

Tiroiditis aguda supurativa: experiencia en un centro de Endocrinología Infantil de referencia

Acute suppurative thyroiditis: experience in a reference Child Endocrinology center

SOFÍA SUCO VALLE^a, PATRICIA PAPENDIECK^a, MARÍA EUGENIA MASNATA^a, EUGENIA ELÍAS^b, LIDIA TORRADO^c,
IGNACIO BERGADÁ^a, ANA CHIESA^a

RESUMEN

Introducción: La tiroiditis aguda supurativa (TAS) es una patología infrecuente en la infancia y cuya etiología, abordaje y tratamiento suelen prestar a confusión.

Reporte de casos: El objetivo de esta presentación es describir las manifestaciones clínicas, el diagnóstico, la evolución y tratamiento de pacientes con diagnóstico de TAS en un centro de referencia. Se presentan 5 pacientes (edad: 3-17 años) asistidos en el hospital de Niños Ricardo Gutiérrez División Endocrinología (HNRG-DE) entre 2003 y 2020. El motivo de consulta principal fue una tumoración cervical acompañado de signos de flogosis. El 60 % de los pacientes que consultaron presentaron inicialmente una tirotoxicosis transitoria. Todos requirieron antibioticoterapia endovenosa con clindamicina. La ecografía cervical evidenció un absceso tiroideo en todos los casos. Se rescató *Staphylococcus aureus* por cultivo en un paciente. Tres pacientes presentaron recurrencia. La fístula del seno piriforme (FSP) se detectó por esofagograma en un paciente, mientras que la presencia de aire en la ecografía fue sugestiva de FSP en 3. Luego de la resolución del cuadro agudo se realizó escisión de la misma mediante cirugía convencional o endoscopia.

Conclusión: La TAS es una patología rara en niños, generalmente resultado de la infección de un remanente branquial como la FSP. La ecografía es extremadamente útil para la detección de un absceso tiroideo. La FSP

debe siempre descartarse ante recurrencias, siendo el tratamiento definitivo su exéresis.

Palabras clave: Tiroiditis aguda supurativa, fístula del seno piriforme, niños.

ABSTRACT

Introduction: Acute suppurative thyroiditis (AST) is a rare disorder in children and there is often discussion regarding etiology, appropriate work up and treatment.

Case reports: The aim of this study is to describe the clinical picture, diagnosis, and treatment of patients with AST referred to our center. We present five patients (age: 3-17years) referred to our Endocrinology center from 2003 to 2020. A left cervical mass was the main complaint at consultation in 4 cases. In 60% (3 children), cases had transient thyrotoxicosis. All children received intravenous treatment with clindamycin. Thyroid ultrasound showed in all cases abscess formation. One patient had a positive culture for *Staphylococcus aureus*. Three patients evidenced presence of air on ultrasound suggestive of a left pyriform sinus fistula (PSF). The barium swallow test revealed a fistula in one girl. 3 patients (60 %) presented recurrence. Once the infection resolved, excision of the fistulous tract was performed, by traditional cervical approach or endoscopy.

Conclusion: AST is uncommon in children, resulting most often from an infected branchial pouch anomaly like the persistence of the PSF. Cervical US is extremely helpful in detecting an intrathyroidal abscess. PSF must be excluded in case of recurrence. Definitive treatment consists in PSF excision.

Key words: Acute suppurative thyroiditis, pyriform sinus tract fistula, children.

a. División de Endocrinología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

b. Departamento de Cirugía, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

c. Servicio de Infectología, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Correspondencia: ssuco@cedie.org.ar

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

INTRODUCCIÓN

La presencia de una glándula tiroidea dolorosa en la infancia es rara y sugiere la posibilidad de una tiroiditis aguda supurativa (TAS) o una tiroiditis subaguda.¹ La TAS

es una patología infecciosa, de origen bacteriano, que compromete un lóbulo de la glándula tiroidea; es poco frecuente en la infancia y suele prestar a confusión en cuanto a su etiología, diagnóstico y consecuente abordaje. Su prevalencia es baja, debido a que la glándula tiroidea está protegida de noxas infecciosas gracias a su alto contenido en yodo, su rica vascularización, su gran drenaje linfático, y por estar recubierta por una cápsula fibrosa.² El diagnóstico de sospecha es clínico por la aparición abrupta de una tumoración laterocervical dolorosa, que se intensifica con la deglución y/o movimiento del cuello, acompañado de signos de inflamación local y sistémico. La presencia de una colección o absceso tiroideo, generalmente izquierdo, visualizado mediante ecografía y/o tomografía computada (TAC) confirma el diagnóstico.

