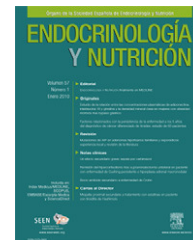




# ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



## CARTAS CIENTÍFICAS

### Presentación atípica de tiroiditis aguda supurada en paciente inmunocompetente

#### Atypical presentation of acute suppurative thyroiditis in an immunocompetent patient

La infección de la glándula tiroides es un fenómeno de muy escasa frecuencia debido a que es un órgano extraordinariamente resistente a la infección. Esto ha sido atribuido a su elevada vascularidad, drenaje linfático, la presencia de grandes cantidades de yodo en el tejido, el hecho de que el peróxido de hidrógeno se genera dentro de la glándula como un requisito para la síntesis de hormonas tiroideas y su normal situación de encapsulado lejos de estructuras externas (todo ello con efecto bactericida)<sup>1</sup>.

Los agentes etiológicos más frecuentes son aquellos microorganismos capaces de colonizar la mucosa oral y extenderse desde esta por continuidad a la glándula tiroides, especialmente bacterias gram positivas como *Streptococos* y *Estafilococos* o bien bacterias anaerobias<sup>2</sup>.

Pese a ser inusual, es una enfermedad potencialmente curable con excelente pronóstico dada la actual disposición de antibióticos para su tratamiento<sup>3</sup>.

Una mujer de 57 años acude a urgencias por dolor e inflamación en región subacromial derecha, que empeora con los movimientos del brazo y acompañado de disfagia progresiva. No presentaba semiología infecciosa por aparatos, ni sintomatología de hipo o hipertiroidismo. No refería lesiones cutáneas. El cuadro se inició una semana antes con fiebre de hasta 39° que cesó a los 2 días. Carecía de antecedentes médicos de interés.

A la exploración física, presentaba una masa cervical derecha que se extendía a región infraclavicular, dolorosa a la palpación, eritematosa y no indurada.

En las pruebas complementarias solicitadas hallamos una leucocitosis de 14.600, con 87% de neutrófilos junto con una proteína C reactiva de 43,8 mg/dL. Serologías VHB, VHC, VHD, VIH negativas. Resto de parámetros, incluidas hormonas tiroideas, sin relevancia clínica.

La radiografía de tórax mostraba un ensanchamiento mediastínico antero superior derecho, con componente de crecimiento endotorácico que desplazaba tráquea hacia la izquierda de la línea media. La ecografía cervical informó de un aumento del tamaño del lóbulo tiroideo derecho

heterogéneo e hipocóico con componente de crecimiento endotorácico y con una lesión nodular sólida hipocógena avascular de 5,0 × 3,5 cm. Presentaba, además, una infiltración homogénea de planos musculoaponeuróticos cervicales derechos, sin adenopatías. El lóbulo tiroideo izquierdo era de tamaño normal, con imagen de nódulo sólido de 1,2 × 1,0 cm de diámetro en su polo inferior (fig. 1).

Se decidió ingreso en el Servicio de Endocrinología. El TAC cervical solicitado mostró hallazgos compatibles con flemón - absceso cervical derecho que se extendía a pared torácica anterior y mediastino dependiente del lóbulo tiroideo derecho (fig. 2).

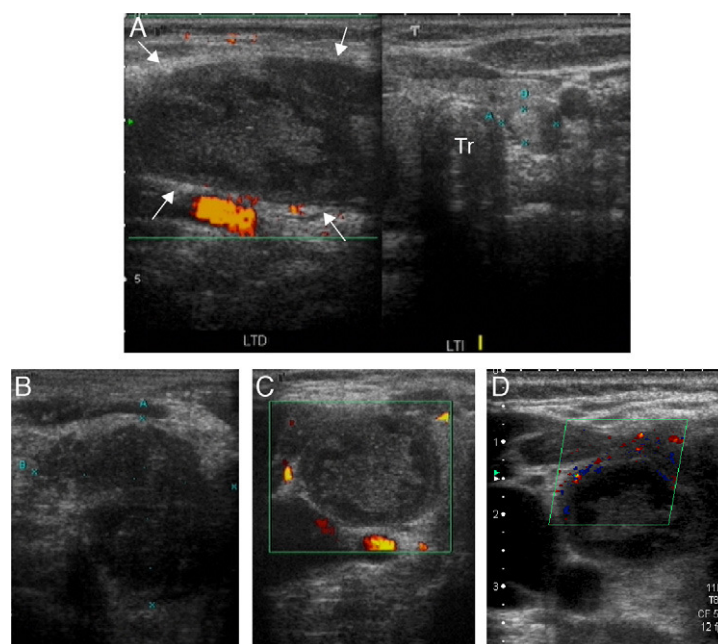
En urgencias se decide proceder al drenaje quirúrgico por parte de Cirugía torácica, hallándose en el cultivo del exudado un *Staphylococcus Aureus* sensible a oxacilina. De igual manera, 2 cultivos de sangre periférica fueron positivos para el mismo germen, por lo que se sustituyó la antibioterapia inicial con vancomicina por cloxacilina.

