

Tiroiditis de Quervain. Informe de caso

De Queravin's thyroiditis. Inform of a case

Dr. Ihosvany Ruiz Hernández, Dr. Antonis Cano Soler, Dr. Antonio Yosvany Méndez Alonso, Dra. Aida García Guell

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La tiroiditis de Quervain es probablemente de origen viral. Los síntomas suelen aparecer después de una infección de las vías respiratorias altas, y se caracterizan por malestar general, febrícula y dolor, generalmente unilateral, sobre el tiroides o referido hacia los oídos o la mandíbula. En la exploración se destaca una gran sensibilidad a la palpación del tiroides, que se encuentra aumentado de tamaño y nodular. En algunas ocasiones no aparece dolor, siendo raro que debute con signos de hipertiroidismo grave. Lo característico es el aumento de la velocidad de sedimentación y la disminución de la captación tiroidea de yodo radiactivo. Respecto a los niveles hormonales, en una primera etapa, T4, T3 están elevadas y TSH suprimida; posteriormente, a medida que se vacía la glándula de hormona se produce una fase de hipotiroidismo. El diagnóstico diferencial debe establecerse con la enfermedad de graves y con la tiroiditis silente, entre otras. El proceso evoluciona a lo largo de varios meses produciéndose recuperación completa de la función tiroidea. En aquellos casos más leves, los síntomas se suelen controlar con antiinflamatorios, siendo necesaria la utilización de esteroides en los casos que presentan más gravedad. No está indicado el tratamiento con antitiroideos y se puede utilizar el propranolol para controlar los síntomas de hipertiroidismo. Al tener un paciente con estas características decidimos presentarlo.

Palabras clave: tiroiditis de Quervain, clínica, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

This entity probably has a viral origin. The symptoms usually began after an infection of the upper respiratory ways and are characterized by general discomfort, mild fever and pain, generally unilateral, on the thyroid or referred to ears and jawbone. In the exploration, there is a great sensibility at the touch of the thyroid, nodular and increased in size. Sometimes there is no pain, being rare the debut with signs of serious hyperthyroidism. What it is characteristic is the increase of the sedimentation speed and the decrease of the thyroidal capture of radioactive iodine. Respecting the hormonal levels, in the first stage T4 and T3 are increased and TSH eliminated; lately, as the hormonal gland gets empty, there is a stage of hypothyroidism. The differential diagnosis should be established with the serious disease and with the silent thyroiditis. The process evolves during several months achieving the complete recovering of the thyroidal function. In those milder cases, it is usual to control the symptoms with anti inflammatory drugs, being necessary the use of the steroidal ones in most in the most serious cases. It is not indicated the treatment with anti thyroids and propranolol may be used to control the symptoms of hyperthyroidism. Having a patient with these characteristics we decided to present the case.

Key words: De Quervain´s thyroiditis , clinic, differential diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis de Quervain se caracteriza por la presencia de granulomas con células gigantes multinucleadas en la glándula. La entidad tiene numerosos sinónimos (tiroiditis aguda simple, de células gigantes, seudotuberculosa) y puede aparecer a cualquier edad, aunque es rara en niños y se observa con mayor frecuencia entre la segunda y la quinta décadas de la vida, con una relación mujer/varón de 3-6:1. En el 8-16 % de los casos existe bocio previo. La etiología de la tiroiditis subaguda es desconocida, aunque existen muchos datos a favor de su posible origen vírico. Su asociación con el HLA-B35, en más del 70 % de los pacientes, demuestra la existencia de una predisposición genéticamente determinada a padecer la enfermedad.^(1,2)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente egresada de la sala J del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José Ramón López Tabrane, de Matanzas, en el año 2011, portadora de una tiroiditis de Quervain. Se ejecuta una revisión bibliográfica en relación al diagnóstico diferencial de esta entidad.

Se solicitó el consentimiento informado a la paciente para la presentación de esta investigación, cuidándose los aspectos básicos de la bioética.

Fuentes de información

El dato primario se obtuvo de la revisión de la historia clínica de la paciente presentada, así como de la entrevista médica realizada por los autores de la investigación.

Procedimiento

La información relativa a esta investigación fue apoyada por un enfoque médico, utilizándose criterios clínicos y anatómicos en su discusión.

