

Tuberculosis en glándula tiroidea: presentación de un caso

Martín Testa; Claudia Speziale; Marina Álvarez;
María Farinella; Héctor Carvallo; Rosana Castro; Esteban Abegao
Servicio de Clínica Médica, Hospital Zonal Ezeiza

Glánd Tir Paratir 2009; (18): 33-35

Resumen

Una paciente de 80 años, sexo femenino, es ingresada por proceso expansivo en tiroides, acompañado de adenopatía cervical. La PAAF de tiroides fue sugestiva de carcinoma papilar. Se planeó la tiroidectomía total. En el curso de la misma, la biopsia por congelación diagnóstica infiltración tuberculosa de la tiroides, simulando un carcinoma. Se completó exitosamente la cirugía. No se pudo diagnosticar un cuadro primario de TBC. La paciente recibió tratamientos hormonal de reemplazo y tuberculostáticos, en forma simultánea. Se presenta el caso, para alertar sobre una forma infrecuente de impacto tuberculoso.

Palabras Clave: Tuberculosis (TBC), Glándula Tiroides, Carcinoma Papilar

Summary

THYROID GLAND TUBERCULOSIS: CASE REPORT

An eighty-year-old, female patient was admitted, because of a swelling of the thyroid gland, associated with an adenopathy in the neck. Fine needle biopsy at the thyroid was consistent with papillary carcinoma. Thus total thyroidectomy was planned. During the surgery, the Pathologist found unequivocal elements of tuberculoid infiltration of the gland, mimicking carcinoma. The surgery was successfully completed. Further attempts to diagnose primary TBC were unsuccessful. The patient underwent hormone and antibiotic treatment, simultaneously. This case is presented to alert about an uncommon location of TBC.

Key Words: Tuberculosis (TBC) Thyroid Gland, Papillary Carcinoma

Presentación del Caso

Se presenta una paciente de 80 años de edad, que consulta por tumoración en región lateral derecha de cuello y adenopatía submaxilar izquierda, de dos meses de evolución.

Se realiza ecografía, con diagnóstico de Bocio Nodular, con adenopatía cervical izquierda.

Dosajes hormonales normales; anticuerpos antitiroglobulina y antifracción microsomal, negativos.

Se procede a la PAAF tiroidea, la que informa POSITIVO para células atípicas (a descartar carcinoma de tipo papilar).

Se programa cirugía, para resección glandular ampliada, obteniéndose el siguiente in-

forme de biopsia por congelación: Inflamación granulomatosa de tipo tuberculoides; granulomas con numerosas células gigantes multinucleadas, algunas típicas de Langhans. Los granulomas presentaban necrosis caseosa central. Con técnica de Ziehl Nielsen se evidenciaban bacilos cortos. Diagnóstico: *Tuberculosis tiroidea* (Figura 1).

Tuberculosis ganglionar, hiperplasia nodular tiroidea

Se completa tiroidectomía.

Del estudio preoperatorio, y del exhaustivo control ulterior, no pudo obtenerse evidencia de foco primario (pulmonar u otro).

La paciente comienza tratamiento para tuberculosis, concomitantemente con opoterapia supletoria, con buena tolerancia.

Discusión

Consultada la bibliografía, se observó que

Recibido para publicación: 28/04/09

Aceptado: 07/07/09

Correspondencia: Hospital Zonal Ezeiza, Calle Roberto J.

Payró N° 351, Barrio 1, Ezeiza (1802)

Tel. 011 4480 0555 y 0515, Int. 630

clinicamedicahospitalezeiza@hotmail.com

algunos casos de TBC tiroidea han simulado adenocarcinoma, generando –al menos, inicialmente– dificultades diagnósticas.

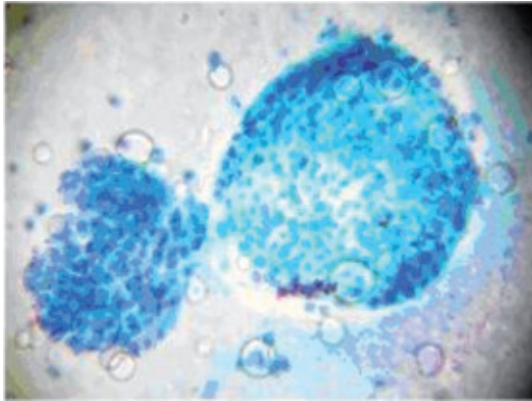


Figura 1. Preparado histológico con tinción para BAAR

La TBC tiroidea, aunque mencionada desde antiguo en la bibliografía mundial, es una localización sumamente infrecuente de dicha enfermedad bacilar.

