

Notas clínicas

SUBACUTE THYROIDITIS PRESENTING AS A PAINFUL SOLITARY THYROID NODULE

Subacute thyroiditis, first described by De Quervain in 1904, is the main cause of thyroid pain. The most likely cause is viral infection or a postviral inflammatory process. Typical clinical manifestations include neck pain, diffuse goiter and thyroid dysfunction with a predictable course in most patients. We present a 63-year-old woman with focal subacute thyroiditis that presented as a painful thyroid nodule with associated systemic symptoms.

Key words: Subacute thyroiditis. Painful thyroid nodule. Fine needle aspiration. Acetylsalicylic acid.

Tiroiditis subaguda de inicio como nódulo tiroideo doloroso

SANDRA HERRANZ, PURIFICACIÓN MARTÍNEZ DE ICAYA, TOMÁS GONZÁLEZ, MIRIAM PÉREZ PELAYO, VICTORIA ALCAZAR Y DOLORES DEL OLMO

Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

La tiroiditis subaguda, descrita por primera vez por De Quervain en 1904, es la causa principal de dolor tiroideo. Las etiologías más probables son una infección viral o un proceso inflamatorio postinfeccioso. La clínica típica incluye dolor cervical anterior, bocio difuso y alteración de la función tiroidea que sigue un curso predecible en la mayoría de los casos. Presentamos el caso de una paciente de 63 años con una tiroiditis subaguda de inicio focal, con un nódulo tiroideo doloroso a la palpación y manifestaciones sistémicas concomitantes.

Palabras clave: Tiroiditis subaguda. Nódulo tiroideo doloroso. Punción-aspiración con aguja fina. Ácido acetilsalicílico.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis subaguda representa el 5% de todas las enfermedades tiroideas y es la causa más frecuente de dolor tiroideo¹. Afecta más a las mujeres que a los varones (3-5:1) y es más frecuente en las personas que tienen bocio multinodular previo. Se cree que está causada por una infección viral o por un proceso inflamatorio postinfeccioso, ya que la mayoría de los pacientes tienen como antecedente una infección del tracto respiratorio superior en las 2-8 semanas previas, con una mayor incidencia en verano².

En la mayoría de los casos, la clínica es característica y consiste en dolor cervical anterior intenso, que se irradia a mandíbula, pabellones auriculares o zona superior del tórax y que puede aumentar con el bostezo, bocio difuso elástico a la palpación y manifestaciones sistémicas de intensidad variable (astenia, anorexia y febrícula). Casi siempre coexiste una alteración de la función tiroidea que típicamente se inicia con hipertiroidismo seguido de una fase de normofunción y de hipotiroidismo posterior que remite en la mayoría de los pacientes³. Sin embargo, cuando la clínica es atípica, esta enfermedad puede ser difícil de diagnosticar y en estos casos será clave la evolución del proceso patológico del paciente⁴.

Describimos el caso de una paciente con un nódulo tiroideo doloroso acompañado de signos inflamatorios locales, fiebre elevada y manifestaciones sistémicas, en la que inicialmente se sospechó una tiroiditis aguda. La evolución clínica de la paciente y la revisión de la literatura médica nos dieron el diagnóstico definitivo de tiroiditis subaguda de inicio focal, de la cual hay pocos casos descritos.

Correspondencia: Dr. S. Herranz.
Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital Severo Ochoa.
Av. de Orellana, s/n. 28911. Leganés. Madrid. España.
Correo electrónico: herranzantolin@yahoo.es

Manuscrito recibido el 10-1-2007 y aceptado para su publicación el 18-6-2007.

CASO CLÍNICO

Mujer de 63 años que consultó por clínica de 3 días de evolución de dolor laterocervical derecho irradiado hacia la cara y los hombros, sensación distérmica y aparición de tumoración cervical anterior derecha. Como antecedentes personales de interés presentaba un bocio multinodular ecográfico con un nódulo de 9 mm en el lóbulo tiroideo derecho. En la exploración física se objetivó fiebre de 38,2 °C y una tumoración cervical derecha de 2,5 cm de diámetro que se movilizaba con la deglución, con eritema local y sin adenopatías cervicales.

Se realizó una analítica general donde destacaba leucocitosis de 11.600/ μ l con neutrofilia, velocidad de sedimentación globular de 113 mm en la primera hora y proteína C reactiva de 149 mg/l, y valores de tirotropina (TSH) < 0,01 μ U/ml (0,3-5,5) y de T4 libre 1,54 ng/dl (0,89-1,82). Se realizó una ecografía tiroidea en la que se observó un área nodular hipocogénica de límites mal definidos de 20 \times 16 \times 17 mm indicativa de tiroiditis focal.

