

Absceso de Tiroides: Obstrucción Respiratoria y Digestiva Alta

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLES) MEDLARS: THYROID INFECTION.

RESUMEN

Los autores presentan una observación de absceso tiroideo asentando en una recidiva bociosa nodular, que se manifestó por un crecimiento rápido del bocio y por la instalación de síntomas de obstrucción respiratoria y digestiva alta. Destacan la importancia de la punción evacuadora, que permitió el diagnóstico y alivió los síntomas agudos, permitiendo la instalación de tratamiento antibiótico. Preconizan finalmente la exéresis primaria del bocio abscedado, que realizaron con buen resultado.

SUMMARY

THYROID ABSCESS, RESPIRATORY AND HIGH ALIMENTARY CANAL OBSTRUCTION.

The authors present a case of thyroid abscess taking place in a nodular goiter relapse, that began with a fast enlargement of the goiter and the onset of respiratory and high alimentary canal obstructive symptomatology. They point out the importance of evacuating puncture that made the diagnosis and relieve the acute symptomatology, allowing the setting up of antibiotic treatment. They recommend the primary surgical scission of the goiter absceded that they performed with good results.

RESUME

ABCES DE LA GLANDE THYROIDE: OBSTRUCTION RESPIRATOIRE ET DIGESTIVE HAUTE.

Les auteurs presentent une observation de absces de la glande thyroïde installé dans une récive d'un goitre nodulaire qui s'est manifesté par une croissance rapide du goitre et par l'installation des symptômes de obstruction digestive haute et respiratoire. Ils remarquent l'importance de la ponction évacuative qui a permis le diagnostique et allégé les symptomes aigus, en permetant l'installation du traitement antibiotique. Ils préconisent finalement l'ecission primaire du goitre abcédé qu'ils ont réalisée avec bon résultats.

La obstrucción respiratoria y digestiva alta originada por tumoraciones tiroideas no es un hecho raro. Aún limitándose a las tumoraciones benignas, Alfonso (2) la encuentra en el 33% de sus casos, si bien en la gran mayoría la expresión es sólo radiológica.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 4 de agosto 1982.
Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica "B" Asistente de Clínica Quirúrgica "B" Médico Colaborador de la Clínica Quirúrgica "2"
Profesor Agregado de la Clínica Quirúrgica "B".

Dirección: R. Pastoriza 1451 Apto.502, Montevideo, Uruguay (Dr. L. Carriquiry).

Dres. Luis A. Carriquiry, Alberto Piñeyro, Bernardo Aizen, y Hernan Parodi.

Departamento de Cirugía de la Asociación Española 1ª de Socorros Mutuos.

Pero que dicha obstrucción sea originada por un auténtico absceso de tiroides es realmente un hallazgo excepcional. Aunque no existe ningún caso publicado en Uruguay, Navarro tiene perfectamente documentadas dos observaciones en la Clínica Endocrinológica.

Por ello se presenta la siguiente observación clínica, satisfactoriamente resuelta mediante la cirugía.

Observación Clínica.

EG de M, sexo fem., 77 a. AElª de SM, Nº 600.680.

Hace 30, operada por bocio nodular derecho (Dr. Caprio).

Desde hace 15 a., nódulo tiroideo izquierdo estable.

Desde hace 1 mes, crecimiento rápido de dicho nódulo, que triplica su tamaño.

En los últimos días, disfagia y disnea progresiva, tos seca y franca disfonía.

El exámen clínico evidencia

temperatura de 38° axilar.

franca polipnea.

gran tumoración cervical izquierda, sin manifestaciones inflamatorias, de consistencia parcialmente quística, no dolorosa, que desplaza el eje visceral hacia la derecha y los vasos carotídeos hacia atrás y a la izquierda (Fig.1).

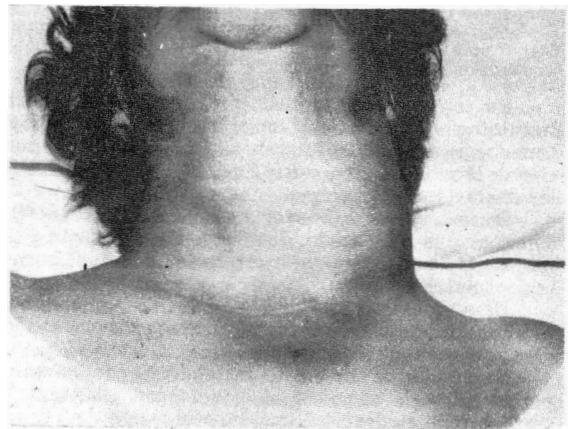


Fig. 1

Aspecto del cuello de la paciente. Nótese la franca tumefacción a izquierda.

síndrome de Claude Bernard Horner izquierdo.

