

TIROIDES

Póster**Ablación por radiofrecuencia de nódulos benignos de la tiroides: seguridad y eficacia hasta por 1 año en 25 pacientes**Hernández E^{1,2}, Forero OM¹, Herrera DF¹.¹Instituto de Investigación en Endocrinología y riesgo metabólico (Endocare). Bogotá D. C.²Universidad del Rosario. Bogotá D. C.

Los nódulos tiroideos benignos pueden causar síntomas compresivos, cosméticos o funcionales. El tratamiento convencional incluye una terapia de supresión con levotiroxina o cirugía. La ablación por radiofrecuencia (RF) es una técnica mínimamente invasiva dirigida que reduce estos síntomas mientras preserva la función tiroidea.

Se presenta un estudio observacional y descriptivo de una cohorte sobre los resultados de eficacia y seguridad hasta los 12 meses con radiofrecuencia ablativa. Desde mayo de 2017 hasta septiembre de 2018 recibieron un tratamiento ambulatorio de termoablación por radiofrecuencia (RFA).

La muestra se constituyó de 25 pacientes de sexo femenino con edad promedio de $51,3 \pm 13,8$ años (rango: 21-85). El volumen nodular inicial medio fue $8,35 \pm 7$ mL y el final $3,73 \pm 5$ mL. La reducción promedio del volumen fue de 32 % (12), 55,7 % (12), 60 % (12) y 77 % (5) (n = 25) a los 1, 3, 6 y 12 meses, respectivamente.

Los síntomas compresivos disminuyeron de $5,0 \pm 3,2$ ds a $0,9 \pm 1$ ds <82 % ($p < 0,00$), los síntomas cosméticos pasaron de $1,4 \pm 1$ a $0,8 \pm 4$ ($p =$ no significativo) <60 % y la percepción de interferencia de calidad de vida pasó de $5,9 \pm 1,4$ a $1,7 \pm 2,5$ ($p < 0,00$) <71 %. No hubo complicaciones mayores, solo un máximo de 36 horas de dolor moderado de intensidad 2/10 a 36 horas posteriores al procedimiento.

Conclusiones: la ablación por radiofrecuencia para el tratamiento de los nódulos tiroideos benignos es segura y eficaz, y mejora calidad de vida. La diferencia de síntomas cosméticos no fue significativa y esto puede corresponder a haber tratado a pocos pacientes con preocupaciones estéticas de la cohorte. La mejoría de los síntomas sucede desde el primer mes.

Póster**Agranulocitosis inducida por metimazol: reporte de casos. Importancia de la detección temprana**

Vargas, Silva MA, Coronel N, López N.

San Vicente Fundación. Rionegro, Colombia.

Los antitiroideos han estado disponibles por más de medio siglo y han sido muy importantes en el manejo del hipertiroidismo, los cuales han tenido un uso extenso en pacientes con enfermedad de Graves-Basedow.

Se asocian con múltiples reacciones adversas, entre ellas la agranulocitosis, la cual es una complicación rara de mucha gravedad, que incluso puede llegar a ser fatal.

Usualmente ocurre dentro de los 3 primeros meses de tratamiento, pero puede presentarse tardíamente hasta 1 año o más de iniciado el manejo farmacológico e inclusive algunas veces aparece por primera vez después de la suspensión de un primer curso de tratamiento con el posterior reinicio del mismo antitiroideo.

La fiebre y odinofagia son los síntomas iniciales que presentan la mayoría de estos pacientes y son muchas las manifestaciones clínicas que pueden exhibir; algunos de ellos incluso llegando a estar asintomáticos. Esto determina un gran reto para el clínico, quien se enfrenta a un espectro amplio de posibilidades, lo que dificulta la identificación temprana de esta condición.

En este trabajo se describen 3 casos clínicos de pacientes con antecedente de enfermedad de Graves-Basedow, hospitalizados por esta complicación en el Hospital San Vicente Fundación de Rionegro durante el 2018. Se resalta la diversidad en su presentación clínica, la aparición de síntomas en momentos diferentes de la enfermedad y con dosis de metimazol variadas. Igualmente, se relata la experiencia sobre el control de la tirotoxicosis con medicamentos diferentes a tionamidas y la excelente respuesta al factor estimulante de colonias de granulocitos como parte del manejo de la neutropenia.

Póster

Asociación de hipo- e hipertiroidismo con falla cardíaca

Barakat S, Ramírez A, Bernal W, Abreu A, Casanova M.

Universidad Libre, Clínica Nueva Rafael Uribe Uribe, Clínica Nuestra Señora De Los Remedios. Cali, Colombia.

Introducción: la enfermedad tiroidea es una condición clínica común con efectos que impactan negativamente en la función cardíaca.

Metodología: se presentan dos casos de pacientes con disfunción tiroidea y alteración de la contractilidad miocárdica.

