



PRESENTACIÓN DE CASO

Tiroiditis supurativa aguda con absceso tiroideo. A propósito de un caso

Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess. A case report

José Roberto Mura-Guastella, MD¹ , Eladio Marcelo Samudio-Scavone, MD² ,
Pablo Enrique Schaerer-Elizeche, MD² , Michelle Natascha Feltes-Escurra, MD³ 

- 1 Servicio de Cirugía General, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay.
- 2 Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción, Paraguay.
- 3 Programa de especialización en Cirugía general, Harlem Hospital Center, Columbia University, New York, Estados Unidos.

Resumen

Introducción. La glándula tiroides, a pesar de su anatomía y diversos mecanismos de defensa, en algunos casos, que constituyen menos del 1 % de las patologías tiroideas, puede desarrollar cuadros de tiroiditis, causados por infecciones, lesiones autoinmunes o iatrogénicas. Las infecciones bacterianas pueden desencadenar en consecuencia, una crisis tiroidea o sepsis. Los métodos comunes de diagnóstico incluyen la ecografía, la tomografía y la punción. El tratamiento implica antibioticoterapia, drenaje y, en casos persistentes, tiroidectomía. La falta de tratamiento puede llevar a complicaciones por la destrucción glandular, hasta el hipotiroidismo permanente.

Caso clínico. Hombre de 74 años con historial de bocio multinodular, quien consultó por dolor cervical súbito, disfagia, disnea y disfonía. El examen físico y las imágenes revelaron una tumoración de la glándula tiroides, necrosis cutánea y colección purulenta en un lóbulo tiroideo.

Resultado. Se sometió el paciente a tiroidectomía total. Se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a vancomicina. Se discontinuaron los antibióticos al quinto día por indicación de Infectología y tras una buena evolución, el paciente fue dado de alta.

Conclusión. La tiroiditis supurativa aguda es una entidad rara en la era antibiótica moderna, que puede presentar desafíos diagnósticos en establecimientos con recursos limitados para la atención médica. Representa solo el 1 % de las patologías tiroideas quirúrgicas. Su tratamiento consiste en antibioticoterapia, drenaje y cirugía en algunos casos. En centros especializados, el drenaje con guía ecográfica arroja resultados excelentes. Aunque la lobectomía o la tiroidectomía total son efectivas, no es el manejo de elección.

Palabras clave: enfermedades de la tiroides; tiroiditis supurativa; absceso; crisis tiroidea; drenaje; tiroidectomía.

Fecha de recibido: 15/02/2024 - Fecha de aceptación: 30/05/2024 - Publicación en línea: 19/11/2024

Correspondencia: Marcelo Samudio, Jacaranda casi las Guindas, San Lorenzo, Paraguay. Teléfono: +1 347 439 2322. Dirección electrónica: marcesasca@gmail.com

Citar como: Mura-Guastella JR, Samudio-Scavone EM, Schaerer-Elizeche PE, Feltes-Escurra MN. Tiroiditis supurativa aguda con absceso tiroideo. A propósito de un caso. Rev Colomb Cir. 2025;40:800-7. <https://doi.org/10.30944/20117582.2553>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. The thyroid gland despite its anatomy and various defense mechanisms, in some cases, which constitute less than 1% of thyroid pathologies, can develop thyroiditis, caused by infections, autoimmune or iatrogenic injuries. Bacterial infections can consequently trigger a thyroid crisis or sepsis. Common diagnostic methods include ultrasound, CT scan and FNA. Treatment involves antibiotics, drainage and, in persistent cases, thyroidectomy. Lack of treatment can lead to complications due to glandular destruction, up to permanent hypothyroidism.

Clinical case. A 74-year-old man with a history of multinodular goiter, consulted for sudden neck pain, dysphagia, dyspnea, and dysphonia. Physical examination and imaging revealed a thyroid gland tumor, skin necrosis, and purulent collection in one thyroid lobe.