Bruns, en 1893, describió el primer caso de Tuberculosis Tiroidea (TT) sin evidencia de compromiso pulmonar, en una mujer de edad media, con bocio de crecimiento rápido y adenopatía cervical asociada¹.

En otro caso reportado, el crecimiento fue muy lento, sin afectación de la función tiroidea².

Se supone que ciertos tejidos, tales como el corazón, músculo estriado, tiroides y páncreas, son relativamente «resistentes» a la invasión tuberculosa³.

Así, en el estudio microscópico de 20.758 tiroidectomías realizadas en la Clínica Mayo, en un período de 11 años, se diagnosticaron 21 Tuberculosis (0,1% del total)⁴.

En otro estudio, de 2.426 tiroidectomías realizadas, se observaron 8 casos de TT, de los cuales 5 tenían bocio manifiesto, y 3 solamente un nódulo solitario. De todos ellos, sólo uno se diagnosticó por PAAF, en tanto los demás fueron diagnosticados tras la tiroidectomía⁵.

Otros autores recolectaron 76 casos de la literatura, con leve prevalencia del sexo femenino. Las edades oscilaron entre 9 y 83 años (con una media de 40 para varones y 44 para mujeres). La presentación varió desde un nódulo solitario hasta bocio manifiesto⁶.

Desde el punto de vista endocrinológico, la TT se clasificaría como una forma de tiroiditis crónica infecciosa específica, pero –desde el punto de vista Tisiológico– como una forma rara de TBC extrapulmonar primaria⁷.

Pazaitou y colaboradores⁸, en tres casos de rápido crecimiento, sospecharon carcinoma. En dos de ellos, la TBC se descubrió tras la tiroidectomía; en el restante, el diagnóstico fue por PAAF.

Otro caso, en una mujer de 80 años, se confundió con una carcinoma tiroideo anaplásico, con «metástasis pulmonares», que resultaron ser la TBC primaria, en su variedad miliar⁹.

En otro estudio, dos casos de TT simulaban carcinoma. Uno era un nódulo solitario, y el otro un absceso tiroideo. En ninguno se halló el foco primario. Si bien ambos fueron hallazgos postoperatorios, la PAAF siempre se recomienda, como método diagnóstico¹⁰.

Como corolario, la TBC debería siempre entrar en los diagnósticos diferenciales de las masas de cuello, no sólo laterales, sino también las de localización anterior y línea media.

Los casos reportados previamente, suelen provenir de países con un alto índice de pobreza y hacinamiento.

Asimismo, existe discrepancia sobre el tratamiento aislado con tuberculostáticos, o la tiroidectomía «profiláctica», seguida de tratamiento, habida cuenta de la escasa llegada de los fármacos al tejido tiroideo.

Objetivo del presente reporte: presentación de una forma infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, resaltando la importancia de realizar diagnóstico diferencial con el carcinoma papilar de tiroides.

Bibliografía

1. Simkus A. Thyroid tuberculosis. Medicina (Kaunas) 2004; 40:201-4.
2. Balasarkar D, Joshi MA, Dharieswar J, y col. Primary thyroid tuberculosis. Bombay Hosp J, Special Issue 1999; 41:333.
3. Pandit AA, Joshi AS, Ogale SB, Sheode JH. Tuberculosis of thyroid gland. Indian J Tuberculosis 1997; 44:205.
4. Rankin FW, Graham AS. Tuberculosis of the thyroid gland. Ann Surg 1932; 96:625-48.
5. El Malki HO, Mohsine R, Benkhraba K, y col. Thyroid tuberculosis: diagnosis and treatment. Chemotherapy 2006; 52:46-9.

6. Bulbuloglu E, Ciralik H, Okur E, Ozdemir G, Ezberci F, Cetinkaya A. Tuberculosis of the thyroid gland: review of the literature. *World J Surg* 2006; 30:149-55.
7. Boletín Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud Carlos III 2003; 11:184.
8. Pazaitou K, Chrisoulidou A, Ginikopoulou E, Angel J, Destouni C, Vainas I. Primary tuberculosis of the thyroid gland. Report of three cases. *Thyroid* 2002; 12:1137-40.
9. Shih SR, Chang TC. Clinical presentation and fine needle aspiration cytology of the thyroid in disseminated tuberculosis. *Endocrinologist* 2005; 15:355-8.
10. Al-Mulhim AA, Zakaria HM, Abdel Hadi MS, Al-Mulhim FA, Al-Tamimi DM, Wosornu L. Thyroid tuberculosis mimicking carcinoma: report of two cases. *Surg Today* 2002; 32:1064-7.