El exámen ORL evidencia:

voz de pato, por alteración de resonancia secun

daria a compresión de hipofaringe, sin componente bitoral.

La Rx de tórax revela, en cambio, una menor desviación de la tráquea torácica hacia la izquierda, con una opacidad mediastinal superior derecha.

desplazamiento de la epiglottis a la derecha.

imposibilidad de visualizar las cuerdas vocales.

La Rx de cuello muestra una franca desviación de la tráquea hacia la derecha.

El tránsito esofágico pone de manifiesto una franca compresión esofágica con desplazamiento del esófago cervical hacia la derecha y del esófago torácico alto hacia la izquierda. (Fig.2)

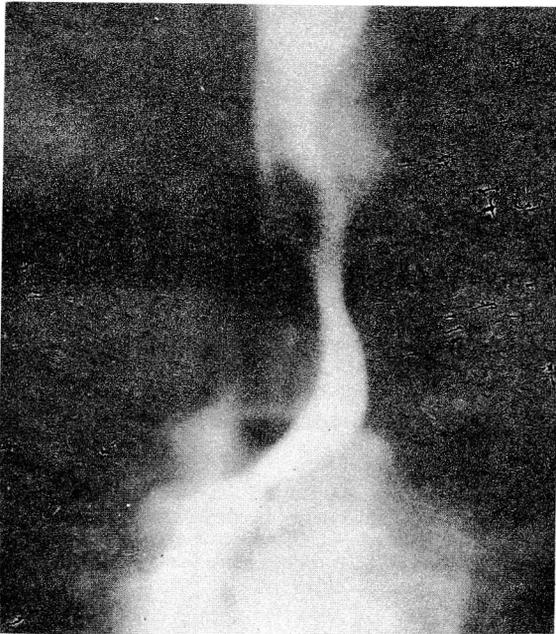


Fig. 2

Esófagograma contrastado preoperatorio. Se destaca la franca desviación a derecha del esófago cervical y la menor desviación a izquierda del esófago torácico alto.

En ese momento, ante la progresividad de la sintomatología respiratoria, y con el probable diagnóstico de hemorragia aguda intrabociosa, se decide efectuar la punción de la zona quística, con el fin de reducir el volumen de la tumoración.

Sorpresivamente, se evacúan con facilidad entre 60 y 80 cc. de pus bien ligado, disminuyendo el tamaño de la tumoración en una tercera parte y mejorando francamente la sintomatología.

El estudio bacteriológico del pus reveló abundantes picrocitos, con desarrollo de cocos Gram positivos, con los caracteres neumococos.

Se instaló de inmediato tratamiento con cefradina parenteral y se completó el estudio con gammagrafía tiroidea, que evidenció franca hipocaptación del isótopo en el nódulo y con ecografía de cuello, que confirmó la naturaleza predominantemente quística de la tumoración.

Completada una semana de tratamiento antibiótico, se decidió el tratamiento quirúrgico, realizándose con cierta dificultad la exéresis completa del nódulo en juego, (Fig.3), mientras que la exploración a derecha, indicada por los hallazgos radiológicos, mostró la existencia de un nódulo bocioso intratorácico recidivado, que se pudo resecar sin mayores dificultades.

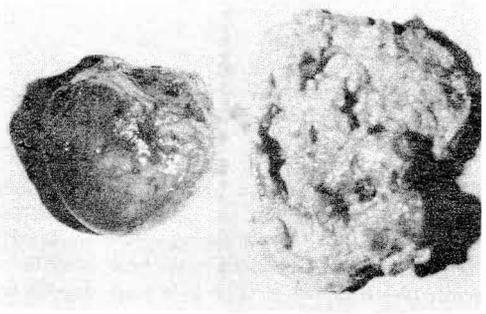


Fig. 3

A izquierda, el nódulo izquierdo resecado. A derecha, a mayor aumento, la superficie de sección evidenciando su cavitación irregular.

