



Tiroiditis supurada aguda recurrente en pediatría: reporte de un caso

Manuel Linares¹ , Melina Maurenzi², Paula Nieto³, María V. Esper³, Guadalupe Pueyrredón²

RESUMEN

La tiroiditis supurada aguda (TSA) es una urgencia endocrinológica poco frecuente en pediatría, que puede requerir un abordaje infectológico y quirúrgico inmediato. Generalmente, se asocia a infecciones bacterianas y, en algunos casos, a malformaciones congénitas del arco branquial. Presentamos el caso de una niña de 7 años con TSA recurrente, en ambos episodios con formación de absceso cervical, requerimiento de antibióticos intravenosos y drenaje quirúrgico. Desde un inicio se sospechó una fístula del seno piriforme, la cual fue confirmada mediante laringoscopia directa en quirófano durante la hospitalización del segundo episodio. Se realizó esclerosis química del trayecto fistuloso, con evolución favorable y sin recidivas al seguimiento.

Este caso, si bien infrecuente, resalta la importancia de considerar la TSA dentro de los diagnósticos diferenciales ante masas cervicales en la población pediátrica. Además, invita a investigar causas subyacentes como anomalías congénitas, lo cual permite un diagnóstico precoz y un tratamiento definitivo.

Palabras clave: tiroiditis supurativa; seno piriforme, anomalías; tiroiditis subaguda; pediatría.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10737>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10737.eng>

Cómo citar: Linares M, Maurenzi M, Nieto P, Esper MV, Pueyrredón G. Tiroiditis supurada aguda recurrente en pediatría: reporte de un caso. Arch Argent Pediatr. 2025;e202510737. Primero en Internet 25-SEP-2025.

¹ Farmacología, Universidad Católica de Córdoba, Argentina; ² Pediatría, Hospital Municipal Infantil, Córdoba, Argentina; ³ Pediatría, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina.

Correspondencia para Manuel Linares: manulinares10@gmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 1-5-2025

Aceptado: 6-8-2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis supurada aguda (TSA) es una patología rara en pediatría, pero de gran relevancia clínica debido a su potencial morbimortalidad. Su incidencia se estima entre el 0,1 % y el 0,7 % de las enfermedades tiroideas.^{1,2} En algunos casos, la TSA puede estar relacionada con malformaciones congénitas del arco branquial, como la fístula del seno piriforme (FSP), una condición poco frecuente que puede ser difícil de diagnosticar. Aunque la TSA afecta principalmente a niños menores de 10 años, su diagnóstico temprano es crucial para evitar complicaciones graves, como abscesos recurrentes, infecciones multirresistentes y daño tiroideo irreversible.³ Este reporte describe el caso de una niña de 7 años con TSA recurrente, cuyo diagnóstico definitivo fue una FSP, confirmada por laringoscopia directa.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 7 años previamente sana, consultó por tumefacción cervical anterior de 48 horas de evolución, asociada a fiebre (38 °C), decaimiento general y un episodio de emesis. Se evidenció una tumoración dolorosa a la palpación en región cervical media e izquierda, con punto de inicio en la región supraesternal y movilidad cervical reducida. No se objetivaron síntomas respiratorios o deglutorios.

La radiografía cervical mostró aumento de partes blandas y leve desviación traqueal hacia la derecha, sin compromiso del mediastino.

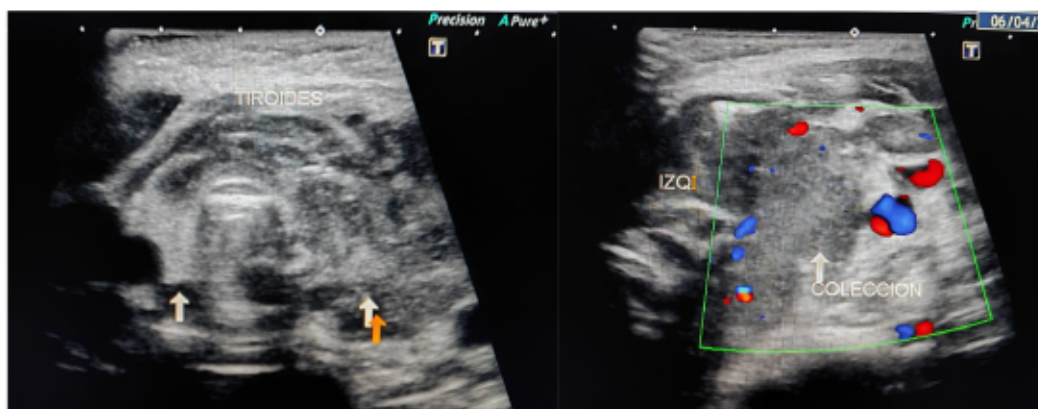
La ecografía de partes blandas y tiroides reveló aumento de tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo e istmo, con parénquima heterogéneo, predominantemente hipocogénico, mal delimitado, con áreas de vascularización mixta y una colección en íntimo contacto, sin afectación del lóbulo derecho (*Figura 1*).

