

Tiroiditis granulomatosa de De Quervain. Diagnóstico por citología con aspiración por aguja fina

De Quervain's granulomatous thyroiditis. Diagnosis by cytology with thin needle

Dra. Ana María Castro Morillo,^I Dra. Ángela María Castañeda Muñoz,^I Dra. Ketty Madruga Vázquez,^{II} Dra. Diana Maité Hernández Fernández,^I Dra. Diana González Rodríguez,^I Dra. Ana Margarita Rufín Bergado^I

^I Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

^{II} Hospital Militar Docente Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La tiroiditis de De Quervain, también nombrada como tiroiditis subaguda o tiroiditis de células gigantes, frecuentemente es precedida por un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior. Su diagnóstico es eminentemente clínico; pero el uso de la citología por aspiración con aguja fina de tiroides, confirma o niega el planteamiento clínico según las características citológicas. Fue empleada esta técnica en 6 pacientes con clínica y ultrasonido diferentes y por la necesidad de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras formas de hipertiroidismo con peor pronóstico evolutivo. La citología por aspiración con aguja fina mostró en estos casos ser un arma eficaz para ello, por lo que se decidió realizar esta presentación.

Palabras clave: hipertiroidismo, tiroiditis de De Quervain, tiroiditis subaguda, tiroiditis granulomatosa, citología, citología por aspiración con aguja fina.

ABSTRACT

De Quervain's thyroiditis, also called sub-acute thyroiditis or thyroiditis of giant cells, is frequently preceded by an infectious picture of the high respiratory tract. Its diagnosis is eminently clinical; but the usage of the cytology by aspiration of the thyroid with thin needle, confirm or denied the clinical conclusions according to the cytological characteristics. This technique was used in six patients with different clinical and ultrasound results, because of the necessity of arriving to a correct differential diagnosis with other forms of hyperthyroidism with worse evolvable diagnosis. The cytology by aspiration with thin needle in these cases showed to be an efficacious weapon for that, so we decided to prepare this presentation.

Key words: hyperthyroidism, De Quervain's thyroiditis, sub-acute thyroiditis, granulomatous thyroiditis, cytology, cytology by aspiration with thin needle.

INTRODUCCIÓN

La tiroiditis de De Quervain fue descrita por primera vez en 1904. Se denomina también tiroiditis subaguda o tiroiditis granulomatosa o de células gigantes. Frecuentemente es precedida por un cuadro infeccioso del tracto respiratorio superior, con dolor en la porción baja del cuello asociándose un cuadro febril y malestar general. La glándula está agrandada en forma asimétrica con consistencia firme pudiéndose confundir con una neoplasia sino se tiene presente los datos clínicos.^(1,2) de ahí que el uso del ultrasonido de la glándula tiroidea sea realizada como parte del proceso de diagnóstico de esta enfermedad, que puede variar desde imágenes nodulares únicas o múltiples a aumento heterogéneo de la glándula.^(3,4)

En las primeras semanas hasta un 50 % de los pacientes presentan un cuadro clínico de hipertiroidismo que dura de 2 a 6 semanas, continuándose con una situación de eutiroidismo, mientras que un 25 % presentan un bache de hipotiroidismo transitorio. El cuadro clínico puede durar de 2 a 6 meses.^(5,6)

La anatomía patológica de esta tiroiditis se caracteriza por la destrucción del parénquima por infiltración de los folículos por células gigantes multinucleadas, con formación de granulomas y presencia de fenómenos de coloidofagia. El uso de la citología por aspiración con aguja fina (CAAF) ha permitido confirmar o negar el diagnóstico clínico presuntivo según las características citológicas que la identifican: celularidad muy variable (con células foliculares e inflamatorias), presencia de células gigantes multinucleadas, histiocitos epitelioides (alrededor de bolas de coloide y formando granulomas), polimorfonucleares y escasos linfocitos y células foliculares degeneradas o células de Hürthle.⁽⁷⁾

La importancia de detectar esta enfermedad se centra en su carácter transitorio y la necesidad de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras formas de hipertiroidismo con peor pronóstico evolutivo.⁽⁸⁻¹²⁾ Un correcto diagnóstico de esta tiroiditis evitará tratamientos innecesarios clínicos y quirúrgicos, y la CAAF mostró en casos, que se muestran, ser un arma eficaz para ello. Este trabajo trata sobre 6

casos de tiroiditis de De Quervain diagnosticados por CAAF en dos hospitales del territorio de Matanzas en un periodo de 2 años, hecho inusual debido al diagnóstico infrecuente de esta patología en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Paciente masculino blanco de 61 años que acude al médico por dolor a nivel de la región anterior del cuello más intenso al ingerir alimentos dificultando la deglución, de una semana de evolución, niega otro síntoma. Al examen físico presentó ligero aumento de tamaño de la glándula tiroidea y dolor a la palpación de la misma, se le indica ultrasonido el cual informa ligero aumento de tamaño y aspecto heterogéneo de ambos lóbulos tiroideos sin otras especificidades. Se indica CAAF, no se indica dosificación de hormonas.