Caso 1: paciente femenina de 26 años con consumo crónico de carbonato litio, con un mes de disnea de pequeños esfuerzos, exoftalmia, bocio, taquicardia, anasarca y estertores basales; en la radiografía de tórax resultó con derrame pleural bilateral (30 %) y cardiomegalia, hormona foliculoestimulante (TSH) 0,0083 UI/mL (valor de referencia [VR]: 0,35-4,94), tiroxina libre (T₄L) 4,54 ng/dL (VR: 0,7-1,48); en el ecocardiograma transtorácico (ETT) resultó con el ventrículo izquierdo (VI) dilatado, hipertrofia excéntrica, función sistólica del VI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo [FEVI]) 43 %, hipocinesia generalizada y leve derrame pericárdico. Recibió metimazol, propanolol e hidrocortisona con mejoría clínica, T₄L: 2,1 ng/dL al día 7 y 1,7 ng/dL al día 14.

Caso 2: paciente femenina de 38 años, diabética tipo 2, con 2 meses de disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea, dolor precordial, ETT con derrame pericárdico grave sin taponamiento cardíaco, FEVI 22 %, TSH >100 μUI/mL y T₄L <0,07 ng/dL, los demás exámenes resultaron negativos incluida la coronariografía. Se inició el manejo con levotiroxina y prednisolona, y se presentó la mejoría clínica con T₄L de 0,42 ng/dL al día 7 y 1,0 ng/dL al día 14.

Conclusión: la alteración tiroidea es infrecuente dentro de las causas de falla cardíaca. Las hormonas tiroideas modulan la función ventricular, resistencia vascular periférica, contractilidad y frecuencia cardíaca; su alteración puede generar disfunción cardíaca. Se describieron 2 casos de pacientes con falla cardíaca cuyo único hallazgo anormal fue la alteración tiroidea y presentaron la reversión de los efectos cardíacos con el tratamiento.

Póster

Biopsia de aspiración con aguja fina en el diagnóstico de tiroiditis subaguda granulomatosa de De Quervain, serie de casos de 1996 a 2014

Montoya D, Vargas MA, Coronel N, Ramírez A, Vélez A, Aristizábal N, et al.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Dinámica IPS. Medellín, Colombia.

La biopsia por aspiración con aguja fina es el método de elección en el diagnóstico de nódulos tiroideos, cuya utilidad también se ha demostrado en otros escenarios diferentes a las neoplasias tiroideas. En este trabajo se muestra la experiencia desde 1996 hasta 2014 en el diagnóstico de tiroiditis de De Quervain en biopsia por aspiración con aguja fina en 15 pacientes sin un diagnóstico clínico claro previo al estudio histopatológico. Además, se expone la correlación clínica y epidemiológica con el pico de incidencia de infecciones respiratorias de origen viral en Colombia, las cuales podrían ser el factor causal para estos casos de tiroiditis.

Se revisaron retrospectivamente los casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de tiroiditis de De Quervain realizado con una biopsia por aspiración con aguja fina; los datos se tomaron de la base de datos del Hospital Pablo Tobón Uribe y Dinámica IPS en Medellín, Antioquia, durante el período comprendido entre enero de 1995 y diciembre de 2014; se revisaron historias clínicas en busca de información sobre datos demográficos, cuadro clínico, registros paraclínicos y presunción diagnóstica del médico tratante, y posteriormente se compararon con datos epidemiológicos.

Se identificaron 15 casos, de los cuales el 74 % correspondía a mujeres, con media de edad de 40 años y el paciente de menor edad de 14 años; todos los pacientes presentaron historia reciente de cuadro respiratorio probablemente de origen viral, con manifestaciones sintomáticas entre los meses de agosto y septiembre, y con un mismo lugar de origen en el departamento de Antioquia. Histológicamente, el rasgo destacado fue la presencia de células gigantes multinucleadas aunadas a células inflamatorias.

Póster

Bradycardia sinusal extrema en hipotiroidismo autoinmunitario, tiroiditis atrófica: reporte de caso

Mejía HJ, Rodríguez L, Rangel KL, Rangel DA.