Entre los estudios bioquímicos, se destacaron leucocitosis (GB 23 100/mm³) con neutrofilia (82 %), anemia leve, trombocitosis (494 000/mm³), elevación de proteína C reactiva (161 mg/L) y procalcitonina (63,7 ng/mL). Los valores de hormona estimulante de tiroides y T4 libre fueron normales. La tomografía computada (TAC) de cuello con contraste mostró una colección hipodensa con realce periférico y burbujas aéreas internas, localizada en región laterocervical izquierda, con compromiso del lóbulo tiroideo izquierdo (LTI), extensión al espacio retrofaríngeo y desplazamiento de la vía aérea.

Se estableció el diagnóstico de tiroiditis supurativa aguda (TSA) con absceso del lóbulo tiroideo izquierdo. Se inició antibioticoterapia empírica con ampicilina-sulbactam y vancomicina intravenosa. Ante la sospecha de trayecto fistuloso del seno piriforme, se decidió su evaluación ambulatoria programada una vez completado el tratamiento inicial.

La evolución clínica fue favorable, con descenso progresivo de los marcadores inflamatorios y mejoría sostenida. Los controles ecográficos seriados mostraron una colección purulenta persistente de aproximadamente 30 mL, que no requirió drenaje quirúrgico.

FIGURA 1. Ecografía cervical. Primer episodio



Se observa aumento del tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo, con parénquima heterogéneo, hipocóico y de márgenes mal definidos. Se identifica colección hipocóica adyacente compatible con absceso.

La paciente fue externada al noveno día de internación en buen estado general, afebril, con buena tolerancia oral, y continuó tratamiento antibiótico oral (amoxicilina-ácido clavulánico y trimetoprima-sulfametoxazol). La paciente no completó los controles clínicos ni ecográficos posteriores al alta.

Once meses más tarde, consultó nuevamente en la guardia por fiebre persistente de 72 horas y aumento progresivo de una masa dolorosa en la región laterocervical izquierda, en la misma localización del episodio previo. Al examen se encontraba febril, con decaimiento general, sin signos de estridor, disnea o disfagia, y presentaba una masa firme, dolorosa a la palpación, de bordes mal definidos, en la región laterocervical izquierda. En laboratorio inicial, se evidenció GB 16 000/ μ L (77 % neutrófilos segmentados) y PCR de 173 mg/L. La ecografía cervical con Doppler reveló una colección heterogénea con burbujas aéreas en planos profundos del cuello izquierdo. La TAC de cuello contrastada confirmó la presencia de un absceso tabicado laterocervical izquierdo de 75 × 46 × 40 mm, con nivel hidroaéreo, realce periférico, desplazamiento de estructuras vasculares, vía aérea superior, laringe, tráquea y esófago hacia la derecha, con aparente compromiso del LTI y extensión al espacio retrofaríngeo (*Figura 2*).