El tratamiento inicial consiste en antibioticoterapia de amplio espectro. El diagnóstico diferencial se plantea principalmente con la tiroiditis subaguda - un cuadro también infrecuente, de origen viral, que se presenta con tirotoxicosis, y requiere tratamiento antiinflamatorio³-y, en menor medida, con el adenoflemón cervical, la linfadenitis, el quiste tirogloso o la fístula branquial inflamada, la adenitis tuberculosa y la hemorragia aguda de un nódulo tiroideo.

El objetivo de este estudio es describir las manifestaciones clínicas, evolución, tratamiento y seguimiento de los pacientes con diagnóstico de TAS que consultaron al HNRG-DE entre 2003 y 2020.

MÉTODOS

Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 5 pacientes que consultaron por TAS en la División de Endocrinología del Hospital Ricardo Gutiérrez entre los años 2003 y 2020.

Se recopilaron los datos clínicos, analíticos, de imágenes, el tratamiento y la evolución de cada paciente.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1

Paciente de 12 años con cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por dolor cervical y fiebre, que consulta a la guardia del HNRG, donde se constata tumoración cervical izquierda de consistencia aumentada, dolorosa a la palpación, sin cambios en la piel suprayacente. La ecografía muestra lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) aumentado de tamaño, ocupado por imagen nodular heterogénea de 40x23 mm, con tabiques gruesos, vascularizada y con áreas líquidas particuladas centrales compatibles con absceso. El laboratorio inicial muestra leucocitosis, aumento de la proteína C reactiva, tirotrófina (TSH) suprimida, y tiroxina libre (T4L) aumentada. Con diagnóstico de TAS se interna para la administración endovenosa de clindamicina. La lesión drena espontáneamente con franca mejoría clínica. En los controles ecográficos ambulatorios se observa una reducción del tamaño del absceso de 19x9 mm con presencia de burbujas de aire y evidencia en línea media de un trayecto

fistuloso de 3 mm hacia la vía aérea. Dada la persistencia del absceso luego de 6 semanas de antibioticoterapia, se decide la resolución quirúrgica con resección de la fístula del seno piriforme (FSP) izquierdo y exéresis del polo superior tiroideo homolateral. En 2 meses de seguimiento no ha presentado recidivas.

Caso clínico 2

Niño de 5 años que consulta por aparición de masa cervical, con antecedente de cuadro de vías aéreas superiores y fiebre 15 días previos. Al examen físico presenta tumoración en región anterior de cuello de aproximadamente 10x6 cm, de consistencia pétreo y dolorosa, con piel suprayacente eritematosa, caliente, y drenaje espontáneo al exterior (*Figura 1*). Se realiza ecografía que informa en topografía de celda tiroidea una imagen heterogénea hipocogénica, blanda, de aspecto semisólido, con bordes mal definidos, compatible con colección purulenta. El laboratorio evidencia leucocitosis y tirotoxicosis. Con diagnóstico de TAS se interna para antibioticoterapia endovenosa con clindamicina y ceftriaxona. A la semana, persiste absceso de menor tamaño -5x3 cm- y función tiroidea normal, por lo que se realiza drenaje, cultivo (negativo), y se incorpora vancomicina para completar 10 días de tratamiento. Luego de finalizado el mismo, presenta recidiva a las 72 h, por lo que reinicia tratamiento con ceftriaxona, clindamicina y rifampicina por 24 días hasta resolución del cuadro. Al mes presenta nueva recidiva que requiere antibiótico endovenoso. Aproximadamente un mes después de la antibioticoterapia se realiza esofagograma con bario que resulta normal, y ecografía que evidencia colección particulada que involucra parte del LTI con presencia de aire, probablemente por FSP. Ante la recurrencia del cuadro de TAS sumado a la sospecha de fístula se indica hemitiroidectomía izquierda con resolución definitiva

Figura 1. Absceso tiroideo izquierdo



del cuadro. No presentó recurrencia en el seguimiento posterior de 16 meses.

