



## CARTAS AL EDITOR

## Tiroiditis aguda por *Actinomyces* Acute thyroiditis due to *Actinomyces*

Sr. Editor:

Actualmente, la actinomicosis es una enfermedad infecciosa infrecuente, lo que obliga a un alto índice de sospecha<sup>1-3</sup>. Se caracteriza por formación de abscesos, fístulas y fibrosis tisular, y puede mimetizar numerosos procesos, particularmente, neoplásicos y granulomatosos.

Presentamos el caso de un niño de 3 años con tumoración en región anterolateral izquierda del cuello de una semana de evolución, indurada y dolorosa, de 2 × 3 cm, acompañada de fiebre, disfagia y estridor inspiratorio. En la exploración no se aprecian adenopatías ni otras alteraciones. En la ecografía cervical se observan 2 nódulos tiroideos, el mayor en el lóbulo y el istmo, de consistencia mixta y parcialmente vascularizados, probablemente infecciosos. La analítica sanguínea muestra aumento de reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular de 102 mm/h y proteína C reactiva de 5,29 mg/dl) y el estudio tiroideo no presenta alteraciones (TSH [thyrotropin 'tirotropina'] de 2,89 μU/ml, FT4 de 1,4 ng/ml y anticuerpos antirreceptor de TSH negativos), salvo leve aumento de la tiroglobulina (95,8 ng/ml).

La gammagrafía con tecnecio-99m delimita un tiroides con un lóbulo izquierdo hipocaptante (fig. 1).

Ante la sospecha de tiroiditis aguda infecciosa, se administra tratamiento empírico con cefotaxima intravenosa.

Se realiza punción aspirativa con aguja fina (PAAF) de la lesión y drenaje quirúrgico.

En estudio histológico, se observa un patrón morfológico con abundantes polimorfonucleares neutrófilos. De manera focal y parcheada se observa la presencia de colonias de gérmenes con patrón de organismo bacteriano filamentosos, y se puede apreciar una imagen de corona radiada compatible con actinomicosis cervicofacial, por lo que se continúa tratamiento con penicilina oral durante 6 meses (fig. 2).

Los cultivos microbiológicos de la lesión son positivos a *Streptococcus viridans*.

Se complementa el estudio con fibrolaringoscopia, que descarta fístula de seno piriforme o conducto tirogloso.

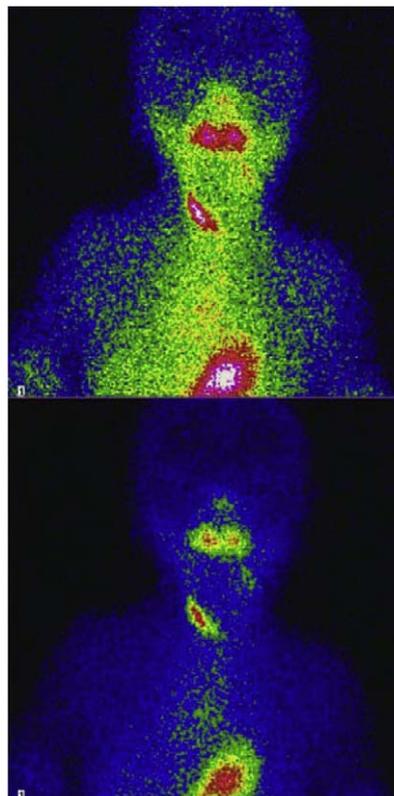
La evolución es favorable, ya que cede la fiebre a las 48 h con recuperación completa clinicoanalítica.

La actinomicosis está causada por un germen grampositivo de lento crecimiento del género *Actinomyces*. Aunque se ha relacionado taxonómicamente con los hongos, se trata

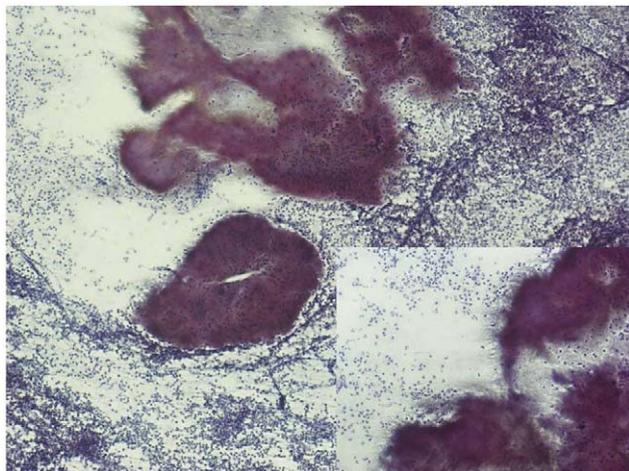
de una bacteria anaerobia estricta o facultativa, que es un saprofito de la cavidad oral y nasofaringe. La *Actinomyces israelii* es el microorganismo predominante<sup>3,4</sup>.

La mayoría se localiza en la región cervicofacial y se asocia a mala higiene bucal y a traumatismos orofaciales. En ocasiones, no se encuentra factor desencadenante, como es el caso de nuestro paciente<sup>2,3,5</sup>.