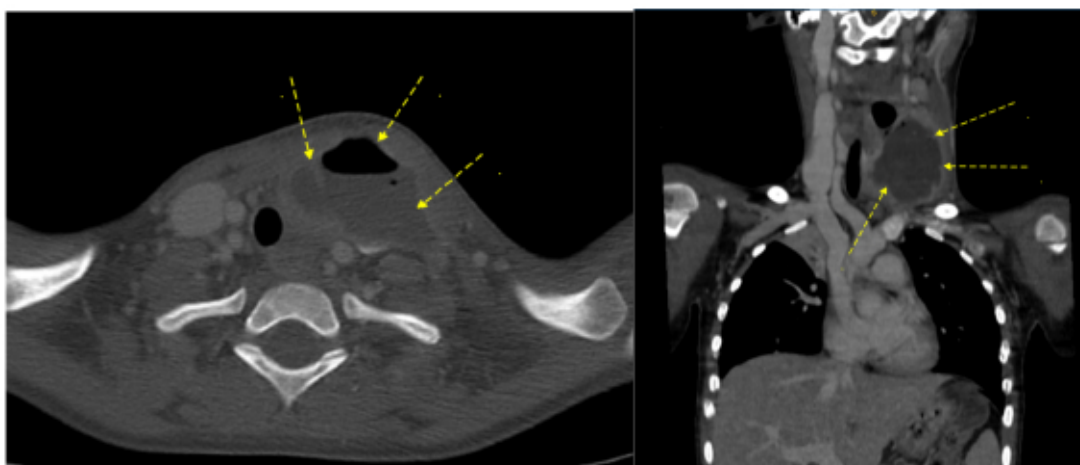
Se inició tratamiento antibiótico empírico con clindamicina, vancomicina y ceftriaxona. Se

realizó drenaje quirúrgico inicial con colocación de drenaje tipo *rubber*. Ante la persistencia de la tumoración y la elevación de parámetros inflamatorios a las 72 horas, se efectuó un segundo drenaje quirúrgico. En el cultivo del material purulento, se aislaron bacilos gramnegativos y *Enterobacter cloacae* productor de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). Se cambió el tratamiento antibiótico a meropenem y clindamicina.

Al décimo día de internación, se realizó una broncolaringoscopia bajo anestesia general que evidenció un trayecto fistuloso originado en el receso piriforme izquierdo con salida hacia la región cervical, confirmando el diagnóstico de fístula del seno piriforme. Se efectuó esclerosis química del trayecto con ácido tricloroacético y se colocó un drenaje con catéter doble lumen conectado a un sistema aspirativo.

Tras la intervención, en función de la evolución clínica y los resultados del antibiograma, se suspendió meropenem y se rotó a ciprofloxacina por vía oral. Seis días después del procedimiento, se constató el cierre del drenaje, con escasa supuración de contenido purulento. La ecografía de control no evidenció colecciones residuales. El drenaje se mantuvo cerrado durante los cuatro días posteriores, sin interurrencias clínicas, y fue retirado al undécimo día posoperatorio. La paciente fue externada en buen estado general, con seguimiento ambulatorio programado para

FIGURA 2. Tomografía computada de cuello con contraste. Segundo episodio



Se visualiza colección multiloculada hipodensa, con realce periférico y burbujas aéreas internas, localizada en la región laterocervical izquierda. La lesión compromete el lóbulo tiroideo izquierdo y se extiende hacia el espacio retrofaríngeo, con desplazamiento de estructuras adyacentes.

eventual nueva sesión de esclerosis química. La paciente no regresó para los controles clínicos posteriores.

DISCUSIÓN

La tiroiditis supurada aguda (TSA) es una emergencia pediátrica poco frecuente, con una incidencia estimada entre el 0,1 % y el 0,7 % de todas las enfermedades tiroideas.^{1,2} En pacientes inmunocompetentes, suele ser secundaria a defectos anatómicos congénitos, principalmente la FSP, de baja incidencia, pero potencial gravedad. El lóbulo tiroideo izquierdo es el más comúnmente afectado.¹

Aunque infrecuente en pediatría, la TSA se presenta con mayor frecuencia durante la primera década de la vida. Una revisión de casos (2000-2020) mostró una edad media de diagnóstico de 37 años (rango 1-87), con predominio femenino, en línea con nuestro caso.³ La sospecha clínica es esencial para un diagnóstico precoz, dado su riesgo de complicaciones graves, con una morbimortalidad reportada entre el 3,7 % y el 12 %.^{1,3}

En inmunocompetentes, el 75 % de los casos son bacterianos, con predominio de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *S. epidermidis* y *S. pneumoniae*.^{3,4} El resto se atribuye a tuberculosis (24 %) y, en menor medida, a infecciones fúngicas.⁴ Durante el segundo episodio, se aisló *Enterobacter cloacae* productor de BLEE, un germen poco reportado en la literatura.³⁻⁵ Su aparición podría estar relacionada con la exposición previa a antimicrobianos, y condicionó el uso de esquemas antibióticos de amplio espectro como meropenem, con rotación posterior según sensibilidad.