Caso clínico 3

Paciente femenina de 17 años que consulta por tumefacción en la región lateral izquierda de cuello y fiebre posterior a una faringoamigdalitis. La tomografía evidencia una imagen sugestiva de absceso tiroideo, por lo que se indica tratamiento oral con amoxicilina-clavulánico. Sin respuesta al mismo, una semana después se realiza ecografía que informa absceso tiroideo izquierdo de 32.9 x 24 x 31 mm, se interna para antibioterapia endovenosa con clindamicina por 7 días. Durante la internación se obtienen hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* y ante la mejoría clínica parcial, se indica egreso hospitalario continuando con clindamicina vía oral por 14 días. Al mes se reinternar para la resección del tejido inflamatorio en LTI hasta piso de la boca, no observándose tejido fistuloso franco. Recidiva a los 20 días por lo que recibe tratamiento antibiótico con cefalexina y rifampicina por 21 días hasta la resolución completa del cuadro. Al alta se solicita esofagograma con bario. La paciente discontinúa el seguimiento y regresa un año más tarde presentando una nueva recidiva con cultivo positivo para *Streptococcus viridans*, que requiere drenaje e internación para antibioterapia endovenosa. El esofagograma con bario muestra una FSP (Figura 2). Con este resultado y a los 2 meses del último

episodio se realiza fistulectomía dirigida por videoendoscopia. La paciente no presentó recidivas en los 5 años posteriores de seguimiento.

Caso clínico 4

Niña de 9 años que consulta por fiebre y odinofagia, sin respuesta al tratamiento con amoxicilina-clavulánico, que progresa agregando dolor y limitación a la movilidad cervical, taquicardia y leve temblor. Al examen físico se encuentra febril, tóxica, con signos clínicos de hipertiroidismo y agrandamiento tiroideo izquierdo, indurado, doloroso y con eritema local. La ecografía informa una imagen hipoecogénica de aspecto quístico, politabcada, de contenido líquido denso y heterogéneo en LTI.

El laboratorio constata leucocitosis, PCR elevada y tirotoxicosis franca. Con diagnóstico de TAS se interna para tratamiento endovenoso con ceftriaxona y clindamicina. A los 13 días se otorga el alta hospitalaria continuando con antibioterapia oral (amoxicilina-clavulánico). Realiza 40 días de tratamiento con mejoría clínica, pero con persistencia de colección en la región posterior del LTI en la ecografía. El esofagograma con bario no evidencia fístula. Cuatro meses más tarde se interna nuevamente por recidiva (absceso de 53 x 18 mm) por lo que se indica tratamiento con ceftriaxona y amoxicilina clavulánico (21 días totales) con buena respuesta clínica (Figura 3). Tanto la fibrolaringoscopia como TAC de cuello fueron normales. Ante la sospecha de anomalía de 3º o 4º arco branquial subyacente, se realiza exploración quirúrgica y hemitiroidectomía izquierda. La paciente discontinuó el seguimiento luego de la cirugía.

Figura 2. Esofagograma con bario que evidencia fístula del seno piriforme



Figura 3. Ecografía con colección particulada de 53 x 18 mm de extensión envolvente desde faringe a cara anterior tiroidea





Caso clínico 5

Niña de 3 años que consulta por fiebre y tumoración cervical dolorosa de una semana de evolución. Al examen físico se constata masa cervical anterior izquierda de 6 x 4 cm, dolorosa, eritematosa e indurada. La ecografía muestra una imagen heterogénea en topografía de LTI de 36 x 18 x 33,5 mm, con límites pocos definidos y áreas ecogénicas que podrían corresponder a calcificaciones. El laboratorio presenta leucocitosis, PCR elevada y función tiroidea conservada. Con diagnóstico presuntivo de TAS se decide internación para tratamiento antibiótico endovenoso con clindamicina. En las ecografías de control se constata una solución de continuidad de 3,5 mm en planos profundos sugestiva de trayecto fistuloso desde LTI hacia vía aérea superior. Completa 14 días de antibioterapia endovenosa con evolución favorable y continua de forma ambulatoria con amoxicilina + trimetoprima sulfametoxazol hasta la resolución del cuadro. La última ecografía realizada a los 2 meses del cuadro inicial muestra persistencia de la imagen hipoecoica en LTI y solución de continuidad posterior de 3 mm (sugestiva de fístula). Actualmente se encuentra en plan quirúrgico.

