

## Cartas al director



### Tiroiditis supurativa aguda

Sr. Director:

La infección bacteriana del tiroides es un proceso excepcional debido a que la glándula es muy resistente a la invasión microbiana por su elevado aporte sanguíneo, amplia red linfática, alto contenido en yodo y completo encapsulamiento<sup>1</sup>, lo que siempre deben indicar la existencia de anomalías anatómicas. Se han descrito tiroiditis supuradas en relación con quistes branquiales, persistencia del conducto tirogloso y, sobre todo, con fístulas de los senos piriformes. Los senos piriformes son estructuras procedentes de la tercera o cuarta bolsa faríngea<sup>2</sup>. Hemos tenido ocasión de tratar 2 casos: uno tras punción-biopsia-aspiración, y otro espontáneo (fig. 1), ambos producidos por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina.

Las características clínicas de esta rara entidad serían, en la adolescencia<sup>3</sup>: a) predominio en el varón (relación 10:7 respecto a la mujer); b) edad preferente de 2 a 12 años; c) comienzo brusco con tumefacción dolorosa del área tiroidea, torticolis, fiebre, odinofagia, antecedente próximo de infección de las vías respiratorias superiores; d) fístula del seno piriforme demostrable con esofagograma o fistulografía; e) recidiva, a menos que se practique fistulectomía, y f) afectación del tiroides. También se reconoce una mayor incidencia en personas de origen oriental.

La ecografía define la localización tiroidea y/o extratiroidea del absceso. El esofagograma suele mostrar una fístula interna que se origina en el ápex del seno piriforme y desciende hacia el tiroides. Con una minuciosa hipofaringoscopia se puede visualizar el seno piriforme y comprobar cómo, a veces, la presión en la tumefacción cervical provoca la salida de pus a través de su apertura.

A veces la tiroiditis es consecuencia de una maniobra de punción-biopsia-aspiración diagnóstica<sup>4</sup>. El germen más frecuente en su producción es *S. aureus*, pero también se han descrito otros organismos<sup>5</sup>.

En caso de que la tiroiditis aguda supurada sea consecuencia de una fístula del seno piriforme, la curación definitiva del proceso es necesariamente quirúrgica (fistulectomía completa), por lo que hay que realizarla una vez superada la inflamación. En caso de absceso, deben efectuarse el drenaje percutáneo guiado o el drenaje quirúrgico abierto. La enfermedad es generalmente autolimitada y habitualmente cede al cabo de algunas semanas.

**Miguel Echenique-Elizondo,  
José Antonio Amondarain Arratibel, Carmen Olalla,  
José Luis Elorza Orúe y Xavier Aribé**

Departamento de Cirugía. Universidad del País Vasco.  
Hospital Donostia. Departamento de Cirugía. San Sebastián.  
Guipúzcoa. España.

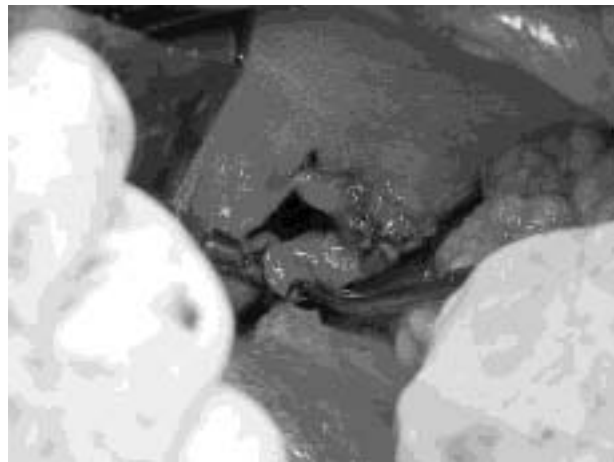


Fig. 1. Tomografía computarizada cervical. Absceso tiroideo derecho. Caso 2.

### Bibliografía

1. Miyauchi Z, Matsuzuka F, Takai S, Kuma K, Kosaki G. Piriform sinus fistula. Arch Surg. 1981;116:66-9.
2. Hazard JB. Thyroiditis. A review. Am J Pathol. 1955;25:289-96.
3. Astl J, Kuchynkova Z, Taudy M, Betka J. Thyroid abscess at an adolescent age. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67:1375-8.
4. Sun JH, Chang HY, Chen KW, Lin KD, Lin JD, Hsueh C. Anaerobic thyroid abscess from a thyroid cyst after fine-needle aspiration. Head Neck. 2002;24:84-6.
5. Schubert MF, Kountz DS. Thyroiditis: a disease with many faces. Postgrad Med. 1995;98:101-12.



### Hernia diafragmática encarcelada de origen traumático como causa rara de abdomen agudo

Sr. Director:

Las rupturas del diafragma en los traumatismos son poco frecuentes, y representan el 3-6% de las lesiones constatadas en las laparotomías exploradoras por traumatismo abdominal cerrado. Una complicación observada es la estrangulación gástrica por hernia postraumática<sup>1</sup>. En la figura 1 se muestra la imagen del orificio herniario de una hernia diafragmática estrangulada de presentación tardía, con paso de contenido abdominal a la cavidad torácica después de 14 años de haber tenido un accidente de tráfico con múltiples fracturas costales.

