el lado izquierdo de la glándula y otra de 2 cm de diámetro localizada en el lado derecho de la misma. Los exámenes auxiliares mostraron leucocitos 4,600/mm³; la gammagrafía tiroidea evidencia dos nódulos fríos correspondiente a lo observado clínicamente; la función tiroidea mostró niveles de TSH 4.3 uU/mL, T4 10 ug/dL y T3 120 ng/dL. El examen anatomopatológico de la biopsia demostró una tiroiditis granulomatosa, negativo para BK. Una radiografía de

tórax mostró infiltrado subclavicular bilateral y PPD 18 mm sin BCG. Fue transferida al Servicio de Neumología donde se le indicó terapia antituberculosa, que mejoró tanto el cuadro general como la tiroidopatía.

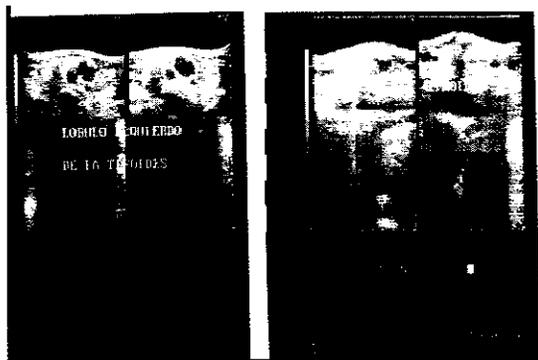
Caso Nº 4. Paciente que dos meses antes de la consulta presenta cuadro febril que dura una semana y nota aparición de tumoración en región anterior del cuello. Al examen clínico se constata tumoración en el lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea, que una semana después es renitente y se procede a la desbridación del mismo. Los exámenes auxiliares mostraron 6,400 leucocitos/mm³; el cultivo de la secreción resultó positivo a estreptococcus sp; la gammagrafía tiroidea mostró una zona hipocaptadora a nivel del polo superior del lóbulo izquierdo con un lóbulo derecho de caracteres normales; la función tiroidea mostró TSH 1.4 uU/mL y T4 10.8 ug/dL. Como tratamiento recibió dicloxacilina 50 mg/Kg/día durante 14 días, remitiendo el cuadro clínico.

Caso Nº 5. Paciente que un mes antes presenta odinofagia y dolor cervical que se irradia a los oídos. Al examen clínico presenta incremento del lóbulo izquierdo con dolor moderado a la palpación y signos de flogosis que tres semanas después es renitente. Además presenta irritabilidad y taquicardia de 130/min después de la punción aspiración. El cultivo de secreción purulenta es negativo, PPD 7 mm, radiografía de tórax normal. T3 255 ng/dl, T4 15 ug/dL, anticuerpos anti-tiroideos negativo y la gammagrafía muestra hipocaptación e irregular distribución del isótopo en el sector basal interno del lóbulo izquierdo; recibe propanolol por 1 semana y dicloxacilina 50 mg/Kg/día por 14 días más un antiinflamatorio. Cuatro años después acude a la consulta y refiere estreñimiento, intolerancia al frío, retardo del crecimiento y bajo rendimiento escolar. Nuevos análisis muestran TSH 5.0 uU/mL (VN < 4.0 uU/mL) y T4 6 ug/dL; la gammagrafía tiroidea muestra la glándula de volumen normal con buena capacidad de concentración y distribución uniforme del isótopo. Seis meses más tarde se realizan nuevas determinaciones hallando TSH 2.0 uU/mL y T4 8 ug/dL.

Caso Nº 6. Paciente con un tiempo de enfermedad de 18 días con fiebre, rinorrea y tos, dolor cervical difuso y tumoración a nivel de región anterior del cuello con manifestaciones inflamatorias. Al examen clínico se constata tumoración en el lóbulo izquierdo de la región tiroidea con signos de flogosis, doloroso al tacto y taquicardia de 138/minuto. Dos días después muestra en forma espontánea supuración a nivel de la tumoración. Los exámenes auxiliares revelaron una gammagrafía con presencia de un nódulo frío izquierdo (Fig. 2); se constató leucocitosis de 18,600/mm³ y la función tiroidea mostró T4 14 ug/dl, T3 220 ng/dl y TSH 0.54. Recibe como tratamiento dicloxacilina a la dosis de 50 mg/Kg/día durante 14 días, además propanolol 3.42 mg/Kg/día. La fiebre remite y el propanolol se retira cuando la frecuencia cardiaca se normaliza una semana más tarde. Actualmente la función tiroidea se encuentra dentro de límites normales.



