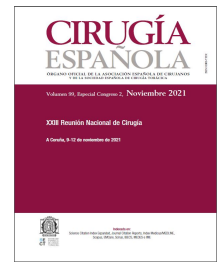




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-058 - ABSCESO TIROIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez de Molina Ramperez, María Luisa; Rihuete Caro, Cristina; Pacheco, Pedro Antonio; García Vasquez, Carlos; de Mingo Martín, Marta; Vieiro Medina, María Victoria; de la Fuente Bartolomé, Marta Beatriz; Jiménez de los Galanes Marchán, Santos Francisco

Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Introducción: Los abscesos tiroideos suponen el 0,1-0,7% de la patología tiroidea, y el 0,29% de los abscesos cervicales. Son más frecuentes en mujeres de 20 a 40 años, izquierdos, aunque hay autores que lo discuten. Las causas más frecuentes son: tiroiditis aguda supurativa, fístula del seno piriforme, infecciones de bacterias anaerobias y gram negativas, tuberculosis, y otras causas como traumatismos, quiste tirogloso, quiste de la hendidura branquial, cáncer tiroideo, fístula esofágica, linfadenitis, quiste hemorrágico tiroideo, fístula tímica e higroma quístico. Presentamos un caso para dar a conocer la patología y manejo debido a su baja frecuencia.

Caso clínico: Mujer de 31 años sin antecedentes personales de interés. Acude a Urgencias por dolor e inflamación cervical izquierda, fiebre y disfonía de 2 semanas de evolución progresiva. Tomografía axial computarizada cervical donde se visualiza una lesión hipoatenuante mal delimitada laterocervical izquierda, de 11 cm de eje craneocaudal, con epicentro en el lóbulo tiroideo izquierdo (fig.). La analítica de Urgencias muestra leucocitosis de $16,500 \times 10^3$ Ml (3,5-11), hemoglobina 12,6 g/dl (12-15), neutrófilos 85,4% (40-75), INR 1,30 (0,85-1-15), PCR 12,6 ng/dl (inf. 0,5). Se realiza fibrolaringoscopia con parálisis cordal izquierda, no abombamiento faríngeo ni laríngeo izquierdo, seno piriforme libre. Dado el diagnóstico de sospecha de absceso tiroideo se ingresa a cargo de Cirugía general, para manejo y completar estudio. Durante el ingreso se comienza con corticoides, antibióticos, antiinflamatorios y drenaje percutáneo de la porción abscesificada ($\times 2$). No requirió intervención quirúrgica. Durante el ingreso se completó el estudio, teniendo hormonas tiroideas y anticuerpos tiroideos normales. RMN cervical: sin apreciar fístulas. Esofagograma: sin fístula. Laringofibroscofia: seno piriforme sin alteración. Quantiferon-TB: negativo. Cultivo: flora mixta orofaríngea. La evolución fue favorable con resolución de la parálisis cordal y flemón por lo que se dio de alta a los 13 días. Se repitieron pruebas ambulatorias sin hallazgos reseñables.



Discusión: Los abscesos tiroideos son una entidad poco frecuente y por tanto su diagnóstico y tratamiento puede ser complejo. El tratamiento agudo comprende desde el drenaje quirúrgico al percutáneo, AINE, corticoides y antibioterapia. La tiroidectomía de urgencias se contempla si estamos ante una sepsis no controlada. El tratamiento diferido comprende el tratamiento de la causa desencadenante del absceso: la cirugía de quistes, tractos, y/o fístulas, la cauterización endoscópica del seno piriforme. La hemitiroidectomía es discutida. Es importante repetir el estudio tras resolución del cuadro inflamatorio por falsos negativos de fístulas y vigilar posible hipotiroidismo subsecuente.