Entre el 55 y el 90% de estas rupturas están asociadas a otras lesiones de órganos abdominales que empeoran la morbilidad y la mortalidad<sup>2</sup>. En series españolas, la mortalidad global, ya sea abierta o cerrada, se sitúa cerca del 24%. El tratamiento quirúrgico aceptado es la la-

parotomía<sup>3</sup>, pero también según los casos se realiza por vía laparoscópica<sup>4</sup>. La elección de la técnica a seguir dependerá de las circunstancias individuales, pero fundamentalmente se decidirá en función de la urgencia, la cronicidad del cuadro y la presencia o no de complicaciones. Asimismo, será crucial la experiencia en cirugía laparoscópica del equipo quirúrgico. La facilidad de la reparación de la lesión dependerá de la localización de la lesión, y la proximidad a una hernia de hiato o del pericardio son condiciones que dificultan la reparación<sup>5</sup>. Así pues, la laparoscopia es una vía de tratamiento a considerar para la reparación de lesiones agudas y crónicas del diafragma, siempre que se valore la presencia y el tratamiento de posibles lesiones intraabdominales asociadas.

**Carlos Díaz-Lara, Jesús Sánchez-Pérez,  
Antonio Sánchez-Marín, Fátima Sabench-Pereferer,  
Francisco Buils-Vilalta, Antonio Morandeira-Ribas,  
Mercè Hernández-González y Daniel del Castillo-Déjardin**

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Sant Joan de Reus.  
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.  
Universidad Rovira i Virgili. Reus.  
Tarragona. España.

## Bibliografía

1. Ramírez P, Parrilla P, Muelas MS, De Haro L, Ortiz MA, Abad JM, et al. Estrangulación gástrica por hernia diafragmática traumática. *Cir Esp.* 1989;5:717-21.
2. Mihos P, Konstantinos P, Gakidis J, Paraskevopoulos J, Varvatsoulis P, Gougoutas B, et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. *Injury.* 2003;34:169-72.
3. Lenriot JP, Pauet J, Estephan H, Selcer D. Traitement chirurgical des ruptures traumatiques du diaphragme. En: *Encyclopédie Médique Chir. Techniques chirurgicales. Appareil Digestif.* Paris: Elsevier; 1994. p. 40-240.
4. Frantzides CT, Madan AK, O'Leary PJ, Losurdo J. Laparoscopic repair of a recurrent chronic traumatic diaphragmatic hernia. *Am Surg.* 2003;69:160-2.
5. Hüttl TP, Lang R, Meyer G. Long-term results after laparoscopic repair of traumatic diaphragmatic hernias. *J Trauma.* 2002;52:562-6.



## Plasmocitoma solitario extramedular de localización perianal

### Sr. Director:

Los plasmocitomas solitarios extramedulares o de tejidos blandos son tumores de células plasmáticas monoclonales muy poco frecuentes, originados primariamente en los tejidos blandos y, por tanto, extraóseos<sup>1</sup>. En el 90% de los casos se localizan en la cabeza y en el cue-



Figura 1.



Figura 2.

llo, especialmente en las vías respiratorias superiores (74%).

Presentamos a continuación el caso de un varón de 69 años diagnosticado de plasmocitoma solitario extramedular inmunoglobulina (Ig) G lambda de localización perianal, tras realizar una biopsia-exéresis parcial, de una gran tumoración exofítica perianal izquierda (fig. 1). En la tomografía computarizada (TC) pélvica y en la resonancia magnética (RM) realizada, se apreciaba una masa isquiorrectal de  $12 \times 7 \times 9$  cm, que no afectaba al canal anal (fig. 2). Los estudios de extensión de la enfermedad: TC toracoabdominal, serie ósea radiológica, inmunoelectroforesis en suero y orina, beta-2microglobulina y biopsia e inmunofenotipo de médula ósea, fueron normales. Dadas las grandes dimensiones de la tumoración residual tras la intervención quirúrgica y la importancia de ésta para el tránsito intestinal y la movilización del paciente, se inicia de forma temprana, antes de conocer la histología definitiva, quimioterapia mediante ciclofosfamida 1.250 mg y prednisona 100 mg durante 5 días, con respuesta favorable que reduce la masa en un 50%. Posteriormente, se observa un recrecimiento muy rápido de ésta y, al tratarse de una lesión única, se decide administrar radioterapia local, hasta alcanzar una dosis total de 44 Gy. Tras la radioterapia persistía una masa tumoral de  $5 \times 4$  cm, por lo que se optó por completar el tratamiento con poliquimioterapia tipo VAD (vincristina, adriamicina, dexametasona), y progresivamente la lesión disminuyó hasta desaparecer en su totalidad. Tres años y medio después de finalizar el tratamiento, el paciente se halla en remisión completa.