

Shock séptico secundario a absceso tiroideo

J.P. DE ROJAS ROMÁN^a, M.A. PRIETO PALOMINO^a, M.S. MARTÍNEZ MARTÍN^b, M. DELGADO AMAYA^a,
F.J. GARCÍA RODRÍGUEZ^a Y R. ARAGONÉS MANZANARES^a

^aServicio de Cuidados Intensivos. Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga. ^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

El absceso tiroideo constituye una entidad infrecuente y es poco habitual que sea causa de un proceso séptico que requiera ingreso en la UCI. Son pocos los casos publicados en la bibliografía, en su mayoría relacionados con focos sépticos primarios o, más frecuentemente, con la persistencia del arco branquial, enfermedad tiroidea o en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos el caso de una paciente con insuficiencia renal crónica y en programa de diálisis peritoneal ambulatoria sin enfermedad tiroidea previa conocida que comenzó con un cuadro séptico y edematización cervical y que evolucionó a un estado de shock séptico.

PALABRAS CLAVE: *enfermedades tiroideas, shock séptico, insuficiencia renal crónica.*

SEPTIC SHOCK SECONDARY TO THYROID ABSCESS

Thyroid abscess is a rare entity and an infrequent cause of a septic process requiring intensive care. Few studies have been published in the literature. The largest series has been published by Berger in relation to primary septic foci or, more frequently, to the persistence of the branchial arch, thyroid disease, or immunocompromised patients. As in all infectious processes, early diagnosis and appropriate treatment reduce severe complications.

Correspondencia: Dr. J.P. de Rojas Román.
Hospital General Universitario Carlos Haya.
Avda. Carlos Haya, s/n. 29010 Málaga. España.

Manuscrito aceptado el 26-II-2003.

We present the case of a woman with chronic renal failure who was undergoing ambulatory peritoneal dialysis. There was no known history of thyroid disease. She presented with sepsis and cervical edematization that progressed to septic shock secondary to thyroid disease and required admission to the intensive care unit.

KEY WORDS: *thyroid disease, septic shock, chronic renal failure.*

INTRODUCCIÓN

El absceso tiroideo constituye una entidad infrecuente y poco habitual como causa de un proceso séptico que requiera cuidados intensivos. Son pocos los casos publicados en la bibliografía, siendo la serie más extensa la publicada por Berger et al¹, en relación con focos sépticos primarios o, más frecuentemente, con la persistencia del arco branquial, enfermedad tiroidea o pacientes inmunodeprimidos. Como en todo cuadro infeccioso, un diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado reducen la prevalencia de complicaciones graves.

Presentamos el caso de una paciente con insuficiencia renal crónica y en programa de diálisis peritoneal ambulatoria, sin enfermedad tiroidea previa conocida, que comenzó con un cuadro séptico y edematización cervical que evolucionó a un estado de shock séptico de origen tiroideo y que precisó ingreso en la UCI.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Se trataba de una mujer de 75 años de edad. Tenía antecedentes de tuberculosis pulmonar antigua que precisó lobectomía superior derecha, insufi-

ciencia renal crónica terminal de etiología no filiada y en programa de diálisis peritoneal ambulatoria en los últimos 5 años. Había presentado varios ingresos recientes por peritonitis bacteriana, aislándose *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* y *Streptococcus agalactiae*, resueltos con antibioterapia. Un año antes del actual ingreso, sufrió una colecistitis que requirió colecistectomía quirúrgica.

La paciente ingresó en el servicio de nefrología de nuestro centro por fiebre, observada en termómetro hasta 39 °C, astenia y anorexia de 7 días de evolución. Refería, en los últimos días, dolor cervical y retroauricular sin masa cervical palpable ni datos destacables en el resto de la exploración. Quedó ingresada ante la sospecha de nueva peritonitis bacteriana. La analítica en el ingreso evidenció una hemoglobina de 9,2 g/dl (hematocrito del 29%) y 17,12 10⁹/l leucocitos con desviación a la izquierda. Las radiografías simples de tórax y abdomen no presentaron anomalías. La analítica de líquido peritoneal mostró 10 células/ l y 0,1 mg/ml de proteínas; los cultivos de líquido peritoneal cursados al ingreso descartaron peritonitis. En el segundo día se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina, cefotaxima y netilmicina. En el perfil tiroideo destacó TSH de 0,09 mg/ml con tiroxina (T₄) de 23,7 mg/ml (hipertiroidismo primario).

