

tiempo real comercial (Allplex™ Respiratory Assay; Seegen, Corea del Sur) que detecta de forma simultánea y diferencial 21 virus distintos.

En este estudio se han analizado 183 muestras consecutivas, de las cuales 48 (26,2%) fueron positivas a SARS-CoV-2 y 4 (2,1%) presentaron coinfección entre este virus y 2 rinovirus, un caso de gripe B y un caso de coronavirus OC43 (28,3% positivos a SARS-CoV-2). En 35 (19,1%) muestras solo se detectaron otros virus respiratorios: 13 rinovirus, 7 gripe A, 5 metaneumovirus, 3 gripe B, 3 coronavirus OC43, 2 enterovirus y 2 VRS-A. Las 96 (52,4%) muestras restantes fueron consideradas negativas (sin presencia de ningún virus). Globalmente el 47,6% de todas las muestras respiratorias fueron positivas a algún virus respiratorio.

Hay pocos estudios sobre la detección de otros virus respiratorios en los pacientes con sospecha de COVID-19. En el realizado por Bordi et al.<sup>4</sup> en Italia sobre 126 pacientes tan solo detectan 3 casos de SARS-CoV-2 (2,4%) frente a los 48 (26,2%) de nuestro estudio. Este hecho se debe a que el estudio italiano se realizó al principio de la pandemia con una baja incidencia de infección por el nuevo coronavirus.

Este dato se corrobora con la detección en estos pacientes de un 28,5% de virus gripales, cuando en nuestro estudio se detectaron tan solo 11 casos de gripe (6%); probablemente debido a que nuestro estudio se realizó al final de la epidemia actual de gripe estacional. El porcentaje de muestras negativas en nuestro estudio ha sido del 52,4% frente al 44,4% del grupo italiano, pero debe mencionarse que ellos además de virus estudian la presencia de otras bacterias (5,6%). El estudio chino de Lin et al.<sup>5</sup> comunica un 40,8% de negatividad frente a los otros virus respiratorios, considerando que un porcentaje no determinado podría estar causado por otros patógenos respiratorios.

Referente a las coinfecciones entre el SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios, hemos detectado 4 pacientes (2,1%) frente al 4,8% del estudio italiano<sup>4</sup>. Los virus detectados en nuestro estudio son los mismos que los comunicados por Bordi et al.<sup>4</sup>, aunque ellos no han detectado ningún coronavirus OC43. Este virus es así mismo un beta-coronavirus, pero del subgrupo 2a, y por ello distante genéticamente del SARS-CoV-2 (*Sarbecovirus* 2b); por ello no creemos que se trate de una amplificación cruzada. Además, entre los casos positivos a otros virus y negativos al SARS-CoV-2 también hemos detectado 3 pacientes con infección por coronavirus OC43, el cual era prevalente en las infecciones respiratorias convencionales de la

semana del estudio. En el estudio chino de Lin et al.<sup>5</sup> sobre coinfecciones entre el SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios detectan 18 pacientes (9,7%) con este tipo de infecciones, porcentaje superior al detectado en este estudio y en el italiano, aunque se realizó en China en la segunda semana de enero de 2020.

A partir de estos estudios preliminares parece que el SARS-CoV-2 se comportaría como el resto de virus respiratorios convencionales, es decir en un porcentaje variable (4–9%) se presentaría como coinfección. Por ello la detección inicial de gripe o VRS como proceso para descartar el COVID-19 no debería mantenerse. Frente a la sospecha de esta nueva infección, es ineludible descartar inicialmente este virus y posteriormente, si existe posibilidad, realizar la detección simultánea de los otros virus respiratorios.

## Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Global surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID-2019). Geneva: WHO; 2020 [consultado 20 Feb 2020] Disponible en: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
2. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) technical guidance; 2020 [consultado 3 Feb 2020] Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>.
3. Corman VM, Landt O, Kaiser M, Molenkamp R, Meijer A, Chu DKW, et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR. *Euro Surveill.* 2020;25:2000045. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>.
4. Bordi L, Nicastrì E, Scorzolini L, di Caro A, Capobianchi MR, Castillettì C, et al. Differential diagnosis of illness in patients under investigation for the novel coronavirus (SARS-CoV-2) Italy, february 2020. *Euro Surveill.* 2020;25:20000170. <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.20000170>.
5. Lin D, Liu L, Zhang M, Hu Y, Yang Q, Guo J et al. Co-infections of Sars-CoV-2 with multiple common respiratory pathogens in infected patients. *Sci China Life Sci.* 2020;63:606–609.