Se solicitó TAC abdominal y gammagrafía ósea para determinar origen o embolismos sépticos de microorganismo, que resultaron negativos.

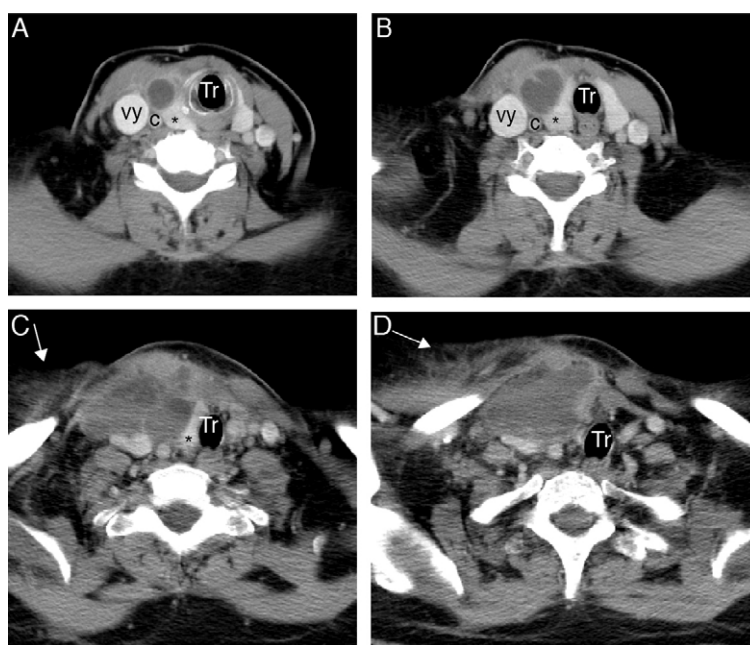
En el momento actual la paciente queda pendiente de ser evaluada por el nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo, pero se encuentra asintomática.

La infección de la glándula tiroides, suele deberse a la extensión directa de un proceso infeccioso desarrollado en una fístula interna de los senos piriformes<sup>4</sup>. Dichos senos representan el curso de la migración del último arco branquial desde el sitio de su origen embrionario en la quinta bolsa faríngea. Este tipo de fístula se extiende desde la faringe hasta la cápsula de la glándula tiroides y es casi siempre izquierda, hallándose muy frecuentemente en niños con tiroiditis purulenta recurrente.

Otras vías a través de las que dicha glándula puede resultar infectada incluyen la presencia de un remanente del conducto tirogloso, la propagación hematógena<sup>5</sup>, la extensión directa desde un sitio adyacente, perforación del esófago o tras una punción del tiroides con aguja fina<sup>6</sup>. En los casos descritos de adultos con tiroiditis supurativa es un hallazgo común la existencia de bocio multinodular o adenomatoso. En otras series de adultos, aproximadamente una cuarta parte de los pacientes eran inmunocomprometidos<sup>7</sup>, la mitad de ellos infectados por VIH, en los que se encuentran más infecciones micóticas.



**Figura 1** ECOGRAFÍA CERVICAL: A) Estudio panorámico del tiroides, con sumación de imágenes, donde se observa un aumento de tamaño de la glándula a expensas del lóbulo derecho (LTD), mostrando una alteración de la ecoestructura con una lesión nodular, sólida, hipoeoica, que parece infiltrar planos musculares cervicales (*flechas blancas*). Así mismo se observa un nódulo isoecoico en lóbulo izquierdo (LTI). Tr: tráquea. B, C y D) Modo B, Doppler Power y Doppler Color. Detalle de la masa hipoeoica, con unas medidas aproximadas de 50 × 37 mm, con ausencia de vascularización interna, pero discreta vascularización periférica.



**Figura 2** Imágenes axiales de TC tras la administración de contraste yodado endovenoso. A y B) Ocupación del espacio cervical derecho por masa de densidad quística, de contornos mal definidos, en íntima relación con el lóbulo tiroideo derecho (\*), y que presenta una captación heterogénea del medio de contraste, con realce periférico. C y D) Rarefacción de la grasa de los planos cervicales con extensión del proceso a la región pectoral derecha, donde se observa un engrosamiento del músculo pectoral mayor (*flechas*). Esta masa condiciona un desplazamiento de la tráquea hacia la izquierda, y de los troncos supraaórticos derechos posteriormente. (c: arteria carótida derecha; Tr: tráquea; vy: vena yugular derecha).

En nuestra paciente se constató un foco infeccioso extendido de forma hematogena sin origen aparente alguno tras el estudio de extensión.

Prácticamente cualquier bacteria puede infectar la tiroides<sup>8</sup>: Neumococo, Salmonella, Klebsiella, Bacteroides, Treponema pallidum, Pasteurella spp. y micobacterias. Existen organismos que pueden causar infección crónica o insidiosa, especialmente en pacientes con enfermedad por VIH, entre ellos el Mycobacterium tuberculosis, micobacterias atípicas, Aspergillus spp., Coccidioides immitis, Cryptococcus neoformans, Histoplasma capsulatum, Candida spp., Treponema pallidum, Equinococcus spp. y Pneumocystis carinii.