En esta serie se describen 5 pacientes, 3 mujeres y 2 varones, con una media de edad de 9.2 años (rango: 3-17) con diagnóstico de TAS. El principal motivo de consulta fue la detección de una tumoración cervical acompañado de fiebre y signos inflamatorios locales. Tres de ellos presentaban antecedente de un cuadro de vías aéreas superiores (faringitis, odinofagia) semanas previas. En todos los pacientes las ecografías reportaron la presencia de un absceso o colección tiroideas, estando comprometido en el 100 % el lóbulo tiroideo izquierdo. El laboratorio inicial mostró leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda. En el perfil tiroideo inicial, 3 casos presentaron tirotoxicosis (TSH suprimida y T4L elevada) y 2 una función tiroidea conservada. Todos los pacientes requirieron internación y antibioterapia endovenosa y un solo paciente requirió además betabloqueantes. El tratamiento antibiótico parenteral fue clindamicina y en 2 pacientes se asoció a ceftriaxona, con una duración mínima de 7 días. Dos niños requirieron drenaje de la lesión para su resolución. Un solo paciente tuvo cultivos positivos para *Estafilococo aureus*. Todos los pacientes continuaron tratamiento antibiótico oral (mínimo 14 días totales) y seguimiento ambulatorio con resolución del cuadro agudo. Tres niños

(60 %) presentaron recidiva -20 días a 4 meses posteriores al cuadro inicial- requiriendo nuevo tratamiento antibiótico. Se detectó la presencia de una fístula del seno piriforme mediante ecografía (3 pacientes) o esofagograma (1 paciente). El tratamiento definitivo consistió en la resección del trayecto fistuloso (4 pacientes), sin recidivas posteriores, manteniendo una función tiroidea normal excepto un paciente que evolucionó con hipotiroidismo.

DISCUSIÓN

La TAS es una patología infrecuente en pediatría; se estima que corresponde al 0,1 – 0,7 % de las enfermedades tiroideas.⁴ Las características propias de la glándula tiroidea la hacen muy resistente a las infecciones (alto contenido en yodo, capacidad de producir H₂O₂, alto flujo sanguíneo y linfático, presencia de cápsula fibrosa).⁵ Sin embargo, ciertos resabios embriológicos que permiten su comunicación (principalmente del lóbulo izquierdo) con la vía aérea -remanentes del conducto tirogloso, fístula del seno piriforme-, y en menor medida patología tiroidea preexistente -nódulo, adenomas-, traumatismos o procedimientos invasivos -punción aspiración con aguja fina, endoscopia- predisponen a cuadros de tiroiditis aguda.⁶

La FSP es la causa subyacente más común de la TAS, estando presente en hasta el 90 % de los casos.^{2,6,7} Es una anomalía poco frecuente causada por la obliteración incompleta de la tercera o cuarta bolsa faríngea durante la gestación.⁸ Las fístulas del tercer arco branquial comunican la base del seno, atravesando la membrana tirohioidea, a través o adosada al LTI y superficial al laríngeo superior; mientras que las que se originan en el cuarto arco parten del ápex del seno, con un trayecto similar pero profundo al nervio laríngeo superior y superficial al nervio laríngeo recurrente, pudiendo completar el trayecto de este nervio.⁹

Debido al desarrollo embrionario asimétrico, generalmente se localizan de lado izquierdo (87 % de los casos). Takai en el año 1979 fue el primero en demostrar que la TAS se asociaba a un trayecto fistuloso que se extendía desde el ápex del seno piriforme de la hipofaringe hasta la tiroidea o al espacio peritiroideo.^{2,10} En esta revisión, los pacientes eran inmunocompetentes y en todos se halló la FSP como factor predisponente de la TAS, estando comprometido en el 100 % de los casos el LTI.