Procesamiento de la información

Los resultados se procesaron en Microsoft Word 2003, empleando una PC Pentium M Celaron 1300Mhz, con ambiente de Windows XP. Paciente M.G.L., con historia clínica 432569, femenina, de 39 años de edad, blanca, de procedencia rural, que acude al hospital provincial refiriendo habersele diagnosticado una laringitis aguda hace 7 días, con dolor cervical anterior, irradiado a las mandíbulas y los oídos, marcado nerviosismo, ansiedad, y pérdida de peso (alrededor de 10 libras en un mes). Al examen físico, se comprueba la existencia de bocio doloroso a la palpación, el cual está discretamente caliente y rojo, se constata fiebre de 38-40 grados en varias tomas y días consecutivos sin tener relación horaria. Exámenes realizados:

- Hb: 13 g/l
- Leucograma: 17,3 x 10⁹/l, 12,4 x 10⁹/l, 13,2 x 10⁹/l
- Plaquetas: 280x10⁹/l
- Urea: 3,6 mmol/l
- Creatinina: 82 mmol/l
- Proteína C reactiva: 4 mg/l
- Proteínas totales: 77 g/l
- Albúmina: 34 g/l
- V.S.G: 90 mms, 110mms, 104mms.
- Perfil hepático: normal
- Serologías VIH y VDRL: no reactivas
- Antígeno de superficie y anticuerpo C: no reactivos
- A.N.A y ANCA negativos.
- Lipidograma normal
- Ultrasonido abdominal y ginecológico: normal.
- Ultrasonido tiroideo: glándula aumentada heterogéneamente, con múltiples imágenes nodulares.
- Panendoscopia y tránsito intestinal sin alteraciones.
- Rx de tórax: negativo
- Glicemia: 4,3 mmol.
- BAAF Tiroides: en el estudio citológico se observaron células gigantes multinucleadas "de cuerpo extraño" y agregados de células epitelioides. También se hallaron linfocitos, células plasmáticas y células foliculares con cambios degenerativos.
- HLA-B35: Positivo.
- T4: Aumentado, TSH: disminuida.
- Gammagrafía tiroidea: tiroides hipocaptante.
- Anticuerpos antitiroideos: positivos.

DISCUSIÓN

Diagnóstico diferencial

Cara anterior y media

Bocio simple: aumento de volumen total o parcial del tiroides, que no determina signos y síntomas de actividad funcional, y no es de origen inflamatorio, ni funcional, es un tumor redondeado monolobulado, consistencia blanda, elástica y más firme. Maniobra de Quervain positiva.⁽³⁾

Bocio difuso de Graves-Basedow: generalmente se ve en la edad media, entre 30-40 años, más frecuente en el sexo femenino. Se caracteriza por nerviosismo, palpitaciones, fatiga, debilidad, pérdida de peso, disnea, calor, sudoración, trastornos menstruales, temblor, exoftalmos, taquicardia, adelgazamiento, mirada brillante, fija. Al examen físico: se palpa un tumor de consistencia firme, elástico, uniforme, se puede auscultar thrill (por aumento de la vascularización).⁽⁴⁻⁵⁾

Enfermedad de Plummer (bocio nodular con hipertiroidismo): se ve en individuos nerviosos, excitables con gran inestabilidad vago simpática, mirada fija con escaso parpádeo. Generalmente, son pacientes delgados, sensibles al calor y con emotividad exagerada, taquisígmia, diarrea, vómito. Se palpa tumor redondeado, localizado a nivel infrahioideo, a un lado de la línea media, no desplazable en sentido vertical pero sí en transversal y acompaña los movimientos de la laringe.⁽⁶⁾

Ránula sublingual: proceso quístico del suelo de la boca, del frenillo de la lengua. Más frecuente en mujeres jóvenes, es indoloro. Cuando crece, produce dificultad en los movimientos de la lengua, puede dificultar la deglución e incluso la respiración.⁽⁷⁾

Quiste sebáceo: proceso benigno que se desarrolla en la piel, por el aumento del sebo procedente de las glándulas sebáceas, puede ser aplanado cuando es pequeño y redondeado, cuando es de mayor tamaño, puede ser único o múltiple, piel distensible, lustrosa, a veces punto negro, que se corresponde con el conducto excretor ganglionar obstruido por la suciedad. Son móviles, puede ser fluctuantes o blandos, indoloros.⁽²⁾

Quiste dermoide: es congénito, una tumoración redondeada, indolora, consistencia más bien firme, no adherente a la piel, la cual se desliza fácilmente sobre la misma.⁽²⁾

