

elección en pacientes con contraindicación quirúrgica e incluso como tratamiento de primera elección, aunque esto debe ser confirmado con estudios controlados¹¹.

Joaquín Miquel, Luis A. Gil-Grande,
Antonio Retamar^a, Fernando García-
Hoz, David del Pozo y Elena Peña.
Servicio Gastroenterología y ^aRadiología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Bibliografía

1. Hidalgo M, Esteve N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7.453 casos. Rev Esp Enf Ap Dig 1987; 71: 103-109.
2. Gil Grande LA, De la Serna C. Situación actual del tratamiento médico de la hidatidosis abdominal (*Echinococcus granulosus*). Gastroenterol Hepatol 1997; 20: 366-369.
3. Luchi S, Vincenti A, Messina F, Parenti M, Scasso A, Campetelli A. Albendazole treatment of human hydatid tissue. Scandinavian J Infect Dis 1997; 29: 165-167.
4. Aggarwal P, Wali JP. Albendazole in the treatment of pulmonary hidatidosis. Thorax 1991; 46: 599-600.
5. Gil Grande LA, Rodríguez Caabeiro F, Prieto J, Sánchez Ruano JJ, Brasa C, Aguilar L, et al. Randomised controlled trial of efficacy of albendazole in intraabdominal hydatid disease. Lancet 1993; 342: 1.269-1.272.
6. Todorov J, Vutova K, Mechkov G, Georgiev P, Petkov D, Tonchev Z, et al. Chemotherapy of human cystic echinococcosis. Comparative efficacy of mebendazole and albendazole. Ann Trop Med Parasitol 1992; 86: 59-66.
7. King CH, Mahmoud AA. Drugs five years later: Praziquantel. Annals of Internal Medicine 1989; 110: 290-296.
8. Morris DL, Richards KS, Chinnery JB. Protozoicidal effect of Praziquantel in vivo and electron microscopic studies on *E. granulosus*. J Antimicrob Chemother 1986; 18: 687-691.
9. Redzic B, Radulovic, Stankovic W, Redzic-Rusko Z. Praziquantel in the treatment of human Echinococcosis. Vojnosanit Pregl 1995; 52(2): 155-159.
10. Taylor DH, Morris DL, Richards KS. Combination chemotherapy of *E. granulosus* in vitro studies. Trans RS Trop Med Hyg 1988; 82: 503-512.
11. Taylor DH, Morris DL. Combination chemotherapy is more effective in postspillage prophylaxis for hydatid disease than either albendazole or praziquantel alone. Br J Surg 1989; 76: 954.

Tiroiditis supurada por *Haemophilus influenzae*

Sr. Director. La tiroiditis supurada es un proceso infeccioso infrecuente debido a la resistencia de la glándula tiroidea a las infecciones bacterianas atribuido a su encapsulamiento, alta vascularización, drenaje linfático y alto contenido en yodo¹. La infección alcanza el tiroides, bien por

vía hematogena, en infecciones a distancia, o a través del sistema linfático, como resultado de infecciones locales. Se han descrito como fuentes de infección, fistulas y persistencia del conducto tireogloso². Son los estafilococos y estreptococos los microorganismos más frecuentemente implicados, aunque se han descrito casos de infección por *Escherichia coli*, *Hemophilus influenzae* y *Klebsiella* spp.¹⁻³ Presentamos un caso de tiroiditis supurada por *H. influenzae*.

Mujer de 66 años sin antecedentes de interés. Refería molestias en garganta de una semana de evolución asociándose a tumoración cervical dolorosa con disfonía, disfagia y fiebre desde hace 5 días. La exploración física mostró una temperatura de 39 °C mientras que el resto de las constantes vitales eran normales.

En la exploración se objetivaba una tumoración blanda fluctuante y dolorosa en lóbulo tiroideo izquierdo con enrojecimiento local y signos flogóticos sin adenopatías lateroecervicales.

En cuanto a la analítica, leucocitos: 17.000/mm³ (segmentados 85%, linfocitos 7%, monocitos 8%); velocidad de sedimentación globular a la primera hora 40 mm; hormonas tiroideas normales, anticuerpos antitiroideos negativos. En la ecografía tiroidea se visualizaba un lóbulo tiroideo izquierdo aumentado de tamaño, con calcificaciones, y una colección líquida localizada en porción anterosuperior del lóbulo tiroideo izquierdo con múltiples imágenes de burbujas aéreas en su interior con una prolongación por la cara medial. El esofagograma era normal.

Se realizó punción-aspiración con aguja fina extrayéndose 5 cc. de líquido purulento, posteriormente se procedió a drenaje quirúrgico del absceso, obteniéndose 30 cc de pus, se inició tratamiento con levofloxacino 500 mg/día. El estudio del líquido mostró la presencia de múltiples polimorfonucleares, no se observaron microorganismos en la tinción de Gram. Posteriormente la muestra se sembró en agar sangre, agar MacConkey, caldo de tioglicolato, agar chocolate poli vitex, agar *Brucella* y agar BBE amikacina, estos dos últimos en atmósfera anaerobia. El resultado fue un aislamiento puro y abundante de un cocobacilo gramnegativo que creció exclusivamente en agar chocolate poli vitex que fue identificado mediante la prueba de requerimiento de factores V y X (discos impregnados) y bioquímicamente mediante api NH (bioMerieux) como *H. influenzae*. No se realizó identificación de

Figura 2 (A, B, C). Tras tratamiento combinado con albendazol y praziquantel la tomografía axial computarizada mostró franca mejoría de las lesiones, especialmente las del lóbulo superior izquierdo (A) y derecho (B).

luar por las distintas dosis, duración y pautas de tratamiento empleadas en los estudios publicados. En los últimos años se ha visto que su administración combinada con mebendazol, y sobre todo con albendazol, obtiene mejores resultados que el uso de ambos fármacos por separado, tanto *in vitro*⁹ como en estudios animales¹⁰.