La presentación clínica de la TAS se caracteriza por la aparición de una tumefacción o masa

a nivel cervical con signos inflamatorios locales (enrojecimiento, calor, rubor y dolor) que puede comprometer la movilidad cervical acompañado de un síndrome febril, frecuentemente asociado a cuadros infecciosos de la vía aérea superior. El laboratorio muestra leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda.³ La función tiroidea suele ser normal, pudiendo en un 2-3 % existir hipotiroidismo transitorio o permanente y en un 5 % tirotoxicosis desencadenada por la inflamación glandular que lleva a la liberación de hormonas tiroideas.¹¹ En nuestra serie, tres niños (60 %) presentaron tirotoxicosis al diagnóstico, una frecuencia mayor a la reportada a la bibliografía, lo que podría explicarse por la consulta precoz. Un caso requirió tratamiento con agentes betabloqueantes, mientras que los otros dos no requirieron intervención, evolucionando en forma espontánea hacia el eutiroidismo.

El diagnóstico definitivo se realiza con la identificación de un absceso tiroideo en la ecografía y/o TAC. La ecografía permite identificar desde el inicio del cuadro lesiones sólidas y/o quísticas, áreas heterogéneas correspondientes a la inflamación local, y caracterizar la localización y extensión del absceso. La TAC puede constatar además el grado de compromiso de la glándula tiroidea, y eventualmente la presencia de aire causado por una fístula mediante la "maniobra de trompeta o Valsalva". El esofagograma con bario permite detectar las fístulas del seno piriforme con una sensibilidad entre el 50 – 80 %, pero se debe realizar cuando el cuadro infeccioso ha resuelto, habiendo transcurrido por lo menos dos semanas del tratamiento antibiótico.^{6,12,13}

Similar a lo reportado en la bibliografía, en esta serie el esofagograma baritado tuvo baja sensibilidad, ya que solo en un caso se pudo evidenciar la presencia de FSP. En 3 de 5 casos, el diagnóstico de la FSP se realizó por ecografía. La valoración directa de la apertura de la fístula en la hipofaringe mediante métodos modernos como la endoscopia nasal o la laringoscopia es utilizada cada vez con mayor frecuencia, ya que tiene mayor sensibilidad para el diagnóstico de la FSP comparado con el estudio baritado y la TAC.^{11,13,14} Esto enfatiza la importancia de buscar la presencia de un resabio embriológico subyacente, principalmente cuando se presentan cuadros a repetición. Llamativamente, en uno de nuestros pacientes, tanto el estudio baritado como la fibrolaringoscopia resultaron normales.

La TAS es generalmente de origen bacteriano, proveniente de la flora orofaríngea, siendo el *Streptococcus* (β hemolítico del grupo A o pyogenes, α hemolítico o no hemolítico), el *Staphylococcus* (aureus o epidermidis), las enterobacterias, y, en menor medida, los anaerobios, los agentes más frecuentes. El tratamiento inicial consiste en antibióticos de amplio espectro y drenaje de la lesión si fuera necesario.^{2,5,15} En pacientes con lesiones abscedadas fluctuantes se debe realizar una punción-aspiración bajo guía ecográfica para aislamiento del germen y drenaje.^{15,16}

En esta serie, se obtuvo rescate bacteriológico en un solo paciente. La antibioterapia de elección es la clindamicina y cefotaxime vía endovenosa, debiéndose luego adecuar según el rescate de germen en el cultivo. La duración del tratamiento antibiótico mínimo es de 14 días, pudiendo extenderse según la evolución del absceso.^{15,17} En todos los casos de esta serie el tratamiento antibiótico endovenoso inicial con clindamicina se seleccionó por la cobertura de los gérmenes más prevalentes. El tiempo de duración de tratamiento varió según la evolución clínica.

La presencia de una FSP subyacente es muy frecuente y condiciona la recurrencia del cuadro de TAS.^{2,6,7} Tres pacientes de esta serie presentaron recurrencia (60 %) en un periodo comprendido entre 20 días hasta 4 meses posteriores al cuadro inicial. Por qué un niño con una FSP no presenta una TAS durante muchos años de su vida y luego del primer episodio recurre, es motivo de incertidumbre. Se podría especular que la TAS modifica el espacio "virtual" de la fístula y esto predispone a la recurrencia. El tratamiento definitivo de la misma es la resección quirúrgica por cervicotomía, con o sin hemitiroidectomía.