Jordi Reina\*, Loreto Suarez y Paula Lara

Unidad de Virología, Hospital Universitario Son Espases, Palma, Mallorca, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jorge.reina@ssib.es](mailto:jorge.reina@ssib.es) (J. Reina).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.05.006>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

## Absceso tiroideo de origen polimicrobiano en un niño



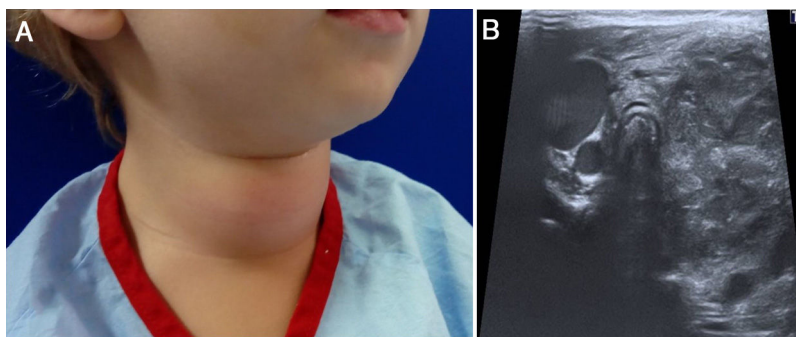
### Thyroid abscess of polymicrobial origin in a child

La tiroiditis aguda supurativa y el absceso tiroideo son procesos infecciosos de la glándula tiroidea muy poco frecuentes, representando del 0,7 al 1% del total de trastornos tiroideos<sup>1</sup>. La baja prevalencia es debida a la resistencia intrínseca de la glándula tiroidea frente a la invasión bacteriana, tanto por sus características químicas como anatómicas<sup>2</sup>. En la mayoría de los casos, la puerta de entrada de la infección es desconocida pero la colonización desde una región distal parece ser la causa más frecuente<sup>3–6</sup>. Las manifestaciones clínicas iniciales suelen ser inespecíficas y difíciles de detectar apareciendo, con la evolución del cuadro, la inflamación dolorosa a nivel cervical anterior. Se trata de un cuadro potencialmente grave<sup>1</sup>.

La ecografía es el estudio de imagen de primera elección<sup>7</sup>. El tratamiento se basa en antibioterapia por vía intravenosa de amplio

espectro, dirigida a cubrir gérmenes de la flora orofaríngea del paciente. La punción-aspiración o drenaje quirúrgico se deben realizar en aquellos casos en los que la evolución clínica lo requiera<sup>8</sup>. Con un diagnóstico y tratamiento precoces, el pronóstico de la enfermedad suele ser bueno. Presentamos un caso de tiroiditis aguda supurativa complicada con absceso tiroideo.

Varón de 3 años de edad, previamente sano, con fiebre de hasta 39,5 °C y odinofagia de 3 días de evolución. Presenta tumefacción cervical anterior discretamente desplazada hacia el lado izquierdo, de consistencia dura, dolorosa y con eritema local (fig. 1A). En la analítica sanguínea, destaca una leucocitosis ( $18 \times 10^9/l$ ) con 74,3% de neutrófilos y 15,6% de linfocitos, proteína C reactiva de 11 mg/dl y VSG 38 mm/h. Hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos, normales. La ecografía cervical objetiva aumento de la glándula tiroidea a expensas del lóbulo tiroideo izquierdo, de



**Figura 1.** A) Tumoración cervical del paciente al ingreso. B) Colección de ecogenicidad heterogénea compatible con absceso tiroideo izquierdo de 38 × 26 mm.

ecoestructura heterogénea y con un área hipocóica anfractuosa compatible con absceso intratiroideo de 12 × 10 mm. Ante el cuadro compatible con absceso tiroideo, se inicia antibioterapia parenteral con amoxicilina-clavulánico. A las 48 h del inicio del tratamiento, desaparece la fiebre y mejora la analítica, pero aumenta de tamaño la tumoración cervical. El control ecográfico muestra un aumento del tamaño de la colección hasta 38 × 26 mm (fig. 1 B). Dada la mala evolución clínica, se realiza un drenaje percutáneo, obteniéndose 30 ml de material purulento. Durante los días posteriores, el paciente evoluciona favorablemente, con desaparición progresiva de la tumoración cervical y de los signos inflamatorios. El estudio microbiológico aisló *Streptococcus constellatus* y *Eikenella corrodens* sensibles a la antibioterapia pautaada. El hemocultivo fue negativo. Tras 10 días de antibioterapia por vía intravenosa, el paciente fue dado de alta para completar tratamiento con 11 días de amoxicilina-clavulánico por vía oral. El control clínico posterior resultó normal y se realizó una resonancia magnética nuclear que descartó malformaciones anatómicas.