Impresión diagnóstica: tiroiditis de De Quervain.

Resultado de la CAAF de ambos lóbulos tiroideos: tiroiditis de De Quervain.

El paciente presentó remisión de la enfermedad a las seis semanas de presentado los primeros síntomas.

Caso 2

Paciente femenina blanca de 34 años de edad, acude al médico por aumento de volumen doloroso del tiroides, fiebre de 38 °C, signos de hipertiroidismo como temblores de las manos, pérdida de peso, taquicardia. Quince días antes de la sintomatología referida presentó infección respiratoria agudo asociado a síndrome diarreico agudo interpretado como una enfermedad viral, se le indica TSH y el resultado arrojó cifras normales. Se indica ultrasonido, el cual refiere imagen heterogénea de ambos lóbulos. (Figura 1)

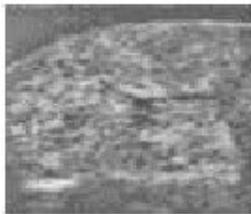


Fig. 1. Ultrasonido del tiroides que muestra imagen heterogénea del patrón glandular.

Impresión diagnóstica: tiroiditis de De Quervain.

Resultado de la CAAF: Tiroiditis de De Quervain dado por la presencia de numerosas células gigantes, algunas de ellas con material coloide en su interior,

además presencia de células foliculares degeneradas e infiltrado inflamatorio con presencia de polimorfo nucleares neutrófilos.

La paciente fue valorada clínicamente durante 6 meses fecha en que fue dada de alta.

Caso 3

Paciente femenina, de 40 años de edad, quien acude al médico por presentar fiebre, aumento de volumen doloroso de región anterior del cuello, el cual se corrobora a la palpación, nerviosismo, taquicardia. Se indica ultrasonido de tiroides, el cual lo describe ligeramente aumentado de tamaño. Se indica dosificación de TSH, T4 (estudios que no se realizan) y la realización de la CAAF. (Figura 2)

Impresión diagnóstica: tiroiditis de De Quervain

Resultado de la CAAF: tiroiditis de De Quervain.

Esta paciente no acudió más a consulta médica.

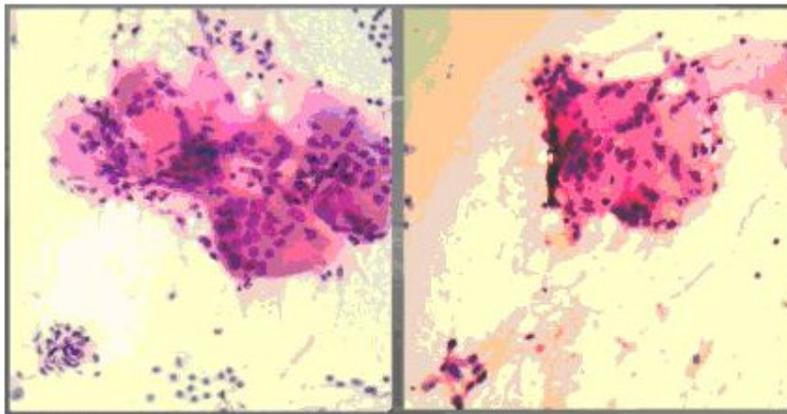


Fig. 2. CAAF del caso 3 donde se observan células gigantes multinucleadas y células foliculares degeneradas.

Caso 4

Paciente femenina, blanca, de 37 años de edad, antecedentes de bocio tratado desde la niñez, que comienza con dolor en el cuello, taquicardia, ansiedad, todo esto precedido por una infección respiratoria alta viral de un mes de evolución. Acude a consulta de tiroides por nódulo del lóbulo derecho. Se le indica ultrasonido, el cual es informado con nódulo sólido de 33 mmm x 28,7 mm, y además en el lóbulo izquierdo nódulo de 8 mm x 8.7 mmm también sólido. (Figura 3)

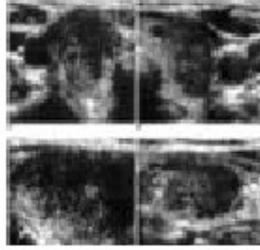


Fig. 3. Ultrasonido del caso 4, que presenta lesiones hipoecoicas en ambos lóbulos.