Como alternativa, dado que la identificación de la fístula puede ser difícil y por las complicaciones de una cirugía abierta (parálisis de cuerdas vocales, fístula salival, infecciones), se han desarrollado diferentes técnicas endoscópicas como la cauterización química con ácido tricloroacético o nitrato de plata, con buenos resultados.^{11,13,14} En esta serie, 3 de los 5 pacientes (60 %) fueron tratados mediante resección quirúrgica de la FSP, dos requirieron además resección del tejido tiroideo adyacente comprometido. Un solo paciente fue resuelto mediante laringoscopia. Luego de la exéresis de la FSP, solo un caso registró una complicación (infección de herida quirúrgica) y de los que continuaron en seguimiento ninguno presentó



recidiva. Un solo caso evolucionó con hipotiroidismo permanente secundario a la hemitiroidectomía. Por las ventajas que ofrece, el tratamiento endoscópico podría ser considerado de elección para la resolución de la FSP.

Entre los diagnósticos diferenciales de la TAS se encuentra principalmente la tiroiditis subaguda, y con menor frecuencia el adenoflemón cervical, la adenitis tuberculosa, el quiste tirogloso, o la hemorragia aguda de un nódulo tiroideo. La tiroiditis subaguda o de Quervain es la inflamación difusa de la glándula tiroides de origen viral que ocurre también, posterior a un cuadro de vías aéreas superiores. Desde el punto de vista clínico cursa con franca tirotoxicosis, heterogeneidad tiroidea en la ecografía y su tratamiento es con drogas antiinflamatorias. En los casos del adenoflemón cervical o la adenitis tuberculosa la presentación clínica es una inflamación ganglionar laterocervical sin compromiso de la glándula tiroides que requiere tratamiento antibiótico específico. El quiste tirogloso constituye un remanente del trayecto de descenso del esbozo tiroideo (conducto tirogloso) desde la base de la lengua hasta los primeros anillos traqueales (lugar habitual de localización de la glándula tiroides) que suele ponerse de manifiesto por

infección de las vías aéreas superiores. Se caracteriza habitualmente por una tumoración cervical central que excursiona con la deglución y no suele comprometer la glándula tiroides. Es diagnosticado frecuentemente por pediatras en los controles de salud y se trata con antibioticoterapia cuando se infecta y requiere exéresis quirúrgica. La hemorragia aguda de un nódulo tiroideo se presenta como una tumoración tiroidea de aparición súbita y dolorosa sin signos de infección que se confirma mediante ecografía cervical.

CONCLUSIÓN

La TAS es una patología muy poco frecuente en pediatría que requiere de un diagnóstico oportuno y un tratamiento antibiótico temprano de amplio espectro y prolongado. La tirotoxicosis inicial fue más frecuente que la reportada en la bibliografía. La FSP es la anomalía embriológica predisponente más frecuente, por lo que se impone su búsqueda ante la recurrencia mediante estudios de imágenes como la ecografía, TAC, el esofagograma con bario y la fibrolaringoscopia. Si bien el tratamiento convencional de la FSP es la cirugía, las técnicas endoscópicas permitirían la identificación y obliteración de la fístula con menores complicaciones.

Tabla1

Cuadro clínico, bioquímico y evolución de los pacientes con TAS					
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	12	5	17	9	3
Sexo (M/F)*	M	M	F	F	F
Laboratorio inicial**	GB 19 100 ml/mm ³ PCR 38 mg/l	GB 14 500 ml/mm ³	GB 18 700 ml/mm ³	GB 10 700 ml/mm ³ PCR 37 mg/l	GB 13 200 ml/mm ³ PCR 70.6 mg/l
Función tiroidea inicial***	Hipertiroidismo TSH 0,01 uUI/ml T4L 2,79 ng/dl	Hipertiroidismo TSH < 0,0 uUI/ml T4L 2,88 ng/dl	Normal TSH 4,7 uUI/ml T4L 1,1 ng/dl	Hipertiroidismo TSH < 0,01 uUI/ml T4L 3,32 ng/dl	Normal TSH 6,3 uUI/ml T4L 1,06 ng/dl
Antibiótico-terapia inicial	Clindamicina (6 sem total)	Clindamicina + Ceftriaxona (34 días total)	Clindamicina (14 días total)	Clindamicina + Ceftriaxona (40 días total)	Clindamicina (14 días total)
Requirió drenaje	No	Sí	Sí	No	No
Rescate de germen	-	No	Sí (<i>S. aureus</i>)	-	-
Recidiva (# episodios)	No	Sí (3)	Sí (3)	Sí (2)	No
Identificación de la FSP	Ecografía	Ecografía	Esofagograma	No	Ecografía
Tratamiento definitivo	Resección de FSP izquierdo y exéresis del polo superior tiroideo izquierdo	Resección y hemitiroidectomía izquierda	Fistulectomía dirigida por video-endoscopia	Hemitiroidectomía izquierda	Pendiente
Seguimiento posterior	2 meses No recidiva	16 meses No recidiva	5 años No recidiva	Discontinúo	-
Función tiroidea residual	Normal	Hipotiroidismo	Normal	Normal	-

