

PRESENTACION DE CASO

Tiroiditis subaguda como causa de síndrome febril prolongado. Presentación de un caso Prolonged Fever Caused by Subacute Thyroiditis. A Case Report

Dra. Lisbet María Cortez Mijares, ⁽¹⁾ Dr. Ariel Martínez Lastre, ⁽²⁾ Dra. Claribel Plain Pozos. ⁽³⁾

¹Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Endocrinología. ² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. ³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora instructora. Hospital General Docente Mártires del 9 de Abril. Villa Clara.

¹Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Endocrinology. ²Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Internal Medicine. ³ Second Professional Degree in General Medicine. Instructor. 9 de Abril General Teaching Hospital. Villa Clara.

RESUMEN

Paciente femenina de 44 años de edad que un mes antes de acudir a Cuerpo de Guardia de Medicina del Hospital Mártires del 9 de Abril, comenzó con dolor ligero en la región lateral del cuello con signos de inflamación, dolores articulares, malestar general, pérdida de peso. Además presentaba fiebre de 38,5 °C de 15 días de evolución, que aparecía fundamentalmente en horario vespertino. No se recogieron antecedentes de proceso infeccioso respiratorio previo. Fue hospitalizada y se le realizó hemocultivo que resultó positivo para *Klebsiella pneumoniae*. Se trató con antibióticoterapia y antiinflamatorios, con lo que se logró mejoría clínica. Egresó con diagnóstico de síndrome febril prolongado y tiroiditis de Quervain. A los 15 días del egreso la paciente se encontraba asintomática.

Palabras clave: tiroiditis subaguda; fiebre; fiebre de origen desconocido

Límites: humanos; adulto; femenino

ABSTRACT

Female patient aged 44. A month before attending Medicine Emergency Services at the 9 de Abril General

Teaching Hospital she started having mild pain at the lateral neck with signs of inflammation, joint pain, malaise and weight loss. She also presented a fever of 38.5 ° C during 15 days of evolution, appearing mainly in the afternoons. No records of prior respiratory infectious process were collected. She was hospitalized and blood culture was performed. It resulted positive for *Klebsiella pneumoniae* and was treated with antibiotics and anti-inflammatories, thus achieving clinical improvement. The patient was released with a diagnosis of persistent fever and Quervain thyroiditis. After 15 days, the patient was asymptomatic.

Key words: thyroiditis, subacute; fever; fever of unknown origin

Limits: humans; adult; female

INTRODUCCIÓN

El término tiroiditis comprende un grupo amplio de trastornos tiroideos caracterizados por un proceso inflamatorio de las glándulas tiroideas, de etiología y presentación variada. Las tiroiditis pueden ser clasificadas según diferentes criterios: de acuerdo con su etiopatogenia, la forma de presentación y evolución, según los hallazgos patológicos o de acuerdo con la

Recibido: 2 de noviembre de 2012

Aprobado: 1 de diciembre de 2012

Correspondencia:

Dra. Lisbet María Cortez Mijares.

Carretera del Circuito norte Km 2 ½ No. 262.

Sagua La Grande Villa Clara. CP:52 310

Dirección electrónica: yailinro@undoso.vcl.sld.cu

presentación clínica. Teniendo en cuenta la forma de presentación y evolución pueden clasificarse en agudas, subagudas y crónicas. ⁽¹⁻⁴⁾

La mayoría de los autores usan el término de tiroiditis subaguda para referirse a la tiroiditis subaguda granulomatosa, también denominada tiroiditis de Quervain o tiroiditis subaguda dolorosa. ⁽⁵⁾ Este tipo es una causa poco común de tirotoxicosis, frecuente en mujeres en la cuarta y quinta décadas de la vida. Se caracteriza clínicamente por dolor severo en la región anterior del cuello. Constituye la causa más común de tiroides dolorosa en la que aparece un bocio doloroso a la palpación y se acompaña de síntomas generales como fiebre, mioartralgias y mal estado general. ^(5,6)

La tirotoxicosis transitoria clínica y/o bioquímica es la forma clásica de presentación durante 2 a 6 semanas, seguida de una fase de eutiroidismo, luego hipotiroidismo y posteriormente se recupera la función en un período de 4 a 6 meses. Presuntamente, la produce una infección viral; en muchos pacientes aparece como antecedente la infección de vías aéreas superiores. ^(1,2,5)

Los hallazgos más destacables en las pruebas complementarias en la fase aguda son secundarios a la destrucción del parénquima glandular: elevación importante de la velocidad de sedimentación globular (VSG), aumento de las hormonas tiroideas (T4 L T3 L), descenso notable de la hormona estimulante del tiroides (TSH) y una disminución de la captación del yodo radiactivo por el tiroides (RAIU, por sus siglas en inglés).

El tratamiento está dirigido a aliviar el dolor y mejorar los síntomas, para lo cual se utilizan agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), glucocorticoides y betabloqueadores. ⁽⁷⁻⁹⁾

El síndrome febril prolongado es el que se extiende de 6 a 21 días, sin que el examen físico más prolijo descubra un foco que lo explique en algún órgano. ⁽¹⁾

Por ser la tiroiditis subaguda una entidad poco común se decidió la publicación de este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 44 años de edad, color de piel blanca, de ocupación enfermera, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial desde hacía aproximadamente 10 años, para lo cual llevaba tratamiento con captopril a dosis de dos tabletas diarias; asma bronquial que se trataba con broncodilatadores inhalados; padeció paludismo y fiebre tifoidea aproximadamente dos años antes mientras se encontraba en Haití.