La localización submandibular es la más frecuente<sup>2,3,6</sup>. La afectación tiroidea es difícil, ya que la vía de diseminación de la actinomicosis es directa, y es excepcional la afectación hematogena o la linfática. Así, la actinomicosis tiroidea suele relacionarse con una comunicación entre la cavidad oral y el tiroides, como un conducto tirogloso o una fístula de seno piriforme<sup>2,3,7,8</sup>. La presentación clínica más frecuente es la de una tumoración indurada de evolución lentamente progresiva con escasos síntomas constitucionales<sup>2,3</sup>. Este caso, sin embargo, presentó una clínica menos típica, como infección aguda supurativa con una masa



**Figura 1** Se observa el lóbulo tiroideo derecho de situación normal, de talla algo aumentada y distribución uniforme de la radiactividad. En el lóbulo izquierdo no se detecta actividad.



**Figura 2** Punción aspirativa con aguja fina de tumoración laterocervical izquierda, en la que se observa infiltrado inflamatorio agudo con colonias de gérmenes filamentosos compatibles con actinomycosis cervicofacial.

rápida y progresiva, piógena, dolorosa y con compresión de estructuras adyacentes con estridor y disfagia.

En la mayoría de las actinomycosis cervicofaciales, por su origen en cavidad oral, la infección es polimicrobiana<sup>2,3</sup>. En nuestro paciente se aisló *S. viridans*, lo que favorecería la hipótesis de diseminación directa desde la región oral.

El diagnóstico de actinomycosis cervical es difícil y la certeza de éste se obtiene con el aislamiento del germen en el cultivo microbiológico, pero es una técnica de bajo rendimiento debido al sobrecrecimiento de otras bacterias asociadas, al tratamiento antibiótico previo o a las condiciones anaerobias inadecuadas en el medio de cultivo<sup>1,7</sup>. La PAAF es una prueba simple, rápida y con mínima morbilidad, como se ha demostrado en varias series<sup>1,7,9</sup>, que permite la identificación morfológica de la bacteria de forma comparable a la biopsia y la demostración de gránulos de azufre actinomicóticos (imagen patognomónica, aunque de difícil visualización), y se puede extraer material para realizar cultivo microbiológico. En nuestro paciente fue finalmente la PAAF la que logró realizar el diagnóstico etiológico.

En cuanto al tratamiento de la actinomycosis tiroidea, al igual que otras formas de infección, responde bien a la combinación de drenaje quirúrgico y al tratamiento antibiótico; el fármaco de elección es la penicilina, dado que no se han descrito resistencias<sup>3,10</sup>. La pauta aconsejada es el tratamiento antibiótico de 6 a 12 meses. En nuestro caso, se administró cefotaxima intravenosa y drenaje quirúrgico y se mantuvo penicilina oral durante 6 meses.

doi:10.1016/j.anpedi.2009.05.010

El pronóstico en los escasos casos descritos en la literatura médica fue favorable, con una recuperación completa de más del 90% de los casos<sup>3</sup>.

La actinomycosis cervicofacial pediátrica es una entidad excepcional, en la que la afectación tiroidea es aún más infrecuente, sólo se han descrito hasta el momento 3 casos en población infantil en la literatura médica revisada<sup>2,3</sup>.

Ante una masa cervical y una tiroiditis aguda supurativa, debemos pensar en esta entidad y valorar la PAAF como método para el diagnóstico rápido para administrar precozmente un tratamiento eficaz.

## Bibliografía

1. Domenech Campos E, San Juan Jiménez J, Fontal Álvarez M, Campos Dana JJ. Thyroid actinomycosis: A case report. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2003;54:134-8.
2. Karatoprak N, Atay Z, Erol N, Goksugur SB, Ceran O. Actinomycotic suppurative thyroiditis in a child. *J Trop Pediatr.* 2005;51:383-5.
3. Trites J, Evans M. Actinomycotic thyroiditis in a child. *J Pediatr Surg.* 1998;33:781-2.
4. Benammar S, Helardot PG, Sapin E, Adamsbaum C, Raymon J. Childhood actinomycosis: Report of two cases. *Eur J Pediatr Surg.* 1995;5:180-3.
5. Foster SV, Demmler GJ, Hawkins EP. Pediatric cervicofacial actinomycosis. *South Med J.* 1993;86:1147-50.
6. Somacarrera ML, Hernández Vallejo G, López A, Aracil L, Arriba L, et al. Estudio clínico de seis casos de actinomycosis cervicofacial. *Arch Odontostomatol.* 1996;112:547-61.
7. Vera Álvarez J, Marigil-Gómez M, Abascal Agorreta M. Fine needle aspiration cytology of cervicofacial actinomycosis. *Acta Cytol.* 1993;37:109-11.
8. Sai Prasad TR, Li Chong C, Mani A, Hon Chui C, Eng Looi Tan C, et al. Acute suppurative thyroiditis in children secondary to pyriform sinus fistula. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:779-83.
9. Das DK, Bhatt NC, Khan VA, Luthra UK. Cervicofacial actinomycosis: Diagnosis by fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol.* 1989;33:278-80.
10. Stewart MG, Sulek M. Pediatric actinomycosis of the head and neck. *Ear Nose Throat J.* 1993;72:614-9.

J. Hualde Olascoaga, M. Oscoz Lizarbe, T. Molins Castiella y J. Molina Garicano\*

*Servicio de Pediatría, Unidad de Oncohematología Pediátrica, Hospital Virgen del Camino, Pamplona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmolinag@cfnavarra.es](mailto:jmolinag@cfnavarra.es)  
(J. Molina Garicano).

## Sarcoidosis: forma sistémica en un niño de 4 años

### Sarcoidosis: A systemic form in a four year-old child

*Sr. Editor:*

La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de causa desconocida, excepcional en la edad pediátrica. Se han descrito 2 patrones clínicos: en menores de 4 años la