* M: masculino, F: femenino.

** Laboratorio - valores de referencia: GB 4 500-13 500 ml/mm³, PCR 0.6-5.0 mg/l.

*** Laboratorio de perfil tiroideo - valores de referencia: TSH 0.5-6.5 uUI/ml, T4L 0.8-2.0 ng/dl.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pombo M, Audi L, Bueno M, et al. Tratado de Endocrinología Pediátrica. 4^{ta} Edición. Madrid: McGraw-Hill, 2009;33:390-2.
2. Chi H, Lee YJ, Chiu NC, et al. Acute suppurative thyroiditis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21(5):384-7.
3. Bilbao NA, Kaulfers AD, Bhowmick SK. Subacute Thyroiditis in a child. *AACE Clin Case Rep* 2019;5(3):e184-e186.
4. Shrestha R, Hennessey J. Acute and Subacute, and Riedel's Thyroiditis. En: 2015 Dec 8. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al. Editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. PMID: 25905408. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK285553>.
5. Brook I. Microbiology and management of acute suppurative thyroiditis in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67(5):447-51.
6. Smith SL, Pereira KD. Suppurative thyroiditis in children: a management algorithm. *Pediatr Emerg Care* 2008;24(11):764-7.
7. Rizzo L, Mana D, Bruno O. Tiroiditis no-autoinmunes. *Medicina (Buenos Aires)* 2014;74:481-92.
8. Xiao X, Zheng S, Zheng J, et al. Endoscopic-assisted surgery for pyriform sinus fistula in children: Experience of 165 cases from a single institution. *J Pediatr Surg* 2014;49(4):618-21.
9. Rappaport D, von Jentschyk RN, Gac EP, et al. Fístulas del seno piriforme congénitas. Reporte de 4 casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Cir* 2018;70(2):168-72.
10. Takai SI, Miyauchi A, Matsuzuka F, et al. Internal fistula as a route of infection in acute suppurative thyroiditis. *Lancet* 1979;1(8119):751-2.
11. Seo JH, Park YH, Yang SW, et al. Refractory acute suppurative thyroiditis secondary to pyriform sinus fistula. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2014;19(2):104-7.
12. Masuoka H, Miyauchi A, Tomoda C, et al. Imaging studies in sixty patients with acute suppurative thyroiditis. *Thyroid* 2011;21(10):1075-80.
13. Cuestas G, Rodríguez V, Bellia Munzón P, et al. Absceso retrofaríngeo por fístula congénita del seno piriforme en una adolescente. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(1):e81-e84.
14. Cuestas G, Doormann F, Rodríguez V, et al. Electrocauterización endoscópica para el tratamiento de las fístulas congénitas del seno piriforme en pediatría. Serie de casos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2016;68(4):220-5.
15. Brook I. Microbiology and antimicrobial management of head and neck infections in children. *Adv Pediatr* 2008;55:305-25.
16. Giadrosich V, Hernández C MI, Izquierdo Q C, et al. Tiroiditis aguda supurada en un paciente pediátrico. *Rev Méd Chile* 2004;132:219-22.
17. Cases JA, Wenig BM, Silver CE, et al. Recurrent acute suppurative thyroiditis in an adult due to a fourth branchial pouch fistula. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85(3):953-6.

Texto recibido: 10 de marzo de 2021.

Aprobado: 18 de junio de 2021.

Conflicto de interés: ninguno que declarar.

Forma de citar: Suco Valle S, Papendieck P, Masnata ME et al. Tiroiditis aguda supurativa: experiencia en un centro de Endocrinología Infantil de referencia. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2021;63 (281):74-80.