

Caso clínico

Adenoma tóxico como causa de hipertiroidismo en la infancia

Marta Carmona-Ruiz, Eugenio Fernández-Hernández, Alfonso Carmona-Martínez.
Grupo IHP. Sección de Endocrinología Pediátrica, Sevilla.

Recibido: 2/8/2018 Aceptado: 28/11/2018

Carmona-Ruiz M, Fernández-Hernández E, Carmona-Martínez A. Adenoma tóxico como causa de hipertiroidismo en la infancia. Vox Paediatr 2018; 25:10-12

Resumen: El hipertiroidismo es infrecuente en la infancia y que tenga como causa un adenoma tóxico es excepcional. Exponemos el caso de una adolescente que fue referida a nuestras consultas por una tumoración cervical anterior, cuyo diagnóstico final fue un adenoma tóxico (AT).

Palabras clave: Hipertiroidismo, adenoma tiroideo.

Toxic Adenoma as a Cause of Pediatric Hyperthyroidism

Abstract: Hyperthyroidism is unusual during childhood; it is exceptional that hyperthyroidism is caused by a toxic thyroid adenoma (AT). This is an example of a teenager who was referred to outpatient clinic due to an anterior cervical tumor with AT as final diagnosis.

Keywords: Hyperthyroidism, Toxic adenoma, Thyroid cancer

Introducción

El hipertiroidismo es infrecuente en la infancia, y que tenga como causa un adenoma tiroideo tóxico (AT) es excepcional. El AT es un tumor benigno de tejido folicular, funcionante, que produce hormonas tiroideas triyodotironina (T3), y/o tiroxina (T4) que suele presentarse como una tumoración en cara anterior del cuello acompañado o no de síntomas de hipertiroidismo¹⁻⁴.

Funcionalmente se caracteriza por una TSH baja o suprimida, acompañado de aumento de T3 (más frecuente) o T4. Entre los factores predisponentes se encuentra el déficit de yodo, el sexo femenino (5:1), y mutaciones en el gen

TSH-R, entre otros. Los nódulos tiroideos en la infancia son raros, pero el porcentaje de malignidad es mayor que en la población adulta³.

Caso clínico

Adolescente mujer de 13 años remitida por una tumoración en zona cervical anterior derecha de un mes de evolución. Como sintomatología reseñable sólo refería sensación de calor, sin ningún otro síntoma de disfunción tiroidea.

Entre sus antecedentes personales destacaban sibilancias recurrentes en la primera infancia e intervención quirúrgica por hernia epigástrica. Los padres eran primos hermanos y la tía materna fue tiroidectomizada por un carcinoma papi-

Autor para correspondencia: M. Carmona Ruiz
luacarmona@gmail.com

lar, habiéndose intervenido previamente por un bocio multinodular tóxico (BMNT). La tía paterna también tiroidectomizada por un BMNT.

En la exploración física presentaba un buen estado general, peso 48.200 kg (percentil 64), talla 1.478 m (percentil 20), IMC 22.1 kg/m², estadio II de Tanner, sin defectos de línea media. La frecuencia cardiaca era de 90 latidos por minuto, y la presión arterial de 100/75 mmHg. A la palpación se encontró un nódulo en la base de lóbulo tiroideo derecho de unos 2x1,5 cm con consistencia elástica, no doloroso y no adherido compatible con un bocio grado II. En la exploración neurológica destacaba un temblor fino distal muy leve.

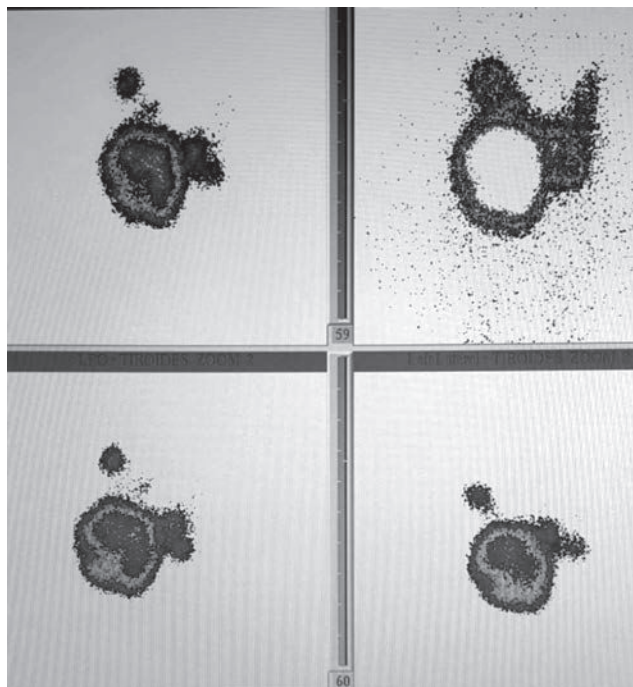


Figura 1: Imagen de gammagrafía tiroidea, en el cuadrante superior izquierdo se observa nódulo hipercaptante