Clínicamente, se presenta con masa cervical anterior dolorosa, fiebre, disfagia, odinofagia y, a veces, disfonía. Puede acompañarse de rigidez cervical, malestar general y linfadenopatía regional.^{1,2}

Los estudios muestran leucocitosis, elevación de la eritrosedimentación y tirotoxicosis en un 42 % de los casos, lo cual puede dificultar el diagnóstico diferencial con la tiroiditis subaguda.⁵ Otros diagnósticos para considerar incluyen ruptura de quiste tiroideo, nódulo hemorrágico o tiroiditis de Hashimoto dolorosa.²⁻⁴

El tiempo hasta el diagnóstico varía según la etiología: bacteriana (7 días), micótica (21 días) y tuberculosa (>30 días).³ En este caso, la primera internación fue a los 3 días del inicio de síntomas,

pero el defecto anatómico subyacente recién se identificó tras la recurrencia.

La laringoscopia directa bajo anestesia general es el estudio de elección para confirmar una FSP. Sin embargo, inicialmente se emplean ecografía, tomografía computada (TAC), resonancia magnética (RM) o esofagograma.¹

El tratamiento inicial consiste en antibióticos y drenaje quirúrgico del absceso. Algunas series proponen drenaje percutáneo con lavado, aunque su eficacia es limitada.⁶ La recurrencia suele deberse a la persistencia del defecto anatómico, lo que puede derivar en abscesos múltiples, necesidad de lobectomía, infecciones multirresistentes, sepsis o muerte.⁷ En el primer episodio, no se realizó drenaje quirúrgico intrahospitalario con intención de hacerlo de manera ambulatoria. Sin embargo, este abordaje, sumado a la falta de controles posteriores, pudo haber contribuido a la recurrencia.

La esclerosis química del tracto fistuloso mediante cauterización endoscópica se considera una alternativa efectiva en casos seleccionados, con menores complicaciones que la cirugía abierta.⁸

Las complicaciones descritas incluyen tromboflebitis de la vena yugular interna, mediastinitis, pericarditis, perforación esofágica, síndrome de Horner y falla multiorgánica.³ Es importante destacar la gravedad potencial de las lesiones expansivas con extensión al espacio retrofaríngeo, dada su proximidad a estructuras vitales y el riesgo de obstrucción aérea.²

En conclusión, es clave que el pediatra mantenga un alto índice de sospecha frente a masas cervicales dolorosas. Un abordaje oportuno permite el tratamiento adecuado y la resolución quirúrgica del defecto causal, previniendo recurrencias y complicaciones. ■

REFERENCIAS

1. Câmara B, Andrade C, Forno A, Lopes M, Pilar C. Acute suppurative thyroiditis in childhood: an atypical presentation. *Cureus*. 2024;16(2):e55275.
2. Paes JE, Burman KD, Cohen J, Franklyn J, McHenry CR, Shoham S, et al. Acute bacterial suppurative thyroiditis: a clinical review and expert opinion. *Thyroid*. 2010;20(3):247-55.
3. Lafontaine N, Learoyd D, Farrel S, Wong R. Suppurative thyroiditis: systematic review and clinical guidance. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2021;95(2):253-64.
4. Wongphyat O, Mahachoklertwattana P, Molagool S, Poomthavorn P. Acute suppurative thyroiditis in young children. *J Paediatr Child Health*. 2012;48(3):E116-8.
5. Berger SA, Zonszein J, Villamena P, Mittman N. Infectious diseases of the thyroid gland. *Rev Infect Dis*. 1983;5(1):108-22.

6. Meng L, He S, Dong R, Zheng S, Chen G. Preferred diagnostic methods of pyriform sinus fistula in different situations: a systematic review. *Am J Otolaryngol*. 2023;44(2):103747.
7. Ávila Salcedo DR, Ayala San Pedro JA, Rábago Arredondo J, Sánchez García RS. Recurrent acute suppurative thyroiditis secondary to pyriform sinus fistula due to *Staphylococcus sciuri* with subclinical hyperthyroidism in an adult: a diagnostic and therapeutic challenge. *Eur J Case Rep Intern Med*. 2025;12(4):005360.
8. Jordan JA, Graves JE, Manning SC, McClay JE, Biavati MJ. Endoscopic cauterization for treatment of fourth branchial cleft sinuses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;124(9):1021-4.