El estudio anátomo-patológico (Dr. Falconi) describió dos nódulos tiroideos, el mayor de 8 cm. de diámetro, con formación sólido-quística que la ocupa en su casi totalidad, microscópicamente caracterizada por la presencia

de fibrosis, viejos focos hemorrágicos organizados y áreas de necrosis y exudación leucocitaria, y el menor de 6 cm. de diámetro con los caracteres típicos de un bocio coloidal difuso, sin elementos de malignidad.

La evolución ulterior de la paciente fue excelente, desapareciendo totalmente los síntomas que motivaran la consulta.

Comentario.

Las infecciones piogénicas agudas de la tiroides son excepcionales en nuestros días. La mayor parte de las referencias bibliográficas corresponden a la era preantibiótica y aún así no son frecuentes.

Clute (6) refiere sólo 1 absceso en la experiencia de 1000 tiroidectomías de la Clínica Lahey. Henderson (11) presenta en 1935, 4 casos entre 545 casos de enfermedad tiroidea. Autores de tan vasta experiencia como Crile (8) y Altmeier (3) sólo han podido presentar 3 y 6 casos respectivamente.

Sin embargo, Bauchet (Cit. en 10) ya había descrito dicha entidad ya en 1857 presentando 5 observaciones y efectuando una descripción clínica válida aún hoy día.

Es probable que esa rareza se deba a una peculiar resistencia de la glándula tiroidea a la infección. Las experiencias muy similares de Roger y Garnier (12) y de Womack y Cole (14) han demostrado que la inoculación intraarterial —en la carótida externa o en la tiroidea superior— de preparados viables de gérmenes piogénicos, sólo conduce a la abscedación en contadas ocasiones. Abe (1) ha postulado que la alta concentración en yodo podría ser responsable de esta resistencia.

En la inmensa mayoría de los casos, los gérmenes implicados son cocos Gram positivos, como en nuestra observación. Blondin (4), en su conocido texto, incluso menciona específicamente una tiroiditis a neumococos, que, como nuestro caso actual, evoluciona con pocos síntomas de infección, hacia la supuración.

En general, se coincide (3,7,10) en plantear un origen secundario de la infección, casi siempre luego de infecciones de vías respiratorias superiores, llegando probablemente los gérmenes a la tiroides por conexiones linfáticas.

Casi todos los autores (3,9,10) destacan que la abscedación es mucho más frecuente, cuando existe un bocio nodular, como en el caso presente. Es altamente probable que las alteraciones histológicas previas constituyan un factor favorecedor en ese sentido.

Clinicamente, la coexistencia de una tumoración de cuello de crecimiento rápido y la instalación o agravación aguda de una obstrucción respiratoria y digestiva alta, hacen plantear dos diagnósticos: o la hemorragia aguda intrabociosa (5), a favor de la cual inclina la existencia previa del nódulo tiroideo, o el carcinoma indiferenciado de crecimiento rápido. El hallazgo de temperatura axilar elevada y sobre todo la consistencia quística de la tumoración nos parecen los elementos más importantes para sospechar un absceso.

Pero será la punción el gesto diagnóstico y terapéutico fundamental. Desde el primer punto de vista, sólo ella permite, como en el caso presente, efectuar con seguridad el diagnóstico de absceso tiroideo, al evacuar pus y permitir el estudio bacteriológico. La gammagrafía y la ecografía solo confirmaron y, en forma mucho más inespecífica, dichos datos. Desde el segundo, permitió el alivio rápido de la sintomatología, lo que facilitó la instalación y realización de un adecuado tratamiento antibiótico previo a la intervención, evitando así la cirugía de urgencia con su doble peligro potencial: el de la dificultad de intubación traqueal, por la compresión, edema y desviación laríngea, y el de la infección regional postoperatoria.

Con dicho tratamiento previo, no tuvimos dudas en realizar la resección primaria del nódulo abscedado. Si bien la mayoría de los autores (6,7,11) han aconsejado la simple incisión y drenaje, no debe olvidarse que sus criterios corresponden a épocas preantibióticas y aún así, ya en 1939, Vianny (13) recomendaba la "strumectomie a chaud", seguramente una operación formidable en dichas circunstancias. El mismo tratamiento antibiótico previo nos animó a realizar simultáneamente la exploración contralateral y el tratamiento quirúrgico correspondiente de la recidiva bociosa derecha.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABE K., TAGUCHI T., OKINO A., MATSURA N., SAKI H., Acute suppurative thyroiditis in children, J. Pediatr., 64: 912, 1979.
2. ALFONSO A., CHRISTOUDIAS G., AMARUDDIN Q., HERBSMAN H., GARDNER B., Tracheal or esophageal compression due to benign thyroid disease, Am. J. Surg., 142: 350, 1981.
3. ALTMEIER W.A., Acute suppurative thyroiditis. En Werner SC. The thyroid. A fundamental and clinical text, N.York, Harper, 1956.
4. BLONDIN S., Chirurgie du corps thyroïde, Paris, Masson, 1956.
5. CAZABAN L.A., CARRIQUIRY L.A., BALDIZAN J.W., Bocio solitario agudo. Estrumectomía de urgencia, Rev. Méd. Urug. 2: 51, 1975.

