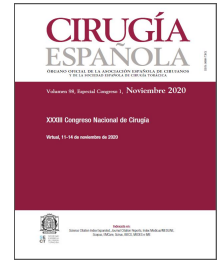




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-567 - ABSCESO TIROIDEO SECUNDARIO A PROSTATITIS AGUDA POR E.COLI, UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

Mendoza Moreno, Fernando; Allaoua, Yousef; Hernández Merlo, Francisco; Marcos Hernández, Ruth; Sánchez Gollarte, Ana; Matías García, Belén; Quiroga Valcárcel, Ana; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Introducción: La tiroiditis supurativa y su evolución a absceso de la glándula tiroidea representa menos del 1% del total de las enfermedades tiroideas. Clásicamente se observan síntomas de dolor cervical, disfagia y odinofagia en el 85% de los pacientes siendo los microorganismos Gram positivos el agente patógeno responsable aislado en la mayoría de los casos. **Objetivo:** describir la forma de presentación de un absceso tiroideo espontáneo secundario a prostatitis aguda por E. coli.

Caso clínico: Varón de 48 años remitido a Urgencias por tumoración cervical derecha de 72 horas de evolución asociado a dolor local y dificultad para la ingesta. Durante su estancia en Urgencias así como los días previos el paciente se mantuvo afebril. Únicamente destacaba la visita a Urgencias 6 días antes por síndrome miccional siendo diagnosticado de prostatitis aguda e iniciado tratamiento con ciprofloxacino (400 mg/12 horas v.o.). A la exploración presentaba una TA de 122/75 mmHg, FC: 90 lpm, SatO₂ del 96% y fiebre de 38 °C. A la exploración física presentaba una tumoración fluctuante en región laterocervical derecha de 50x40 mm aproximadamente. Una fibroscopia y una otoscopia realizadas por el servicio de otorrinolaringología no mostró hallazgos patológicos. La analítica sanguínea mostraba una leucocitosis de 16×10^3 con desviación izquierda, Hb 9,7 g/dl (13,0-18,0), Cr 0,65 mg/dl (0,7-1,3), INR 1,16 (0,90-1,22) y PCR 147 (normal < 5). Se realizó una ecografía cervical que mostraba una lesión redondeada de 66 × 63 × 54 mm dependiente del lóbulo tiroideo derecho con bordes bien definidos, con pared gruesa y contenido ecogénico en su interior. El TAC corroboró los hallazgos ecográficos describiendo el desplazamiento de la vía aérea hacia el lado contralateral. Con el diagnóstico de absceso cervical con compromiso potencial de la vía aérea se indicó cirugía urgente. Bajo anestesia general se procedió a realizar una cervicotomía tipo Kocher. Tras realizar la incisión se identificó el absceso localizado en la celda tiroidea derecha. Se tomó de muestra para cultivo y drenaje del material purulento de la celda tiroidea derecha identificando y no observando lesiones a nivel del esófago cervical. El lóbulo tiroideo derecho presentaba un importante componente inflamatorio en relación directa con el absceso descrito. Se procedió a la realización de una hemitiroidectomía con ligadura del pedículo superior e inferior, con sección de istmo y realizando lavado abundante de la celda tiroidea dejando un drenaje tipo Penrose y la herida parcialmente cerrada. Tras la intervención, el paciente ingresa en UCI para monitorización y seguimiento pudiendo ser extubado sin problemas. El paciente presentó un postoperatorio favorable no precisando ningún drenaje ni intervención quirúrgica adicional. En el cultivo del absceso cervical se aisló un E. coli sensible a ciprofloxacino similar al aislado en el cultivo de orina de la muestra

obtenida días previos.



Conclusiones: El absceso de la glándula tiroidea es una enfermedad infrecuente que debe sospecharse en pacientes con clínica de tumoración cervical anterior y dolor. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico y debe ser realizado de manera precoz evitando complicaciones

derivadas de la compresión de estructuras vecinas como la vía aérea.