El síntoma clínico dominante es el dolor en la región de la glándula tiroides, que posteriormente aumenta de tamaño y temperatura. Nuestra paciente también refería disfagia, aunque otros síntomas como ronquera, dolor de garganta o disfonía<sup>9</sup>, no estaban presentes. Tampoco presentaba linfadenopatías locales. Este tipo de presentación obliga a descartar la posibilidad de un proceso neoplásico. Como ocurrió en nuestro caso suele presentarse más comúnmente en otoño e invierno, por lo general después de las infecciones del tracto respiratorio superior.

El análisis de la función tiroidea no mostró alteración, como es habitual en los casos de tiroiditis piógena.

La realización de una ecografía de la glándula tiroides para la punción aspirado con aguja fina es la técnica de imagen de elección inicial para el diagnóstico.

Una tomografía computarizada puede ser útil en la identificación de la ubicación del absceso, pero esto es necesario solo en situaciones excepcionales.

El tratamiento debe iniciarse con antibioterapia de amplio espectro empírica por vía parenteral basada en la sospecha diagnóstica tras el radiodiagnóstico<sup>10</sup>. Se procederá a la exploración quirúrgica en todos aquellos casos en los que se objetive alteraciones anatómicas tales como fístulas del seno piriforme o presencia de un conducto tirogloso remanente. El drenaje quirúrgico se debe llevar a cabo siempre que las pruebas de imagen muestren la presencia de un absceso o formación de gas intraglandular. Si se desarrolla necrosis, o la infección persiste pese a una adecuada antibioterapia, será preciso una lobectomía tiroidea<sup>3</sup>.

Aunque para el tratamiento de la tiroiditis piógena únicamente son necesarios 14 días de antibioterapia, se recomienda prolongar la misma hasta 4 semanas cuando hay bacteriemia.

En conclusión, la tiroiditis piógena es una patología muy infrecuente que suele aparecer sobre tiroides patológicas, fístulas del seno piriforme y, especialmente, en niños o pacientes inmunodeprimidos. Nuestro caso no cumplía ninguna de estas características lo que lo hace aún más inusual.

## Bibliografía

1. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. Tiroiditis aguda supurada en un paciente pediátrico. N Engl J Med. 2004;132:219–22.
2. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N Infectious diseases of the thyroid gland. Rev Infect Dis. 1983;5:108–22.
3. Shah SS, Baum SG. Diagnosis and Management of infectious thyroiditis. Curr Infect Dis Rep. 2000;2:147–53.
4. Miyauchi A, Matsuzuka F, Kuma K, Takai S. Piriform sinus fistula: an underlying abnormality common in patients with acute suppurative thyroiditis. World J Surg. 1990;400–5.
5. Susković T, Vucicević Z. Dept. of Internal Medicine, Sestre milosrdnice University Hospital, Zagreb, Croatia. Infection Acute suppurative thyroiditis caused by Salmonella enteritidis. 1995;23:180–1.
6. Nishihara E, Miyauchi A, Matsuzuka F, Sakai I, Ohye H, Kubota S, et al. Acute suppurative thyroiditis after fine-needle aspiration causing thyrotoxicosis. Thyroid. 2005;15:1183–7.
7. Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, editores. Williams Textbook of Endocrinology. 10th ed. Philadelphia, PA: WB. Saunders; 2003. p. 1303–71.
8. Tien KJ, Chen TC, Hsieh MC, Hsu SC, Hsiao JY, Shin SJ, et al. Acute suppurative thyroiditis with deep neck infection: a case report. 2007;17:467–9.
9. Giadrosich V, Hernandez MI, Izquierdo C, Zamora B. Tiroiditis aguda supurada en un paciente pediátrico, rev med chile;2004;132:219–22.
10. Brook I. Microbiology and management of acute suppurative thyroiditis in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67:447–51.

Susana Barbero Alonso\*, Juan Carlos Ferrer García, Carlos Sánchez Juan, José Galbis Carvajal y Alfonso González Cruz

*Servicio de Medicina Interna, Hospital General de Valencia, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [susimas@hotmail.com](mailto:susimas@hotmail.com) (S. Barbero Alonso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2012.02.011>

## Neurohypophyseal germinoma: hCG in cerebrospinal fluid as a key for a diagnostic challenge

### Germinomas neurohipofisarios: hCG en líquido cefalorraquídeo como pieza clave para un reto diagnóstico

Neurohypophyseal germinomas are rare neoplasms, with slow growth and variable clinical presentation that

occasionally complicate their diagnosis in the early stages of the disease. Although the determination of human chorionic gonadotropin (hCG) in serum and cerebrospinal fluid (CSF) may help, definitive diagnosis of these tumors is determined by the histopathological findings. We present two new cases of germinomas with special features that delayed their diagnosis for several years, and a review of the literature on this pathology.

A 14-year-old boy was referred to our department because he presented growth arrest for the previous two years. Seven years before he had been evaluated for an