Se realiza CAAF de ambas lesiones, siendo el diagnóstico tiroiditis granulomatosa de De Quervain, al persistir la lesión y tener antecedentes de bocio se decide intervención quirúrgica confirmándose el diagnóstico de tiroiditis de De Quervain. (Figura 4)

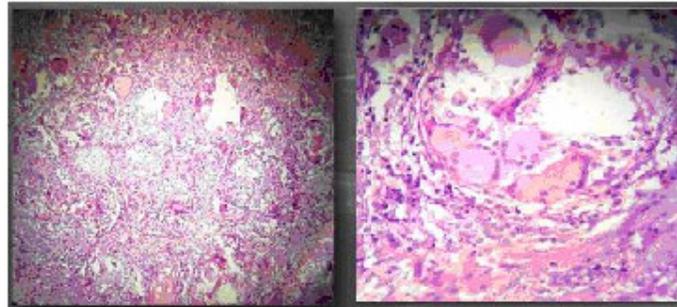


Fig. 4. Histopatología del caso 4, donde se muestra destrucción de folículos, infiltrado inflamatorio y células gigantes multinucleadas.

Caso 5

Paciente femenina, blanca, de 45 años de edad, hipertensa. Acude al médico por lesión nodular en lóbulo derecho del tiroides y adenopatía submentoniana ambos dolorosos a la palpación. Se indica ultrasonido donde se observa nódulo derecho del tiroides de 0.9 x 0,6 mm sólido. Se realiza CAAF, donde se observan numerosos histiocitos y presencia de grandes células gigantes con escasas células foliculares compatible con tiroiditis de De Quervain a forma nodular. Se realiza, además, CAAF del ganglio linfático submentoniano, siendo el diagnóstico adenitis inespecífica. La paciente no acudió más a consulta médica. (Figura 5)



Fig. 5. Ultrasonido del caso 5, donde se observa nódulo hipoecoico que simula malignidad.

Caso 6

Paciente femenina mestiza de 26 años de edad con antecedentes de salud que ingresa para estudio por toma del estado general, pérdida de peso y aumento de

volumen doloroso de cara anterior del cuello con fiebre de una semana de duración 10 días antes del ingreso. Se indica ultrasonido donde se informa glándula tiroides aumentada de tamaño de aspecto heterogéneo. Se realiza CAAF donde se observan fondo inflamatorio, abundantes histiocitos y presencia de grandes células gigantes con escasas células foliculares, se realiza diagnóstico de tiroiditis de De Quervain. La paciente fue dada de alta y regresaron los síntomas.

DISCUSIÓN

El término tiroiditis responde a múltiples procesos comunes del tiroides, los cuales han sido clasificados de acuerdo a varios esquemas existiendo gran variabilidad en la nomenclatura usada que responde a un proceso único (tabla).⁽⁸⁾

Tabla. Terminología de la tiroiditis

Tipo	Sinónimo
Tiroiditis de Hashimoto	Tiroiditis linfocítica crónica Tiroiditis crónica autoinmune Bocio linfoadenoideo
Tiroiditis post parto no dolorosa	Tiroiditis postparto Tiroiditis linfocítica subaguda
Tiroiditis esporádica dolorosa	Tiroiditis esporádica silente Tiroiditis linfocítica subaguda
Tiroiditis subaguda dolorosa	Tiroiditis subaguda Tiroiditis de De Quervain Tiroiditis de células gigantes Tiroiditis granulomatosa subaguda Tiroiditis pseudogranulomatosa
Tiroiditis supurativa	Tiroiditis infecciosa Tiroiditis supurativa guda Tiroiditis piogénica Tiroiditis bacteriana
Tiroiditis inducida por drogas (amiodarona; litio, interferon alfa, interluquina 2)	
Tiroiditis de Riedel	Tiroiditis fibrosa

La tiroiditis subaguda (TSA) o de De Quervain, es una inflamación peculiar y autolimitada de la glándula tiroides, que ocurre probablemente en respuesta a algunos virus,^(1,2,5,6) caracterizada clínicamente por bocio doloroso y sensible, manifestaciones sistémicas, en especial fiebre y alteración funcional tiroidea, y desde el punto de vista patológico, por reacción inflamatoria de aspecto granulomatoso.