Ingresó el día 24 de noviembre del 2010 por fiebre de 38,5 °C de 15 días de evolución. En la anamnesis se recogió que desde un mes antes comenzó con dolor ligero en la región lateral izquierda del cuello que se exacerbaba con la deglución, masticación y movimientos de la cabeza, a los 15 días el dolor desapareció, pero reapareció luego en la región lateral derecha del cuello,

con irradiación al oído de ese lado y región occipital, acompañada de dolores articulares, malestar general y pérdida de peso. La fiebre se producía fundamentalmente en horario vespertino. No se recogieron antecedentes de proceso infeccioso respiratorio previo.

Datos positivos al examen físico:

- Palidez cutáneo-mucosa.
- Examen del tiroides: bocio de 35 a 40 gramos, firme, irregular, doloroso difusamente a la palpación, acompañado de rubor y calor, no soplo a ese nivel.

Exámenes complementarios:

- Hemoglobina: 10,3 g/l.
- Leucograma: 6,8 ml/mm³ con diferencial normal.
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): 118 mm/h.
- Proteína C reactiva: elevada.
- Glucemia, creatinina, aspartato aminotransferasa (TGP), transaminasa glutámico-oxalacética (TGO), bilirrubina, colesterol, triglicéridos, ácido úrico: valores normales.
- Factor reumatoideo: negativo.
- Lámina periférica: hematíes en pila de moneda, hipocromía ++, leucocitos adecuados en número, plaquetas normales en número y agregación.
- Gota gruesa para detectar *Plasmodium*: negativa.
- Gota gruesa para diagnosticar meningitis: negativa.
- Exudado faríngeo: negativo.
- Cultivo de la bilis: negativo.
- Coprocultivos: negativos.
- Hemocultivo: positivo para *Klebsiella pneumoniae*, sensible a ciprofloxacilo y amikacina.
- Ecocardiograma: negativo.
- Antígeno de superficie para hepatitis B: negativo.
- Anticuerpo antihepatitis C: negativo.
- VDRL para diagnosticar sífilis: negativo.
- VIH: negativo.
- Cultivo de la médula: negativo.

Exámenes imagenológicos:

- Radiografía de tórax: negativa.
- Medulograma: reactividad medular en curso de proceso infeccioso.
- Ultrasonido abdominal: negativo.

Se comenzó tratamiento con ciprofloxacilo endovenoso por 10 días, pero los síntomas persistieron.

Se le realizó ultrasonido de tiroides que arrojó como resultados: ísmo de 1,7 mm. Lóbulo derecho de 20 x 18 x 37 mm. Lóbulo izquierdo de 25 x 15 x 33 mm. Cambios en la ecogenicidad con tendencia a lo nodular.

Se realizó interconsulta con especialistas del Servicio de Endocrinología con la impresión diagnóstica de tiroiditis subaguda de Quervain.

Se realizó:

- Biopsia por aspiración con aguja fina que corroboró el diagnóstico.
- T3, T4 y TSH normales, se constató que la función tiroidea era normal en ese momento.

Se comenzó tratamiento con ibuprofeno a dosis de 1 tableta cada 8 horas. Debido a que la función tiroidea era normal no se indicó otro tratamiento.

A los 10 días del tratamiento se observó mejoría clínica y en los resultados de los exámenes complementarios.

Egresó el día 14 de diciembre del 2010. A los 15 días del egreso se encontraba asintomática y los resultados de los exámenes complementarios eran normales.

DISCUSIÓN

La tiroiditis subaguda de Quervain es una enfermedad

poco común que en este caso se manifestó como un síndrome febril prolongado de 15 días de evolución con función tiroidea normal. El hemocultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae* indica una infección por este germen, aunque no se pudo precisar la localización. A pesar de que la causa más frecuente de la tiroiditis de Quervain es viral, los autores consideran que en este caso la infección estuvo estrechamente relacionada con la aparición de la tiroiditis, pues después de ser controlada la infección y del tratamiento antiinflamatorio la paciente evolucionó muy bien hacia la mejoría clínica y resolución del cuadro.

A pesar de ser esta una entidad poco común es imperativo tenerla presente cuando estamos ante un caso con síndrome febril prolongado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wartofsky L, Ingbar S. Diseases of the thyroid. En: Fauci A, Braunwald E, Isselbacher K, Wilson J, Martin J, Kasper D, et al. Harrison's: Principles of Internal Medicine. 14 ed. New York: McGraw Hill; 1997. p. 8730-2.
2. Castiglioni T, Papparatto A, Elsner B. Cáncer de tiroides: variación en sus tipos histológicos entre 1958 y 2000, un análisis de 749 casos. RAEM[revista en Internet]. 2005[citado 30 Oct 2012];42(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.raem.org.ar/numeros/2005/3/1castiglioni.pdf>.
3. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. Tiroiditis subaguda[Internet]. Bethesda: Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos; 2011[citado 11 Oct 2011]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000375.htm.
4. García de Francisco A, Prieto Zancudo C. Tiroiditis subaguda: revisión a partir de un caso clínico. Medifam. 2001;11(5):289-94.
5. Cuesta Momblona F, Bretón Díaz N. Tiroiditis subaguda de De Quervain. Medicina General. 2005;72:730-2.
6. Marsiglia I. Estudio clínico y epidemiológico de la tiroiditis subaguda (tiroiditis granulomatosa de de Quervain). Gac Méd Caracas. 2006;114(4):273-90.
7. Consenso en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tiroides. Rev Cubana Endocrinol[revista en Internet]. 2004[citado 5 May 2011];15(1):[aprox. 26 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol15_1_04/end13104.htm.
8. Bergoglio LM, Mestman JH. Guía de consenso para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad tiroidea. Acta Bioquím Clín Latinoam. 2007;41(1):87-119.
9. Peña A. Tiroiditis subaguda granulomatosa con síntomas otorrinolaringológicos de inicio. Presentación de 5 casos clínicos. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2000;60:31-4.