En nuestro caso el tratamiento combinado con albendazol y praziquantel mostró una eficacia claramente superior a la monoterapia con albendazol, objetivada por la disminución evidente del número y tamaño de los quistes pulmonares. Los mecanismos de acción de los dos fármacos son probablemente complementarios, y quizás sinérgicos: el albendazol tendría una mayor actividad sobre la membrana quística⁵ y el praziquantel sumaría su mayor efecto escolicida al del albendazol⁷⁻⁹.

Dada la buena tolerancia del praziquantel⁷, es probable que la terapia combinada (praziquantel más albendazol) sea la pauta terapéutica de

serotipo. Se realizó antibiograma por método de difusión en agar en el medio HTM (ampicilina:resistente; cotrimoxazol:resistente; amoxicilina-clavulánico:sensible; cefotaxima:sensible; Azitromicina:sensible; ciprofloxacino:sensible). La paciente continuó el tratamiento con levofloxacino 500 mg/ día durante 15 días, obteniéndose la resolución del proceso.

La tiroiditis supurada es un proceso que puede ocurrir a cualquier edad, aunque es más frecuente en mujeres (53%-65%) entre los 20 y 40 años^{2,4-5}. Un 50% de los pacientes presentan antecedentes de bocio, siendo el lóbulo izquierdo (85%) en el que asientan la mayor parte de los abscesos, ya que la presencia de trayecto fistuloso congénito entre el seno piri-forme izquierdo y dicho lóbulo es la condición predisponente más común^{6,7}. En nuestro caso el estudio baritado descartó dicha circunstancia. Clínicamente se caracteriza por dolor en región cervical anterior, tumefacción, fiebre y disfagia. Un 80% de los pacientes presentan eritema cutáneo en zona tiroidea y/o disfonía. Antecedentes de faringitis o faringodinia son referidas hasta en un 70% de los casos⁵. El diagnóstico

se realiza mediante punción-aspiración de la lesión y posterior cultivo para identificación del microorganismo¹⁻⁶. Son las bacterias grampositivas (76%), las principales causantes de la tiroiditis supurada. *H. influenzae* es un microorganismo infrecuente en la producción de la misma, así Berger et al. describen en su revisión de 224 casos de infecciones tiroideas notificadas desde 1900, 85 pacientes con cultivos del pus o de tejido tiroideo positivos y de éstos únicamente 2 presentaban infección por *H. influenzae*. Del mismo modo Rich et al describen 2 casos de tiroiditis supuradas por *H. influenzae* en pacientes pediátricos de un total de 60 tiroiditis supuradas^{4,8-10}.

El tratamiento incluye antibioterapia y/o drenaje de la lesión que puede ser quirúrgico o por punción aspiración, tras la resolución no existe alteración tiroidea residual⁶.

Juan Martí, Antonio Alonso, Luis Elorduy, Luis Mutio y Javier Martín Arregui.
Servicio de Medicina Interna,
Microbiología y otorrinolaringología

Bibliografía

1. Singh SK, Agrawal JK, Kumar M, Shukla HS. Fine needle aspiration cytology in the management of acute suppurative thyroiditis. ENT journal 1994; 73: 415-417.
2. Singer PA. Thyroiditis, acute subacute and chronic. Med Clin North Am 1991; 75: 61-78.
3. Ducable G, Caillet J, Wattlelet J, Testart J, Winckler C. Dyspnée aiguë par thyroidite aiguë suppurée. Anesth Anal. Réan 1979; 36: 347-349.
4. Jeng L-BB, Lin J-D, Chen M-F. Acute suppurative thyroiditis; A ten year review in a taiwanese hospital. Scan J Infect Dis 1994; 26: 297-300.
5. Moffa F, Lanfranco G, Volante M, Papotti M, Nano M. La tiroidite acuta suppurativa. Presentazione di un caso e revisione della letteratura. Minerva Chi 1996; 51: 745-749.
6. Giron JA, Guerrero F, Téllez F. Tiroiditis. Medicina 2000; 8: 895-902.
7. Szabo SM, Allen DB. Thyroiditis. Differentiation of acute suppurative and subacute. Case report and review of the literature. Clin Ped 1989; 28: 171-174.
8. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N. Infectious disease of the thyroid gland. Rev Infect Dis 1983; 5: 108-122.
9. Rich EJ, Mendelman PM. Acute suppurative thyroiditis in pediatric patients. Pediatr Infect Dis J 1987; 6: 936-940.
10. Alsever RN, Stiver HG, Dinerman N. Haemophilus influenzae pericarditis and empyema with thyroiditis in an adult. JAMA 1974; 230: 1.426-1.427.