Mygind, en 1895, informó los primeros casos de esta enfermedad que denominó tiroiditis aguda simple, y posteriormente, De Quervain, describió las características clínico patológicas del proceso que hoy lleva su nombre. El diagnóstico se ha sustentado en sus características clínicas, careciendo muchos de ellos de confirmación anatomopatológica. No obstante, con el advenimiento y difusión de un

método relativamente sencillo como es la biopsia por aspiración con aguja fina, hoy es posible contar con la información citológica adecuada para el diagnóstico.^(6,9,10,12)

Se da en menos del 5 % de los pacientes con patología tiroidea. En un estudio prospectivo clínico-epidemiológico de la tiroiditis subaguda,⁽⁶⁾ realizado en Caracas, Venezuela, durante 44 años (1961-2004), en 11 648 casos de la consulta de un médico internista se encontraron 30 casos de TSA. Se concluyó que la TSA no es común en nuestro medio, como lo demuestran la prevalencia de 0,26 %, la incidencia de 0,68 casos por año, y la frecuencia relativa 2,9 % de los casos de enfermedad tiroidea; aunque constituye la principal causa de dolor tiroideo. No encontramos en nuestro país estudios de serie de esta afección.

Es más frecuente en mujeres;^(3-6,1) la edad de aparición es a los 20-60 años (pico en 30-50). Suele presentarse en forma de brotes coincidiendo con el verano y otoño. En el estudio realizado, cuatro pacientes fueron del sexo femenino las edades estuvieron en el rango de 34 a 45 años, lo cual coincide con el pico de edad referido en la literatura revisada.^(3,4)

La etiopatogenia de la TSA está muy vinculada a los virus, especialmente a los enterovirus, que en muchos casos parecen responsables del proceso, si bien, los anticuerpos virales resultan negativos en un buen porcentaje de casos y, en unos pocos, se han involucrado a agentes infecciosos no virales y a otras enfermedades no infecciosas. En este trabajo dos pacientes tenían antecedentes de infección viral previa antes de presentarse esta enfermedad.

Desde su descripción inicial en 1904 se han estudiado multitud de casos con etiologías clásicas y otros casos donde el cuadro ha sido secundario a terapias que han aparecido en la práctica médica en los últimos años, como el interferón.⁽²⁾

La clínica de este cuadro corresponde con un hipertiroidismo de rápida instauración. La característica más sobresaliente de este tipo de tiroiditis es el inicio súbito y gradual del dolor en la región de la glándula tiroides.⁽³⁾ El agrandamiento doloroso puede persistir por semanas o meses y algunas veces está asociado con fiebre. También puede presentarse ronquera y dificultad a la deglución.⁽⁴⁾ En esta investigación cuatro de los pacientes presentaron dolor en la región anterior del cuello y uno dificultad para deglutir, tres pacientes presentaron síntomas de hipertiroidismo, el síntoma más consistente fue la taquicardia y en otros fueron la pérdida de peso y temblor de las manos, uno de ellos presentó insomnio y la fiebre estuvo referida por dos pacientes. Los exámenes de laboratorio en la fase temprana de la enfermedad muestran: nivel alto de tiroglobulina en suero, captación baja de yodo radiactivo, nivel bajo de hormona estimulante de tiroides en suero (TSH), nivel alto de T4 libre en suero (hormona tiroides, tiroxina), tasa de sedimentación eritrocítica (ESR) elevada. Los siguientes exámenes de laboratorio en la fase tardía de la enfermedad pueden mostrar: nivel de TSH alto en suero, T4 libre bajo en suero, Los anticuerpos anti tiroideos pueden ser indetectables o presentarse en niveles bajos.⁽⁵⁾ Solamente a uno de los casos se le dosificó T4 y se encontraba normal.

En la evolución de la enfermedad se distinguen cuatro fases en la evolución de la tiroiditis subaguda:

- La fase aguda, de unas 3-6 semanas, en la que la sintomatología principal es el dolor. También pueden coexistir síntomas de hipertiroidismo.
- Fase asintomática de transición, en la que el paciente está eutiroideo y asintomático. Suele durar 1-3 semanas.
- Fase hipotiroidea que puede durar de semanas a meses. El hipotiroidismo puede

quedar permanente en un 5-10 % de los pacientes.

- Fase de recuperación, caracterizada por la normalización, tanto de la estructura como de la función tiroidea.

Habitualmente el diagnóstico de la tiroiditis subaguda de De Quervain se realiza únicamente por la clínica, en el estudio realizado en tres de los casos el diagnóstico se realizó por la clínica y se confirmó por la punción citológica, siendo esta técnica diagnóstica en el resto de los casos. El hecho de que en la ecografía se observe un patrón ecográfico difuso de la glándula y el aumento de la velocidad de sedimentación, junto con la alteración de las pruebas tiroideas, afinan mucho el diagnóstico.⁽⁵⁾ En los casos estudiados 4 presentaron aumento difuso y heterogéneo de la glándula tiroidea y en dos casos se presentó a forma nodular, en uno de ellos bilateral, lo cual ha sido recogido en la literatura.^(3,4) Si existiesen dudas se puede realizar una determinación de tiroglobulina que casi siempre estará elevada.