Una ecografía cervical practicada en el tercer día de ingreso detectó una zona hipoecogénica de 3,8 3,2 cm en la región posteroinferior del lóbulo izquierdo tiroideo. Ese mismo día se realizó una punción-aspiración con aguja fina de la zona, y se obtuvo material purulento con gran cantidad de polimorfonucleares, que sugería tiroiditis supurada aguda. El cultivo de este material y un nuevo hemocultivo permitieron aislar *E. coli* sensible a la antibioterapia pautada. La mala evolución persistió, por lo que se realizó nueva ecografía de tiroides a los 4 días de la primera, en la que se objetivó un aumento de la cavidad. Ante el aumento de la disnea y la persistencia de la disfonía en las siguientes 24 h se llevó a cabo una tomografía computarizada que evidenció aumento de tamaño de la glándula tiroidea a expensas de lóbulo izquierdo, con compresión y desplazamiento de la luz traqueal debido a la presencia de varias colecciones de paredes engrosadas que captaban contraste, hallazgos compatibles con abscesos tiroideos.

En el octavo día de estancia en planta, la enferma presentó fiebre, tendencia a hipotensión, aumento paulatino del trabajo respiratorio y estridor, y requirió intervención quirúrgica urgente. Se objetivó un gran absceso tiroideo izquierdo con componente mediastínico en el seno del tejido tiroideo lobulado sin signos de mediastinitis. Se procedió a una tiroidectomía completa con preservación del paratiroides y los nervios recurrentes. La paciente presentó inestabilidad hemodinámica con necesidad de vasopresores durante la anestesia, y se decidió su traslado a la UCI.

La paciente permaneció inestable durante las primeras horas tras su ingreso, en estado de shock

séptico, y se inició antibioterapia con piperacilina-tazobactam. A las 12 h de su ingreso en la UCI se procedió a la extubación, por buenos parámetros respiratorios, precisó reintubación inmediata por obstrucción de la vía aérea superior, y se decidió practicar una traqueostomía, que se realizó el mismo día, para lograr el destete a los 3 días del postoperatorio.

Posteriormente la paciente presentó una estabilización progresiva. El cultivo del exudado purulento demostró la existencia de *E. coli* sensible a piperacilina-tazobactam, aminoglucósidos y cefotaxima. Más tarde se le dio el alta a planta de nefrología donde, tras una mejoría inicial, presentó un nuevo cuadro de hipotensión sin respuesta a volumen ni al inicio del tratamiento con imipenem, por lo que falleció en situación de fallo multiorgánico a las 72 h del alta de la UCI. El estudio anatomopatológico reveló la existencia de una cavidad en el lóbulo tiroideo izquierdo, de bordes anfractuosos, mal delimitados, de 3,8 1,7 cm. En sus paredes se observaban restos de un contenido de aspecto necrótico-purulento y color blanquecino (fig. 1). Dicho absceso estaba constituido microscópicamente por abundantes cavidades ocupadas por un infiltrado inflamatorio agudo y crónico, necrosis y, al realizar la tinción de Gram, se observaron grandes bacilos gramnegativos.

COMENTARIO

El absceso tiroideo constituye una entidad clínica de muy rara aparición, lo que lo convierte en un diagnóstico de difícil sospecha. Con una incidencia no recogida en publicaciones, presentamos el único caso filiado en nuestro hospital en los últimos 10 años. Su rareza como entidad se basa en la resistencia natural de esta glándula a la infección, tanto por su morfología encapsulada como por su funcionalidad inmunológica, bien conocida y demostrada experimentalmente por la rica irrigación sanguínea, el drenaje linfático y los efectos bacteriostáticos del yodo².