Results. The patient underwent total thyroidectomy. *Staphylococcus aureus* vancomycin-sensitive was isolated. Antibiotics were discontinued on the fifth day due to Infectious Disease indications and after a good evolution, the patient was discharged.

Conclusion. Acute suppurative thyroiditis is a rare entity in the modern antibiotic era, which can present diagnostic challenges in facilities with limited healthcare resources. It represents only 1% of surgical thyroid pathologies. Its treatment consists of antibiotic therapy, drainage and surgery in some cases. In specialized centers, ultrasound-guided drainage yields excellent results. Although lobectomy or total thyroidectomy are effective, it is not the management of choice.

Keywords: thyroid diseases; suppurative thyroiditis; abscess; thyroid crisis; drainage; thyroidectomy.

Introducción

La glándula tiroides posee unos mecanismos de defensa particulares, que la convierten en un órgano único. Su alto suministro sanguíneo, la cápsula fibrosa, su extensa red linfática y el alto contenido de yodo la hacen poco susceptible a las infecciones. La tiroiditis supurativa aguda (TSA) es una enfermedad rara que representa menos del 1 % de todas las patologías tiroideas. Es más frecuente en la población pediátrica y solo el 8 % de los casos se presentan en adultos¹.

El término tiroiditis refleja una inflamación aguda de la glándula tiroides y se clasifica en tres grandes grupos: aguda, subaguda y crónica. La TSA podría estar predispuesta por enfermedades como la tiroiditis de Hashimoto, la tiroiditis posparto, la inducida por fármacos, la fibrosis idiopática o las infecciones sistémicas de origen bacteriano. La TSA frecuentemente se ve en niños con anomalías congénitas de la propia glándula, o en personas con edad avanzada o enfermedades crónicas que inmuno-comprometen al paciente. Pero sin duda, como lo reportaron por Menegaux F, et al.², el bocio multinodular y el cáncer de tiroides son los factores

predisponentes al desarrollo de TSA en adultos. También se han reportado casos de TSA iatrogénica tras punción aspirativa con aguja fina (PAAF)³.

Estas infecciones en su mayoría son de origen bacteriano, siendo los cocos Gram positivos (*Staphylococcus* o *Streptococcus*) los principales causantes, dejando un escaso porcentaje a micobacterias y virus como agentes causales. El principal método de entrada o fuente de contaminación se da por vía hematológica en los adultos y por anomalías congénitas, como la fístula del seno piriforme, en los niños¹.

Las complicaciones de las TSA pueden variar desde una tormenta tiroidea o una obstrucción de la vía aérea, hasta la trombosis de la vena yugular interna, con sepsis generalizada en los casos más graves. La mortalidad asociada a esta enfermedad puede ascender a un 12 % en los casos no tratados³.

El objetivo de este artículo fue presentar el caso de un paciente con tiroiditis supurativa aguda y absceso tiroideo, tratado en el Instituto de Previsión Social de Paraguay, y revisar la literatura al respecto.

Caso clínico

Paciente masculino de 74 años, exfumador y consumidor de alcohol ocasional, con antecedentes de cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus y bocio multinodular hacía 15 años, quien acudió al servicio de urgencias refiriendo un cuadro de 10 días de evolución de dolor localizado en región cervical, de inicio brusco, que fue aumentado de intensidad, acompañado de cambios inflamatorios locales como rubor y calor, asociado a disfagia moderada, disnea y disfonía.

Los signos vitales al ingreso fueron presión arterial (PA) de 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) en 62 latidos por minuto, frecuencia

respiratoria (FR) de 20 respiraciones por minuto y temperatura de 36,5°C. Al examen físico del cuello (Figura 1) se constató un importante aumento de la glándula tiroides, con predominio del lado derecho, con eritema, calor y tensión de la piel, además de un pequeño orificio con salida de material purulento y necrosis adyacente; no se palparon adenopatías locorregionales. Posteriormente, el cultivo reportó *Staphylococcus aureus* sensible a vancomicina y oxacilina.