Tiroiditis aguda bacteriana (o piógena). Es un trastorno muy raro. La infección se produce por la extensión (vía hematógica o linfática) de una infección bacteriana de otra localización o por la entrada directa del germen (traumatismo, conducto tirogloso persistente). Se manifiesta por dolor, calor y tumefacción local, así como síntomas generales de infección. El tratamiento consiste en tratamiento antibiótico y el drenaje, si existen colecciones purulentas. Los gérmenes implicados más frecuente son *S. aureus*, estreptococo hemolítico y neumococo. En pacientes con SIDA puede haber tiroiditis aguda por *pneumocystis carinii*.⁽⁷⁾

Tiroiditis linfocitaria con tirotoxicosis transitoria (TTLTT) (silente o indolora). Este cuadro puede ocurrir a cualquier edad, si bien es más frecuente en las mujeres. Las manifestaciones de hipertiroidismo son leves, aunque ocasionalmente pueden ser graves. La palpación tiroidea demuestra una glándula aumentada de tamaño, indolora y de consistencia aumentada.⁽⁷⁾

La velocidad de sedimentación es normal, la captación de yodo radiactivo está disminuida, los anticuerpos antitiroideos pueden ser positivos en títulos bajos y las hormonas tiroideas están elevadas con TSH suprimida. Su etiología es desconocida, aunque se cree que la autoinmunidad desempeña un papel importante en su génesis. El cuadro evoluciona insidiosamente durante 2-5 meses. Tras la primera fase hipertiroidea, un 20-40 % de los pacientes sufren una fase de hipotiroidismo sintomático y bioquímico que a veces requiere tratamiento sustitutivo. Es frecuente, su aparición después del embarazo (tiroiditis postparto). Puede haber recurrencias hasta en un 10 % de los casos. Puede asociarse a diabetes mellitus hasta en un 25 % de los casos.

El diagnóstico diferencial se debe establecer en la fase tirotóxica con la enfermedad de Graves y con el resto de causas de hipertiroidismo con tirotoxicosis con captación disminuida. A veces para su diagnóstico definitivo se debe realizar biopsia tiroidea.

Tiroiditis fibrosante (de Riedel o estruma de Riedel). Es un trastorno inflamatorio raro y de etiología incierta. Clínicamente se presenta con síntomas de presión y en la exploración se encuentra una glándula aumentada de tamaño, dura e inmóvil. Se asocia a veces con fibrosis mediastínica y retroperitoneal. Existe hipotiroidismo en un 25%, los anticuerpos antitiroideos son negativos y la captación de yodo está disminuida. El diagnóstico diferencial se debe establecer con el carcinoma anaplásico de tiroides, y el tratamiento es quirúrgico si existen síntomas de compresión.⁽²⁾

Tiroiditis linfocitaria crónica (de Hashimoto o bocio linfoide). Esta enfermedad es un proceso inflamatorio crónico en el que intervienen factores autoinmunitarios. Aparece con más frecuencia en mujeres de edad media. El bocio es la principal manifestación de este proceso. Suele ser asimétrico, de consistencia elástica y con aumento del lóbulo piramidal. Al comienzo de la enfermedad, la reserva tiroidea suele estar intacta o mostrar un hipotiroidismo subclínico. Conforme avanza la enfermedad, se desarrolla hipotiroidismo. Existen casi siempre títulos elevados de anticuerpos antiperoxidasa. En vista de la frecuencia con la que se desarrolla hipotiroidismo y de la existencia de bocio, está indicado el tratamiento con tiroxina. Histológicamente se observa una infiltración linfocitaria difusa y algunas células epiteliales con alteraciones oxífilas en el citoplasma, características de la tiroiditis de Hashimoto. Entre los signos que demuestran la participación de factores autoinmunes se encuentran la infiltración linfocitaria de la glándula y la presencia de anticuerpos antitiroideos (anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa). La tiroiditis de Hashimoto se puede asociar a otras enfermedades autoinmunes (anemia perniciosa, S. de Sjögren, lupus, insuficiencia suprarrenal, etc.). Existe un aumento de incidencia del linfoma tiroideo. Algunos enfermos presentan hipertiroidismo y títulos elevados de anticuerpos antitiroideos; este proceso se denomina "Hashitoxicosis" y puede sugerir la combinación de dos procesos autoinmunes: enfermedad de graves y tiroiditis de Hashimoto. El hipertiroidismo asociado a la tiroiditis de Hashimoto se trata de forma convencional, aunque tanto el I-131 como la cirugía se emplean raras veces, ya que el proceso inflamatorio crónico suele limitar la duración de la hiperfunción tiroidea.⁽²⁾

Otras causas: quiste tirogloso, adenopatía submentoniana, higroma (Bolsa de Bayer) y quiste epidérmico.