Algunos de los casos de tiroiditis infecciosa publicados provienen de la persistencia del cuarto arco branquial^{3,5}, infección por contigüidad desde focos

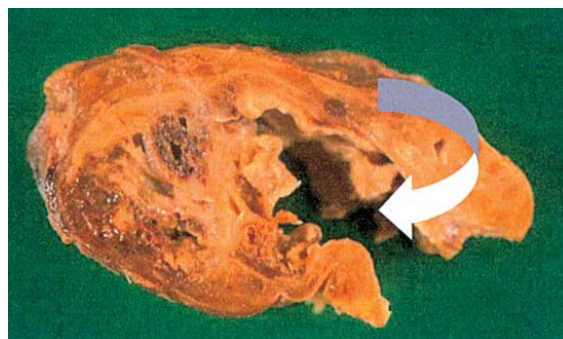


Figura 1. Corte transversal de lóbulo tiroideo izquierdo, en el que se aprecia la cavidad que correspondería al absceso y sus bordes de aspecto esfacelado.

sépticos cercanos⁵, siembra séptica procedente de otro foco primario, complicaciones por iatrogenia⁶ y otros casos aislados⁷. Todos ellos están favorecidos por la enfermedad tiroidea previa y la inmunosupresión^{8,9}. En los últimos años se han descrito casos de abscesos tiroideos producidos por *Pneumocystis carinii* en pacientes inmunodeprimidos^{6,9}.

Nuestra paciente estaba inmunodeprimida con enfermedad renal previa y en diálisis peritoneal, en la que se produjo un cuadro séptico sistémico por probable embolización séptica desde el peritoneo. El microorganismo (*E. coli*) quedó acantonado en una glándula tiroidea con enfermedad previa desconocida, y se diseminó tras su reactivación. Se trata de una complicación excepcional en este tipo de pacientes, y no hemos encontrado descritos casos similares.

La forma de presentación encaja con la clínica descrita en la bibliografía clásica: fiebre, dolor cervical y odinofagia¹⁰. La etiología microbiológica más frecuente es la polimicrobiana, aislándose generalmente *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y otros microorganismos gramnegativos relacionados con la flora orofaríngea. En la analítica destacó la leucocitosis con desviación a la izquierda así como un patrón de hipertiroidismo primario. En cuanto a las pruebas diagnósticas hemos de destacar como método más rentable e inocuo la ecografía, aunque sigue siendo más específica la tomografía computarizada. La gammagrafía constituye un importante arma diagnóstica aunque menos específica que la ecografía.

El tratamiento inicial de la tiroiditis aguda supurada se realiza con antibióticos empíricos. En caso de confirmarse la presencia de un absceso sin deterioro hemodinámico, se considera muy útil y relativamente inocua la combinación de antibióticos con

punción-aspiración guiada por ecografía, y valoración de una posterior tiroidectomía reglada. En caso de sepsis con shock séptico, la tiroidectomía continúa siendo la opción más acertada. En nuestro caso, dada la edad de la paciente, se optó por un tratamiento lo más conservador posible, pasando desde la antibioterapia empírica a la punción y, finalmente, ante el estado séptico, a la tiroidectomía urgente. La causa de muerte se pone en relación con una posible reactivación séptica en una paciente con deterioro multiorgánico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N. Infectious diseases of the thyroid gland. Rev Infect Dis 1983;5:108-22.
2. Womack NA, Cole WH. Normal and pathological repair in the thyroid gland. Arch Surg 1931;23:466-76.
3. Rich EJ, Mendelman PM. Acute suppurative thyroiditis in pediatric patients. Pediatr Infect Dis J 1987;6:936-40.
4. Houghton DJ, Gray HW, McKenzie K. The tender neck: thyroiditis or thyroid abscess? Clin Endocrinol 1998;48:521-4.
5. Pinero E, Illana J, Parrilla P. Absceso tiroideo por fistulización de carcinoma de hipofaringe. Med Clin (Barc) 1999;113:518-9.
6. Browne J, McShane D, Donnelly M. An unusual complication of minitracheostomy. Eur J Anaesthesiol 1999;16:571-3.
7. Echevarría MP, Franco R, Solano D, Landín R, Teira R, Miguel de la Villa F. Tiroiditis aguda supurada y sepsis por *Klebsiella pneumoniae*. Rev Clin Esp 1992;190:458-9.
8. Daás N, Lossos IS, Yahalom V, Rund D, Wolf DG, Zelig O, et al. Candida abscess of the thyroid in patient with acute lymphocytic leukemia. Eur J Medic Res 1997;2:365-6.
9. Martín P, Quereda C, Rodríguez H, Navas E, Fortun J, Messeguer M, et al. Thyroid abscess due to *Rhodococcus equi* in patient infected with HIV. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1998;17:55-7.
10. Quin JD, Gray HW, Baxter JN, Thompson JA. Thyroid abscess complicating subacute thyroiditis: a consequence of steroid therapy? Clin Endocrinol 1992;37:570-1.