Ingresó en el servicio de endocrinología con la sospecha diagnóstica de tiroiditis aguda. Se inició antibioterapia de amplio espectro con amoxicilina-clavulánico. Durante su estancia en la planta se realizó una punción-aspiración con aguja fina de la lesión tiroidea de la que se obtuvo un material no purulento con cultivo posterior estéril y resultado anatomopatológico negativo para células malignas, con cambios reactivos e inflamación aguda y crónica inespecífica. A pesar del tratamiento antibiótico, la paciente continuó con picos de fiebre de hasta 39 °C de predominio vespertino y clínica de hipertiroidismo franco que se confirmó con las determinaciones hormonales posteriores. La gammagrafía tiroidea con 99m Tc al séptimo día del ingreso mostró ausencia general de captación. Se instauró tratamiento con acetilsalicilato de lisina a dosis altas y posteriormente con prednisona en pauta descendente, con mejoría de la clínica y de los resultados analíticos en revisiones posteriores.

El cuadro se solucionó de manera satisfactoria y definitiva en el plazo de 8 semanas con resolución del hipertiroidismo transitorio y desaparición de las manifestaciones locales y sistémicas.

COMENTARIO

Cuando la tiroiditis subaguda se presenta de forma típica, es fácil llegar al diagnóstico e instaurar un tratamiento adecuado; sin embargo, el diagnóstico precoz supone un reto para los clínicos en los casos de presentación atípica⁵. En menos de un 10% de los casos la tiroiditis subaguda puede presentarse con un nódulo tiroideo único. En esta situación se debe plantear el diagnóstico diferencial con otras alteraciones tiroideas que pueden cursar con clínica similar de dolor, tumefacción cervical, signos de inflamación local y

fiebre, como la tiroiditis aguda, enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave, la hemorragia dentro de un quiste o nódulo tiroideo, o la tiroiditis dolorosa de Hashimoto^{6,7}.

Se debe sospechar ante todo paciente con un nódulo tiroideo doloroso, con o sin manifestaciones sistémicas y con una función tiroidea normal o alterada. En estos casos, la evolución del paciente será fundamental para llegar a un diagnóstico adecuado. Cuando nos encontremos con un paciente que cumple estas características, debemos completar el estudio con ecografía cervical y citología (el rasgo típico de esta entidad es la presencia de una porción central coloide rodeada de células multinucleadas en los folículos afectados) y gammagrafía tiroidea donde aparecerá un nódulo tiroideo hipocaptante o frío (que probablemente lo habríamos encontrado en nuestra paciente si se hubiera realizado una gammagrafía tiroidea al inicio del cuadro, y a diferencia de la forma clásica donde aparece una hipocaptación difusa de toda la glándula por su destrucción)^{4,7,8}. La duración del proceso y su pronóstico es similar en ambas formas de presentación.

El tratamiento fundamental es el ácido acetilsalicílico o los antiinflamatorios no esteroideos a altas dosis. Sólo en las situaciones en que no haya mejoría o las manifestaciones clínicas sean muy severas inicialmente, se añadirá glucocorticoides al tratamiento en pauta descendente, que mejoran la clínica pero no acortan el proceso patológico. El tratamiento se deberá continuar hasta que se produzca una mejoría de la clínica, que suele ocurrir en las 4-8 semanas posteriores⁹.

BIBLIOGRAFÍA

- Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Thyroiditis. *N Engl J Med*. 2003;348:2646-55.
- Lazarus JH. Silent thyroiditis and subacute thyroiditis. En: Braverman LE, Utiger RD, editores. *The Thyroid*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 577-91.
- Fatourechi V, Aniszewski JP, Fatourechi GZ, Atkinson EJ, Jacobsen SJ. Clinical features and outcome of subacute thyroiditis in an incidence cohort: Olmstead County, Minnesota, study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88:2100-5.
- Bartels PC, Boer RO. Subacute thyroiditis (de Quervain) presenting as a painless cold nodule. *J Nucl Med*. 1987;28:1488-90.
- Slatosky J, Shipton B, Wahba H. Thyroiditis: differential diagnosis and management. *Am Fam Phys*. 2000;61:1047-52.
- Peralta M, Roa C, Pinés PJ, Anton T, Peñalver D, Alvarez-Santirso R. Tiroiditis aguda causada por *Escherichia coli*. *Endocrinol Nutr*. 2006;53:53-5.
- Bianda T, Schmid C. De Quervain's subacute thyroiditis presenting as a painless solitary thyroid nodule. *Postgrad Med J*. 1998;74:602-3.
- Hardoff R, Baron E, Sheinfeld M, Luboshitsky R. Localized manifestations of subacute thyroiditis presenting as solitary transient cold thyroid nodules. A report of 11 patients. *Clin Nucl Med*. 1995;20:981-4.
- Mackenzie FD, Lepre F. The use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in subacute thyroiditis. *Med J Aust*. 2001;174:181-2.