En los laboratorios de ingreso había leucocitos en sangre de $8000 \times 10^3/\text{ul}$, con neutrófilos de 70 %, hemoglobina de 13,3 g/dl, proteína C reactiva (PCR) aumentada ($>20 \text{ mg/dL}$), perfil



Figura 1. Aspecto prequirúrgico de la lesión, gran aumento del lado derecho del cuello, con orificios de salida de material purulento por la piel.

Fuente: Fotografía tomada por los autores.

renal y hepático sin alteraciones y hormonas tiroideas en rangos normales (TSH: 2,97 nmol/L; T4 libre: 12,09 nmol/L; T3 libre: 813 pg/dL). La ecografía tiroidea confirmó un aumento importante de la glándula tiroides, con predominio del lado derecho, con una imagen nodular de paredes gruesas y contenido líquido (<10 ml) y adenopatías locorregionales de aspecto inflamatorio. Se hizo punción aspirativa con aguja fina del nódulo

sólido de menor tamaño adyacente a la colección, resultando Bethesda II.

La tomografía computarizada (TC) con contraste endovenoso (Figura 2) mostró una gran lesión nodular del lóbulo derecho de la glándula tiroides, de 5 x 6 cm, de paredes gruesas, con líquido en su interior, que aparentemente no infiltraba los tejidos adyacentes, y un lóbulo izquierdo con imágenes nodulares múltiples.