Dentro de las técnicas diagnósticas que pueden confirmar la sospecha clínica se encuentra la citología con aguja fina de gran efectividad, sobre todo, cuando no se cuenta con todos los exámenes de laboratorio que ayudan a establecer el diagnóstico demostrada en este trabajo donde en los cinco pacientes se confirmó el mismo se caracteriza citológicamente por la presencia de células tiroideas destruidas, células gigantes multinucleadas, neutrófilos, células histiocitos y linfocitos. En esta afección su valor diagnóstico es incuestionable.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con otros tipos de tiroiditis, como la tiroiditis de Hashimoto, posparto^(6,8) aguda,⁽⁹⁻¹⁰⁾ de Riedel⁽¹¹⁾ y la esporádica indolora. Las pruebas de laboratorio y sobre todo la clínica son bastante claras a la hora de ajustar el diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Srinivasappa J, Garzelli C, Onodera T, Ray U, Notkins AL. Virus induced thyroiditis. *Endocrinology*. 1988;122(2):563-6. Citado en Pubmed; PMID: 2828004.
2. Kreiss Y, Cohen O, Pras E, Achiron A. Subacute thyroiditis in a patient with MS treated with interferon-1a. *Neurology*. 1999;53(7): 1606. Citado en PubMed; PMID: 10534282.
3. Rago T. Real time elastoultrasonography: Useful tool for redefining the presurgical diagnosis in thyroid nodules with indeterminate or nondiagnostic cytology. *JCEM*. 2010; 25:1-7.
4. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2006;16(2):109-42. Citado en PubMed; PMID: 16420177.
5. Cuesta Momblona F, Bretón Díez N. Tiroiditis subaguda de De Quervain. *Med general*. 2005;(79): 730-2.
6. Delbridge L. Solitary thyroid nodul: Current management. *ANZ Journal of Surgery* [Internet]. 2006 [citado 17 Ene 2012];76(1):381-6. Disponible en:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1445-2197.2006.03727.x/abstract;jsessionid=4C2827C677D6F1F888E>.

7. Gil León R. Citología: su utilidad en el diagnóstico de las afecciones del tiroides. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2004 [citado 17 Ene 2012];15(1). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1561-295320040001&lng=es&nrm=iso.

8. Pearce EN, Farwell AP, Braverman LE. thyroiditis. N Engl J Med [Internet]. 2003 [citado 17 Ene 2012];348:2646-55. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra021194>.

9. Vassallo Palermo M, Bandres Urbina M. Revisión histórica de la tiroiditis: Historial review of thyroiditis. Rev venez cir [Internet]. 2009 [citado 17 Ene 2012];62(4):144-9. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=571045&indexSearch=ID>

10. Bustos Calixto A, Legorreta Soberanis J, Cruz Mendoza MG. Tiroiditis aguda supurativa secundaria a fistula del seno piriforme. Rev Endoc y Nutric [Internet]. 2011 [citado 17 Ene 2012];19(1):31-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2011/er1111f.pdf>.

11. Díaz Pérez JA, García Vera JA, Herrera AA. Tiroiditis de Riedel. Rev Esp de Pat [Internet]. 2008 [citado 17 Ene 2012];41(4):297-302. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen41/vol41-num4/pdf%20patologia%2041-4/41-04-10.pdf>.

12. Cruz F. Estudio ecográfico del nódulo tiroideo: Diagnóstico por reconocimiento de patrones. Estudio ecográfico del nódulo tiroideo: Rev chil endocrinol diabetes [Internet]. 2010 [citado 17 Ene 2012];3(4):273-92. Disponible en: http://www.soched.cl/Revista%20Soched/4_2010/Revista%204.pdf#page=31.

Recibido: 10 de noviembre de 2012.

Aprobado: 4 de enero de 2013.

Ana María Castro Morillo. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Faustino Pérez Hernández. Carretera Central, Km 101. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: anacastro.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castro Morillo AM, Castañeda Muñoz AM, Madruga Vázquez K, Hernández Fernández DM, González Rodríguez D, Rufín Bergado AM. Diagnóstico por citología con aspiración por aguja fina. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 35(1). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol1%202013/tema06.htm>