Caso Nº 7. Paciente consulta por tumoración cervical, una semana antes presenta fiebre, dolor a dicho nivel y odinofagia. Al examen clínico se constata tumoración en la región anterior del cuello a nivel de tiroides de 2 x 2,5 cm. con signos de flogosis, que se moviliza a la deglución, renitente y con microadenopatías cervicales. Los exámenes auxiliares revelan 8000 leucocitos, PPD 10 mm y radiografía de tórax normal; la función tiroidea muestra T4 8 ug/dl T3 108 ng/dl y TSH 1.2 uU/ml. La ecografía muestra hipertrofia de la glándula tiroides a predominio del lóbulo izquierdo con múltiples imágenes quísticas (Fig. 3). La gammagrafía que muestra glándula tiroidea en su posición habitual, con zona hipocaptadora en el lóbulo derecho; la punción aspiración mostró secreción purulenta y el cultivo fue negativo. Recibió dicloxacilina a la dosis habitual y fue dado de alta con evolución favorable.



Caso Nº 8. Paciente que consulta por tumoración a nivel de la glándula tiroides, de cinco días de evolución acompañado de dolor que impide movilización del cuello, fiebre y escalofríos. Diez días antes presenta tos seca y dolor de oído. Al examen clínico presenta aumento de volumen de la glándula tiroidea acompañada de flogosis y consistencia renitente, además presenta taquicardia de 150 x minuto. Se realiza punción aspiración tiroidea obteniendo secreción purulenta. Es hospitalizado para iniciar antibioticoterapia EV., Cloxacilina a 100 mg/Kg/día y cloranfenicol 70 mg/Kg/día, más sintomáticos los cuatro primeros días. Luego se indica dicloxacilina a 50 mg/Kg/día hasta

completar 14 días. La fiebre y la taquicardia ceden en 24 horas. Los exámenes auxiliares demuestran 11000 leucocitos/mm³ y 0% de abastionados. El cultivo de la secreción resulta positivo a gérmenes anaerobios: *Streptococcus pneumoniae*, *peptostreptococcus sp*, *peptococcus sp*, *Fusobacterium nucleatum* y *Prevotella sp*. La función tiroidea muestra TSH 0.54 uU/ml, T4 17 ug/dl y T3 108 ng/dl. Un control después de una semana reporta valores normales.

DISCUSION:

La tiroiditis supurada o Aguda es una entidad rara en Endocrinología Pediátrica, que pasa por dos etapas fundamentales, una denominada presupurativa que se presenta después de una afección de las vías respiratorias altas o a un foco supurado; una segunda fase denominada supurativa en la que la glándula se abscesa presentado consistencia renitente como lo hicieron la mayor parte de nuestros pacientes. Además se acompaña de cuadro febril, dolor localizado, taquicardia por hipertiroidismo transitorio, lo cual ha sido atribuido a la salida masiva de hormonas tiroideas a la circulación ⁽³⁾.

Para efectuar el diagnóstico específico, es imprescindible evidenciar la presencia de gérmenes bien por desbridación quirúrgica que tiene como finalidad aliviar las molestias y obtención de muestra para cultivo o bien por Biopsia Aspiración con aguja fina (BAAF) que permite obtener material para el estudio citológico correspondiente y para cultivo. En ocasiones ha sido necesario la escisión quirúrgica con exéresis parcial y hasta hemilobectomía tiroidea.

Como vía de diseminación de los germenes se ha esbozado la teoría de la formación de una fistula interna que se origina en el seno piriforme ^(4,5,6) y produce absceso del lóbulo izquierdo tiroideo; también se ha descrito tiroiditis por fistulización de quiste tímico ⁽⁷⁾. En nuestra casuística tres pacientes presentaron evidencias clínicas y en algunos casos gammagráficas de localización izquierda; sin embargo no hemos realizado los exámenes radiológicos que nos permitan evidenciar la presencia de fistula del seno piriforme.

Es importante señalar en aquellos pacientes en los que se realizó gammagrafía, ésta fue hipocaptadora en la zona afectada, no habiendo sido descrito un cuadro específico de este tipo de afección.