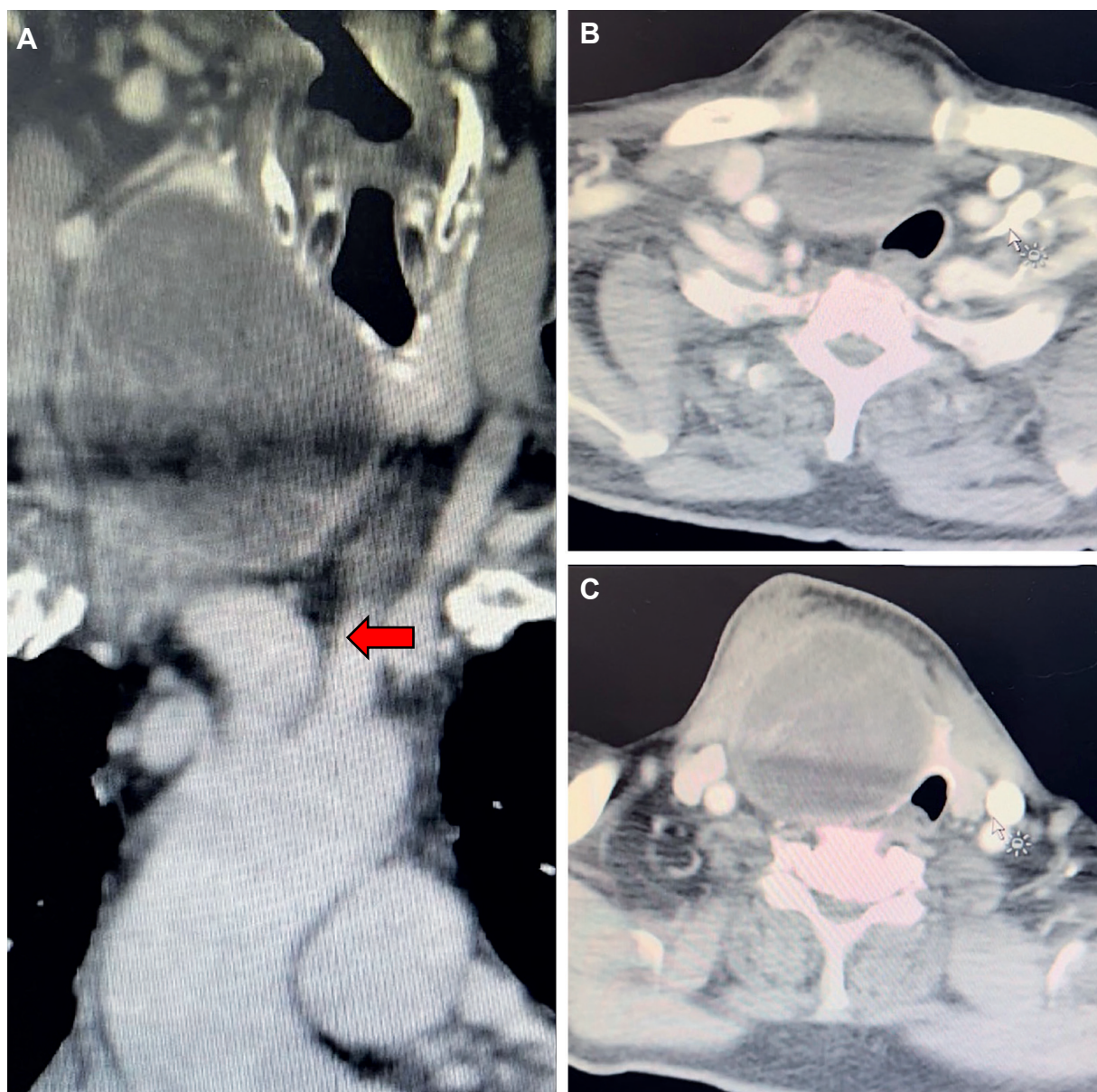


Figura 2. Imágenes tomográficas del paciente. A. Corte tomográfico demostrando ligera proyección endotorácica e íntimo contacto con la tráquea y grandes vasos, con esto se demuestra la capacidad de fistulización a diferentes órganos (flecha roja). B y C. Imagen tomográfica con doble contraste mostrando lóbulo derecho de la tiroides con lesión quística conteniendo pus en su interior, edema de la región cutánea (flecha blanca).

Fuente: fotografías tomadas por los autores.

Se llevó el paciente a cirugía para tiroidectomía total mediante una incisión de Kocher ampliada. El lóbulo derecho y el tejido inflamatorio periglandular dificultaban la visualización del nervio laríngeo recurrente, pero se pudo conservar la integridad del nervio, previniendo así la contaminación del campo operatorio.

Con una disección cuidadosa se permitió llevar el procedimiento a resultados satisfactorios. Debido a la necrosis de la piel, con la necesidad de resección de la piel comprometida, se realizaron incisiones de descargas mínimas para un pequeño colgajo de avance (Figura 3). Se dejó un drenaje aspirativo tipo Jackson-Pratt.

El espécimen quirúrgico (Figura 4) fue enviado a anatomía patológica, donde reportaron parénquima tiroideo con marcada fibrosis e hialinización, con extensas áreas de necrosis, asociada a severo

infiltrado inflamatorio agudo y crónico, con formación de microabscesos que reemplazaban el 90 % de la glándula, además de células gigantes multinucleadas de tipo reacción a cuerpo extraño, sin características de proceso neoplásico maligno en el material examinado.

Se discontinuaron los antibióticos al quinto día por indicación de infectología y tras una buena evolución, el paciente fue dado de alta.

Discusión

Síntomas y signos

Aunque algunos casos son asintomáticos, en la mayoría de los pacientes predominan los síntomas locales con cambios inflamatorios, como calor, rubor y dolor en la región tiroidea, además de fiebre, disfagia u odinofagia y limitación de



Figura 3. Aspecto posoperatorio final.