Cara lateral

Quiste braquial: se ve con más frecuencia al final de los 20 años y al principio de los 30 años de edad, es de tamaño discreto (no mayor que una pelota de tenis),

renitente, borde definido, superficie lisa, algo fijo, indoloro, cuando se infectan aparecen signos inflamatorios asociados.⁽⁸⁾

Higroma quístico: proceso embrionario de naturaleza linfática, se origina debajo de la aponeurosis, tumor redondeado u ovalado o lobulado, color gris, translucido, cubierto por piel delgada, blanquecina, azulada, de consistencia blanda, límites imprecisos, no desaparece con la presión, ni aumenta con la tos.⁽⁵⁻⁹⁾

Epitelioma broncogénico: no es frecuente, casi exclusivo en hombres, tumor profundo de consistencia leñosa, cubierto por el esternocleidomastoideo, en su evolución se acompaña de dolor.⁽⁸⁾

Tumor del corpúsculo carotídeo: es un tumor benigno, propio de la pubertad, poco frecuente, se ve en ambos sexos, bilateral, nódulo firme elástico, redondeado, del tamaño de una nuez, movable lateralmente, trasmite el latido de la arteria carótida.⁽⁹⁾

Adenopatía inflamatoria crónica: se produce aumento de volumen de uno o varios ganglios con escasa sintomatología y es producido por estreptococo y estafilococo.⁽⁸⁾

Aneurisma del cuello: tumor redondeado o alargado, se palpa thrill, se ausculta soplo sistólico. Tumor de crecimiento lento, con fenómeno compresivo (tos, disnea y disfagia, además, de neuralgia por compresión del nervio frénico).⁽⁹⁾

Tumor de la parótida: es poco frecuente, exclusivo en hombres mayores de 60 años. Es un tumor con volumen considerable, redondeado, abollonado y consistencia blanda, piel roja, caliente, tensa por el crecimiento rápido, dolor precoz por toma linfática, puede dar dificultad para la deglución y respiración, parálisis facial precoz.⁽⁹⁾

Otras causas: tumor para tiroideo, absceso cervical lateral, hematoma del músculo esternocleidomastoideo, divertículo esofágico, tortículitis congénita.⁽⁸⁾

Ante un aumento de volumen de cara anterior del cuello, es necesario realizar una entrevista médica exhaustiva y un examen físico mesurado, completando el mismo con complementarios razonados de acuerdo a nuestro juicio diagnóstico para descartar otras entidades que pudieran involucrarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Quervain F. Die akute und subakute nicht eiterige thyreoiditis. Mitt Grenzgeb. Med Chir. 1936;44:538-90.
2. Singer PA. Thyroiditis. Acute, subacute and chronic. Med Clin North Am. 1991;75:61-77. Citado en PubMed; PMID: 1987447.
3. Cooper DS. Hyperthyroidism. Lancet. 2003;362(9382):459-68. Citado en PubMed; PMID: 12927435.
4. Farreras R. Medicina Interna. 13ra ed. Vol 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 2053-97.

5. Manual Merck. Vol. 5. 11na ed. Madrid: Editorial Elsevier; 2007. p. 1300-17.
6. Harrison TL. Manual de Medicina. 16a ed. Madrid: Ediciones. Mc Graw-Hill; 2005. p. 868-74.
7. Cruz M. Tratado de Pediatría. Vol. 1. 7ma ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 982-1002.
8. Matarama Peñate M. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 391-402.
9. Aguilar Pacín N. Manual de Terapéutica de Medicina Interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 242-48.

Recibido: 11 de mayo de 2013.

Aprobado: 24 de junio de 2013.

Ihosvany Ruiz Hernández. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente José R. López Tabrane. Santa Rita esq. a San Isidro, Versalles. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: yhosvanys.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Hernández I, Cano Soler A, Méndez Alonso AY, García Guell A. Tiroiditis de Quervain. Informe de caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 35(4). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol4%202013/tema09.htm>