6. CLUTE H.M., SMITH L.W., Acute thyroiditis, Surg. Gynecol. Obstet. 44: 23, 1927.
7. COCHRANE R.C., NOWAK S.J.G., Acute thyroiditis with report of 10 cases, N.Eng.J.Med., 210: 935, 1934.
8. Crile G.C., Thyroiditis, Ann.Surg., 127: 640, 1948.
9. HAWBAKER E.L., Thyroid abscess, Ann. Surg., 37: 290, 1971.
10. HAZZARD J.B., Thyroiditis: a review, Ann.J.Clin.Pathol., 25: 289, 1955.
11. HENDERSON J., Abscess of the thyroid: a discussion and report of 4 cases; Am.J.Surg., 29: 36, 1935.
12. ROGER H., GARNIER M., La glande thyroïde dans les maladies infectieuses, Comptes Rendues Soc.Biol., 50: 889, 1898.
13. VIANNY M., Du traitement des adenomes thyroïdiens suppurés (strumites) Lyon Chir., 20: 823, 1923.
14. WOMACK N.A., Thyroiditis, Surg.Clin.North.Am., 16: 770, 1944.

Dr. Suiffet

El trabajo presentado es sumamente interesante y merece comentarios. Respecto a la incidencia de esta situación, es muy particular observar que un caso que se presenta en la Sociedad de Cirugía como un hecho singular, provoca inmediatamente comentarios de 3 observaciones más que no han sido comentadas en la casuística nacional. El Dr. Carriquiry conoció dos de los casos que después fueron comentados, porque nosotros conocíamos el material del Prof. Navarro.

El primer hecho es éste, si bien son hechos casuísticos, tienen su trascendencia, y sería interesante que se asociaran los casos para una sola publicación, dado que son muy similares todas ellas. La segunda cosa que quería decir respecto a la incidencia, es que nosotros no hemos observado nunca esta situación con una experiencia relativamente abundante en patología tiroidea. En realidad este enfermo tenía una estrumitis supurada, es decir la supuración a nivel de un bocio. El caso tiene dos patologías asociadas. Si bien es cierto que los procesos inflamatorios, como lo escuchamos en estos tres casos, producen trastornos más serios que los mecánicos puros sobre el árbol respiratorio y muscular, en este caso en particular, puede haber sido la situación agravada todavía por la existencia de la otra patología. El desplazamiento del esófago que presenta esta enfermedad es importante. Nosotros lo mostramos en la Sociedad de Cirugía. En nuestras 55 observaciones de Bocio torácico, hay un solo caso donde se asocia desplazamiento esofágico similar al presentado. De manera que la asociación de proceso inflamatorio y los desplazamientos viscerales que ocasionó el otro nódulo agravaban la situación. Otro punto interesante que el Dr. Carriquiry mencionó, pero yo quiero insistir, es que el neumococo es en casi todas las observaciones, el gestor de la supuración y a pesar de lo que dijo el Dr. Carriquiry, de que ahora no es tan frecuente por la acción de los antibióticos, no es tan así porque han aparecido otros casos en la bibliografía. Posiblemente de causa hematogena por procesos rinofaríngeos; remotamente la posibilidad de la vecindad.

La invasión de las otras estructuras en particular de la masa muscular es fácil de explicar. Pero en lo que respecta al nervio laríngeo inferior, diremos que hemos tenido parálisis del nervio laríngeo inferior en el post-operatorio relativamente alejado, 8 o 15 días después, de la tirodecotomía por un proceso inflamatorio tardío.

La observación es sumamente interesante. El Dr. Carriquiry mencionó el trabajo del Dr. Cazabán presentado en la Sociedad de Cirugía, donde la hemorragia intraquística ocasionó un síndrome obstructivo respiratorio. No es frecuente que la hemorragia provoque alteraciones sobre las estructuras vecinas.

Es un trabajo muy interesante y felicitamos a los autores.