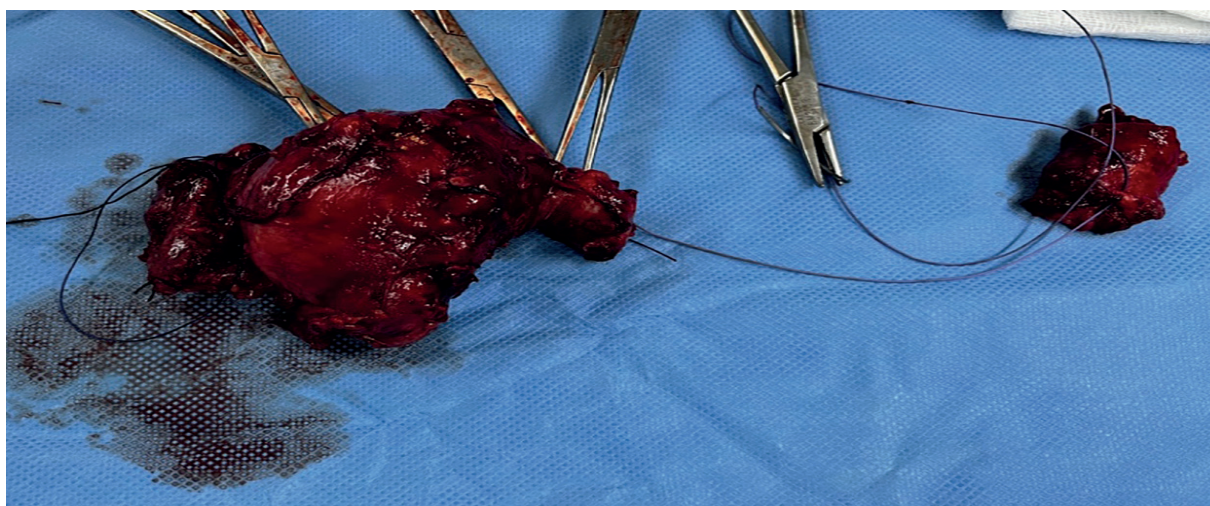


Figura 4. Pieza quirúrgica, se constató abundante fibrosis y material fibrinopurulento, lóbulo derecho del tiroides con gran masa quística en su interior.

Fuente: fotografía tomada por los autores.

los movimientos del cuello. En algunos pacientes, como el nuestro, la colección busca salida hacia el exterior. Las linfadenopatías locales están presentes en la mayoría de los casos, tanto en su forma inicial como en la tardía. La tirotoxicosis es rara, y su desarrollo se debe a la liberación indiscriminada de hormonas T3 - T4, producto de la destrucción del tirocito⁴. También puede haber manifestaciones propias de la septicemia.

Exámenes de laboratorio

Con respecto a los análisis de laboratorio, los reactantes de fase aguda, como la velocidad de eritrosedimentación (VSG) o la proteína C reactiva (PCR), son útiles en el diagnóstico, pues se presentan alterados, como se observó en nuestro paciente. La hormona estimulante de tiroides (TSH) deberá ser solicitada en pacientes con sospechas de hiper o hipotiroidismo, además de los anticuerpos antitiroideos en los casos de tiroiditis, que pueden estar positivos en esta patología³.

La punción aspirativa con aguja fina (PAAF), además de clasificar los nódulos tiroideos, es de ayuda en el diagnóstico de esta enfermedad al agregar una tinción de Gram, para confirmación en las infecciones de origen bacteriano². Algunos

de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son la hemorragia intratiroidea, la tirotoxicosis por amiodarona, el infarto de un nódulo tiroideo o los cánceres de crecimiento acelerado⁵.

Imágenes diagnósticas

La ecografía tiroidea juega un papel fundamental en el diagnóstico oportuno de TSA, debido a su capacidad de visualizar el parénquima tiroideo inflamatorio o las lesiones nodulares, sólidas o quísticas con colecciones relacionadas. También facilita el tratamiento mediante los drenajes dirigidos¹.

La tomografía computarizada con contraste es otro método de imagen que ayuda al diagnóstico puesto que delimita la extensión de la lesión y puede cuantificar las colecciones y sus relaciones anatómicas, permitiendo determinar el mejor tratamiento. En nuestro caso, la tomografía con contraste fue clave para hacer el diagnóstico debido a los escasos síntomas que manifestaba el paciente, lo que llevó a sospechar una patología maligna y la existencia de un bocio multinodular.