El absceso tiroideo es un cuadro clínico muy poco común que puede ocurrir en el contexto de una tiroiditis aguda supurativa, enfermedad ya de por sí inusual<sup>9</sup>. Se puede presentar a cualquier edad, siendo excepcional durante la infancia<sup>10</sup>. La presentación clínica se caracteriza por inflamación y aumento de la sensibilidad de la región anterior del cuello, acompañado de fiebre y dolor faríngeo. Dado que las manifestaciones iniciales son sutiles, el diagnóstico es tardío en la mayoría de los casos<sup>9</sup>. El lóbulo tiroideo afectado con mayor frecuencia es el izquierdo, ya que la causa suele ser una fístula del seno piriforme y la función tiroidea suele ser normal, como en el caso presentado<sup>7</sup>. La ecografía tiroidea es la prueba de elección inicial. Para descartar defectos anatómicos predisponentes y cuando se sospecha extensión retroesternal, se emplean la TAC, la resonancia o el esofagograma. Nuestro caso es particular porque se trata de un niño previamente sano y sin alteraciones anatómicas asociadas, tratándose, por tanto, de una excepcionalidad. La aspiración con aguja fina guiada por ecografía es un procedimiento sencillo que permite la confirmación diagnóstica y la obtención de muestra para estudio microbiológico<sup>4,6</sup>. Los microorganismos hallados con mayor frecuencia suelen ser flora polimicrobiana de la boca, debido a su causa anatómica. Son frecuentes grampositivos como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*. Más raramente, pueden aislarse gramnegativos (*Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella*, *Salmonella*), *Mycobacterium tuberculosis* u hongos<sup>4</sup>. El manejo terapéutico incluye antibioterapia

empírica parenteral de amplio espectro<sup>10</sup>. La cirugía está indicada si existe compromiso de la vía aérea o, en un segundo tiempo, si se demuestra una fístula del seno piriforme.

El absceso tiroideo es, por tanto, una entidad muy poco frecuente que requiere de una alta sospecha clínica y de un manejo terapéutico precoz. A pesar de que el curso clínico de la mayoría de casos descritos es benigno, debe ser considerada una urgencia médica por las graves complicaciones asociadas.

## Bibliografía

1. Srinath S, Suma KR, Kumar GV. Thyroid abscess in a child. *Int J Health Sci Res.* 2013;3:124–7.
2. Shah SS, Baum SG. Diagnosis and management of infectious thyroiditis. *Curr Infect Dis Rep.* 2000;2:147–53.
3. Miyauchi A, Matsuzuka F, Takai S, Kuma K, Kosaki G. Piriform sinus fistula. A route of infection in acute suppurative thyroiditis. *Arch. Surg.* 1981;116:66–9.
4. McLaughlin SA, Smith SL, Meek SE. Acute suppurative thyroiditis caused by *Pasteurella multocida* and associated with thyrotoxicosis. *Thyroid.* 2006;16:307–10.
5. Astl J, Kuchynkova Z, Taudy M, Betka J. Thyroid abscess at an adolescent age. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003;67:1375–8.
6. Lu Y, Zhang J, Liang X, Hu M, Zheng R, Li L. Efficacy of fine-needle aspiration cytology for a thyroid abscess in children: Two case reports. *Exp Ther Med.* 2015;9:860–2.
7. Cawich SO, Hassranah D, Naraynsingh V. Idiopathic thyroid abscess. *Int J Surg Case Rep.* 2014;5:84–6.
8. Campos LA, Rueda A, Quintana NA. Absceso tiroideo en un paciente pediátrico. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2010;8:100–3.
9. Paes JE, Burman KD, Cohen J, Franklyn J, McHenry CR, McHenry SH, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis. A clinical review and expert opinion. *Thyroid.* 2010;20:247–55.
10. Sarfaraz M, Hasan SR, Qureshi Z. Case Report. Throid abscess in children: And the world gets stranger. *J Rare Disord Diagn Ther.* 2018;4:5–7.

Evelyn Cervantes-García, César Gavilán-Martín,  
David Ferrández-Mengual y Ana Pilar Nso-Roca\*

*Pediatría, Hospital Universitario de San Juan de Alicante, San Juan de Alicante, Alicante, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ananso@yahoo.es](mailto:ananso@yahoo.es) (A.P. Nso-Roca).

<https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.05.010>

0213-005X/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.