En tres casos (Nº 5, 6 y 8) se evidencia hipertiroidismo clínico y bioquímico de presentación transitoria. Dos recibieron propanolol para aliviar los síntomas cardiovasculares. Los otros pacientes mostraron normofunción tiroidea y en los que se realizó la búsqueda de anticuerpos antitiroideos, fueron negativos. Abe y colaboradores ⁽⁸⁾ refieren diez casos de tiroiditis supurada señalando que ninguno de ellos mostraron alteración de las hormonas tiroideas y la captación de Iodo 131 fue normal en 6 de 7 pacientes y los anticuerpos antimicrosomales y antitiroglobulina fueron negativos. Por su parte Beauvais y cols. ⁽¹⁰⁾ señalan que existe incremento de la yodemia hormonal por la salida

de proteína yodada e igualmente refieren que la captación de ¹³¹I puede encontrarse disminuida, mientras que los anticuerpos antitiroideos determinados por hemaglutinación pueden ser débilmente positivos indicando que podría ocurrir autoinmunidad transitoria. Por ello, es necesario realizar un adecuado monitoreo clínico y dosaje hormonal de la función tiroidea.

La terapia antibiótica adecuada permite la remisión del cuadro y, como ocurrió en nuestros pacientes, la ausencia de recaídas. El germen encontrado con mayor frecuencia es el *Streptococcus sp.* La mayor parte recibió dicloxacilina pero se debe usar el antibiótico según la sensibilidad del germen encontrado en el cultivo. Los casos de dolor severo se alivian después de la punción aspiración y con el uso de analgésicos.

Un comentario aparte merece el caso N° 3 en quien si bien no se aisló germen alguno, así como BK en la secreción tiroidea, cedió con tratamiento específico. La tiroiditis tuberculosa es una entidad rara y que fue vista en los albores del tratamiento de esta entidad con estreptomycin. Los reportes son escasos y por lo general en pacientes adultos, señalándose que al baja incidencia de tuberculosis tiroidea se debe a la alta concentración de yodo en la glándula tiroidea que impide el crecimiento del bacilo de Koch⁽¹¹⁾.

Podemos concluir que a pesar que la tiroiditis supurada no es frecuente, frente a un paciente con incremento súbito del tamaño de la glándula tiroidea, signos de flogosis debemos pensar en esta posibilidad; se les debe realizar exámenes auxiliares que confirme los signos inflamatorios agudos. Una BAAF contribuye al estudio

citológico, al drenaje del absceso si lo hubiere y a realizar el cultivo con búsqueda del agente causal.

BIBLIOGRAFIA

1. Taguchi T, Okumo A, Fujita K. *Ethiologic factors in acute suppurative thyroiditis.* J Infec Dis 1982; 146: 447-450.
2. Alteimer Na. *Acute pyogenic thyroiditis.* Arch Surg 1950; 51: 76-79.
3. Bricaire H, Thiblot PH, Luton JP. *Thyroidite ou canc. Entretiens de Bichat Pitié—Salpetriere—Medicine* 1975; 32: 479-84.
4. Lucaya J, Berdon WE, Enriquez G, Regás J, Carreño JC. *Congenital pyriforme sinus fistula: a cause of acute left-sided suppurative thyroiditis and neck abscess in children.* Pediat Radiol 1990; 21: 27-9.
5. Contencin PH, Grosskopf-Aumont C, Gilain L, Narcy PH. *Pseudothyroidites et abcès cervicaux récidivante. Rôle de la 4^e poche branchiale. A propos de 16 observations.* Arch Fr Pediat 1990; 47: 181-4.
6. Miyauchi A, Matsuzuka F, Kuma K, Takai S. *Pyriforme sinus fistula: an underlying abnormality common in patients with acute suppurative thyroiditis.* World J Surg 1990; 14: 400-5.
7. Osaki O, Sugimoto T, Susuki A, Yashiro T, Ito K, Hosoda Y. *Cervical thymic cyst as a cause of acute suppurative thyroiditis.* Jpn J Surg 1990; 20: 593-6.
8. Skuza K, Rappaport R, Fieldman R, Goldstein S, Marquis J. *Recurrent acute suppurative thyroiditis.* J Otolaryngol. 1991; 20:126-29.
9. Abe K, Taguchi T, Okumo A. *Acute suppurative thyroiditis in children.* J Pediatr 1979; 94:912-14.
10. Beauvais P, Limal JM, Gruner C. *La thyroidite aigüe suppurée de l'enfant.* Pédiatrie 1971; 26: 633-41.
11. Silva R, Silva Rosales GR, Gonzales Sánchez MA. *Tuberculosis de la glándula tiroidea.* Rev Méd IMSS, 1981; 19: 197—