Una de las anomalías congénitas más frecuentemente halladas en las (TSA) es la fístula de seno piriforme. Miyauchi estudió la relación

entre el lóbulo izquierdo del tiroides y la fístula del seno piriforme en un estudio en el cual, de 139 pacientes en su mayoría pediátricos, 135 casos presentaron relación con el lóbulo izquierdo del tiroides⁶. Por esa razón, en la ecografía o la tomografía se debe buscar esta anomalía congénita; sin embargo, en algunos casos solo con un esofagograma contrastado o una endoscopia digestiva se puede comprobar la existencia de esta lesión⁷.

Tratamiento

El tratamiento debe ser ajustado a las condiciones del paciente. Las claves del tratamiento consisten en el diagnóstico temprano, la antibioterapia empírica y el drenaje oportuno. Los abscesos tiroideos, donde el *Staphylococcus aureus* es el microorganismo más comúnmente aislado, responden bien al tratamiento con antibioterapia complementaria. El drenaje, como tratamiento menos invasivo, ha sido exitoso en numerosos reportes de casos. Se han observado buenos resultados con los drenajes percutáneos guiados por ecografía, con catéteres de irrigación o antibióticos intracavitarios, pero ante la persistencia, empeoramiento o recurrencia del cuadro, el tratamiento quirúrgico está indicado³.

La tiroidectomía total o subtotal (como la lobectomía) podría significar un desafío quirúrgico debido a la marcada inflamación del tejido periglandular, la alteración de la anatomía de las glándulas paratiroides y el compromiso del nervio laríngeo recurrente, por eso se recomienda que la cirugía sea realizada por cirujanos con mayor experiencia. La indicación de cirugía radical deberá estar ajustada a cada paciente, y el uso de neuromonitoreo podría ayudar en gran medida a la identificación del nervio laríngeo recurrente, que llega a estar rodeado de tejido inflamatorio o fibrosis, aunque la parálisis del nervio es infrecuente⁸.

Cuando la cirugía es inviable por las condiciones del paciente, el drenaje percutáneo guiado por imágenes ayuda a la descompresión de la vía aérea y difiere el tratamiento quirúrgico para cuando las condiciones sean más adecuadas³.

Complicaciones

En caso de que el absceso no sea drenado oportunamente, la infección puede progresar e invadir espacios profundos del cuello o el mediastino. La ruptura del absceso o su fistulización hacia la tráquea, el esófago o los grandes vasos son complicaciones fatales y difíciles de manejar.

Existen algunos casos reportados en la literatura de asociaciones entre tiroiditis agudas y complicaciones vasculares, conocida como síndrome de Lemierre. Esta complicación puede desencadenar trombos sépticos, con destino a órganos vitales como el corazón o pulmón. Rojas W, et al.⁹, mencionaron un caso asociado a una tiroiditis supurativa en Colombia.

La era postantibiótica disminuyó el índice de mortalidad a un 4 %, pero el desconocimiento de la enfermedad y su diagnóstico la hacen aún muy peligrosa. La falta de atención médica de calidad podrían elevar la mortalidad al 12 % o más, sin despreciar el hecho de que sus complicaciones, como la obstrucción de la vía aérea o la sepsis generalizada, podrían dejar secuelas importantes en el paciente¹. En algunos pacientes, la tiroiditis puede llevar a la destrucción de la glándula y ser causa de hipotiroidismo permanente¹⁰.

Es de gran importancia sospechar un absceso tiroideo en un paciente con una masa en el cuello dolorosa, asociada a picos febriles; de esta manera podríamos encaminarnos mejor al diagnóstico¹¹.