En los análisis de función tiroidea se detectó una TSH completamente suprimida (TSH: 0.0 mcUi/ml), T4 I 1.1 ng/dl, T3 I 6.3 pg/ml, con anticuerpos antireceptor de TSH 2,30 UI/ml. El resto de la analítica era normal incluidos los anticuerpos anti tiroperoxidasa y anti tiroglobulina. En la ecografía tiroidea se observaba una glándula aumentada de tamaño, a expensas sobre todo de lóbulo derecho, ocupado en sus 2/3 caudales por un nódulo mixto de predominio

sólido que globalmente medía 32x26x40 mm de diámetro. En el plano craneal del lóbulo derecho se detectaron varias formaciones nodulares sólidas, hipoecogénicas de 12x9x11 mm y 6x6x6 mm y un nódulo en la región del istmo de 14x8x13 mm. Posteriormente se practicó una gammagrafía tiroidea donde se observaba una imagen sugestiva de adenoma tiroideo autónomo sobre el lóbulo derecho anulando la captación en el tejido tiroideo circundante (Figura 1). Se realizó una PAAF con el objetivo de descartar malignidad que no fue concluyente.

Ante la sospecha de AT se derivó a cirugía y se inició tratamiento con metimazol (5 mg/12h vía oral), que se mantuvo hasta la intervención quirúrgica. Se realizó hemitiroidectomía derecha más istmectomía confirmándose el diagnóstico histológico de sospecha.

Tras la intervención, la paciente permanece asintomática con tratamiento sustitutivo con levotiroxina (50 mcg/24h). Ha normalizado los parámetros analíticos tiroideos con desaparición de los nódulos de lóbulo izquierdo en ecografías de control.

Discusión

El AT es un tumor benigno, de tejido folicular funcionante, excepcional en la infancia¹.

La ecografía es la prueba diagnóstica de elección inicial en la evaluación de un nódulo tiroideo, dado que da información sobre la forma, tamaño, localización y composición del mismo. En este caso, fue la gammagrafía la prueba que permitió un diagnóstico de sospecha dado que muestra un nódulo hipercaptante (“caliente”), anulando o disminuyendo la captación del resto del tejido tiroideo circundante.

La PAAF tiene menor valor diagnóstico, pero en nuestra paciente dados los antecedentes familiares que presentaba, se decidió realizarla para llegar a un diagnóstico de certeza previo a la intervención, aunque no fue concluyente⁵. El hallazgo histológico habitual que suele encontrarse al realizar la PAAF en estos casos en una hiperplasia de las células tiroideas foliculares.

Las opciones terapéuticas son la cirugía y el radioyodo, con el que hay poca experiencia en niños⁶⁻⁸. En este caso optamos por la realización de una hemitiroidectomía con istmectomía con buenos resultados.

Bibliografía

- 1.- Corrias A, Mussa A. Thyroid Nodules in Pediatrics. Which Ones Can Be Left Alone, Which Ones Must be Investigated, When and How. *J. Clin Res Pediatr Endocrin.* 2013; 5(S 1): 57-69.
- 2.- Martín Díaz M, Soriano Guillén L, Pozo Román J, Muñoz Calvo M, Argente Oliver J. Toxic thyroid adenoma and hyperthyroidism. *An Pediatr.* 2006; 65:268-9.
- 3.- Gupta A, Ly S, Castroneves L, Frates M, Benson C et al. A standardized assessment of thyroid nodules in children confirms higher cancer prevalence than in adults. *J. Clin Endocr Metab.* 2013; 98:3238-3245.
- 4.- Azcona C. Nódulos tiroideos en la infancia. *An Pediatr Contin.* 2013; 11:181-6.
- 5.- Bahn R, Burch H, Cooper D, Garber J, Greenlee M, et al. Hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis: Management guidelines of the American thyroid association and american association of clinical endocrinologists. *Endocr Pract.* 2011; 17:456-520.
- 6.- Astl J, Dvořáková M, Vlcek P, Veselý D, Matucha P, Betka J. Thyroid surgery in children and adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2004; 68:1273-8.
- 7.- Francis G, Waguespack S, Bauer AJ, Angelos P, Benvenga S, et al. Management guidelines for children with thyroid Nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid.* 2015; 25: 716-759.
- 8.- Vidal Trecañ G, Sathl J, Durand-Zaleski I. Managing toxic thyroid adenoma: A cost-effectiveness analysis. *Eur J Endocrinol.* 2002; 146: 283-94.