Conclusión

El tratamiento antibiótico oportuno y el drenaje resultan maniobras esenciales a la hora de instaurar el tratamiento definitivo. El drenaje guiado por ecografía es una alternativa excelente como tratamiento definitivo. Debido al alto porcentaje de enfermedades tiroideas en nuestra población, es importante tener en cuenta la posibilidad de una TSA, sabiendo que son factores predisponentes. La lobectomía o la tiroidectomía total es más difícil en este campo inflamatorio y debe ser realizada por cirujanos con mayor experiencia. La lesión del nervio laríngeo recurrente o la exclusión de 2 o más paratiroides conllevarían a secuelas

indeseables para los pacientes, por lo cual la cirugía debe estar correctamente indicada, y el uso de tecnologías como la estimulación del NLR o la detección de paratiroides ofrecen ventajas significativas. Por la experiencia de nuestro hospital, es de suma importancia referir al paciente a un centro especializado, evitando demoras innecesarias en el tratamiento. Sería ideal poder realizar en futuros trabajos comparaciones entre los diferentes tipos de tratamiento establecidos y sus resultados finales.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: Se obtuvo el consentimiento informado por parte del paciente para la publicación del caso.

Conflictos de interés: Ninguno de los autores declaró poseer conflictos de intereses.

Uso de Inteligencia Artificial: En la elaboración de este trabajo no se emplearon tecnologías asistidas por inteligencia artificial (IA) como modelos de lenguaje, bots, o creadores de imágenes.

Fuentes de financiación: Financiado por los autores.

Contribuciones de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Eladio Marcelo Samudio-Scavone, José Roberto Mura-Guastella.
- Adquisición de datos: Michelle Natascha Feltes-Escurra, Pablo Enrique Schaerer-Elizeche.
- Análisis e interpretación de datos: Eladio Marcelo Samudio-Scavone, Michelle Natascha Feltes-Escurra.
- Redacción del manuscrito: Eladio Marcelo Samudio-Scavone, Michelle Natascha Feltes-Escurra.
- Revisión crítica: José Roberto Mura-Guastella, Pablo Enrique Schaerer-Elizeche.

Referencias

1. Fariduddin MM, Singh G. Thyroiditis. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555975/>
2. Menegaux F, Biro G, Schatz C, Chigot JP. [Thyroid abscess. A propos of 5 cases]. *Ann Med Interne (Paris)*. 1991;142:99-102.
3. Falhammar H, Wallin G, Calissendorff J. Acute suppurative thyroiditis with thyroid abscess in adults: Clinical presentation, treatment and outcomes. *BMC Endocr Disord*. 2019;19:130. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0458-0>
4. Parmar H, Hashmi M, Ashish R, Patankar T, Castillo M. Acute tuberculous abscess of the thyroid gland. *Australas Radiol*. 2002;46:186-8. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1673.2001.01033.x>
5. Meier DA, Nagle CE. Differential diagnosis of a tender goiter. *J Nucl Med*. 1996;37:1745-7.
6. Miyauchi A. Thyroid gland: A new management algorithm for acute suppurative thyroiditis? *Nat Rev Endocrinol*. 2010;6:424-6. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2010.84>
7. Kim KH, Sung MW, Koh TY, Oh SH, Kim IS. Pyriform sinus fistula: management with chemocauterization of the internal opening. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000;109:452-6. <https://doi.org/10.1177/000348940010900503>
8. Paes JE, Burman KD, Cohen J, Franklyn J, McHenry CR, Shoham S, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: A clinical review and expert opinion. *Thyroid*. 2010;20:247-55. <https://doi.org/10.1089/thy.2008.0146>
9. Rojas W, Tovar H, Vargas JJ, Tous R. Presentación atípica de una tiroiditis supurativa en una paciente inmunocompetente con compromiso vascular (síndrome de Lemierre). *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*. 2019;6:218-27. <https://doi.org/10.53853/encr.6.3.536>
10. Dugar M, da Graca Bandeira A, Bruns J, Som PM. Unilateral hypopharyngitis, cellulitis, and a multinodular goiter: a triad of findings suggestive of acute suppurative thyroiditis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2009;30:1944-6. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A1642>
11. Céspedes C, Duran P, Uribe C, Chahín S, Lema A, Coll M. Thyroid abscess. A case series and literature review. *Endocrinol Nutr*. 2013;60:190-6. <https://doi.org/10.1016/j.endonu.2012.09.001>