Hospital Universitario de Santander (HUS), Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Se reporta el caso de una paciente femenina de 31 años sin antecedentes de importancia, quien consultó inicialmente por vértigo, náuseas, hipoacusia bilateral y visión borrosa de 1 semana de evolución. En la revisión por sistemas refería un aumento de peso desde hace 1 año, junto con edema facial y de extremidades inferiores. En el examen físico presentaba una frecuencia cardíaca que oscilaba entre 30 a 40 latidos por minuto (lpm), con diversos hallazgos compatibles con un cuadro de hipotiroidismo grave (voz gruesa, facies abotagada, palidez, piel seca, macroglosia, madarosis, edema en miembros inferiores y reflejos osteotendinosos disminuidos) sin presencia de bocio. Los paraclínicos evidenciaron una hormona foliculoestimulante (TSH) elevada ($>60 \mu\text{UI/mL}$) con una tiroxina libre (T_4L) disminuida ($0,49 \text{ ng/dL}$), el electrocardiograma (ECG) con bradicardia sinusal extrema y bloqueo auriculoventricular (AV) de primer grado. Se inició la suplencia de hormona tiroidea, con mejoría clínica significativa y resolución de la bradicardia. Estudios posteriores revelaron anticuerpos antimicrosomales (peroxidasa tiroidea [TPO]) positivos (2270,9; valor de referencia [VR]: 0-100 UI, positivo $>100 \text{ UI}$) y una ecografía de tiroides con importante hipotrofia de la glándula tiroides (lóbulo derecho $0,7 \times 0,7 \text{ cm}$ y lóbulo izquierdo $0,8 \times 0,7 \text{ cm}$).

Se consideró un hipotiroidismo grave de origen autoinmune y tiroiditis atrófica (mixedema primario). Esta condición es una entidad rara, más frecuente en mujeres entre 40-60 años, y parece ser el reflejo de la rápida destrucción de la glándula tiroides en una fase temprana del inicio de la tiroiditis autoinmunitaria, asociada en ocasiones con anticuerpos contra el receptor de TSH de variedad de bloqueo. Algunos autores proponen como criterios diagnósticos la presencia de hipotiroidismo, una glándula tiroides con volumen reducido y la presencia de anticuerpos positivos.

Póster

Carcinoma de paratiroides: reporte de un caso

Quintero ML, Suárez L, Morales K, Peña J.

Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

Introducción: el cáncer de paratiroides es extremadamente infrecuente, representa 1 %-2 % de todos los casos de hiperparatiroidismo primario. Su causa se desconoce, aunque se ha asociado con algunos síndromes endocrinos. El comportamiento clínico inicial es similar a las neoplasias paratiroides benignas. Su diagnóstico y tratamiento representan un verdadero desafío.

Caso clínico: paciente masculino de 27 años de edad, con historia clínica de osteomialgia y artralgia, de 6 meses de evolución. Consultó por una fractura desplazada del fémur izquierdo y la cadera derecha, debido a un trauma de baja potencia. En el examen físico se encontró hiperreflexia en extremidades superiores e inferiores, y una masa palpable en la región cervical anterior. Se detectó hipercalcemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, hipofosfatemia y niveles elevados de la hormona paratiroidea. El paciente se sometió a una exploración quirúrgica de cuello en la que se realizó una tiroidectomía subtotal izquierda más paratiroidectomía. La pieza anatómica pesaba 30 g, en la glándula paratiroides se observó una masa que medía $3,5 \times 2,5 \text{ cm}$. El estudio histopatológico completo de la pieza quirúrgica reportó un carcinoma de paratiroides confirmada por estudios de inmunohistoquímica, entre otras pruebas diagnósticas posteriores a la cirugía.

Discusión: ciertos hallazgos clínicos y de laboratorio orientan hacia el diagnóstico clínico de un carcinoma de paratiroides, sin ser específicos; la hipercalcemia grave, edad joven, sexo masculino, afectación renal y ósea, así como la presencia de un nódulo palpable $>3 \text{ cm}$ deben plantear la sospecha clínica. El pronóstico depende de la efectividad de la resección completa en la cirugía, que constituye la terapia más eficaz.

Palabras clave: hipercalcemia, hiperparatiroidismo, neoplasias de las paratiroides.

Póster

Caso probable de metástasis cardíaca de carcinoma anaplásico de tiroides

Zea J¹, Román A², Londoño S¹.

¹Residente de medicina interna, Universidad de Antioquia.

²Médico endocrinólogo Hospital Universitario San Vicente Fundación, docente de la Universidad de Antioquia.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 76 años quien consultó a finales de 2018 por dolor torácico y disnea. Durante el estudio del síndrome coronario y a la evaluación física del paciente se encontraron ganglios cervicales bilaterales que se estudiaron con tomografía axial computarizada (TAC) contrastada que reportó una formación tumoral de la glándula tiroidea asociada con conglomerados ganglionares en cadena yugulocarotídea izquierda y en el mediastino en la región parahiliar derecha de características metastásicas y múltiples nódulos sólidos de 2 a 20 mm, con realce luego de la administración de contraste endovenoso en ambos parénquimas pulmonares. Durante la hospitalización se realizó

un ecocardiograma que reportó una imagen de densidad del trombo frente a tejidos blandos que ocupaba el 80 % del área del ventrículo derecho no móvil y que estaba firmemente adherida desde el septo y el ápex (longitud 82 mm x 54 mm) que no provoca oclusión. Tuvo un episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida (FARVR) que requirió cardioversión farmacológica. La aspiración con aguja fina (ACAF) de tiroides confirmó la presencia de un carcinoma anaplásico de tiroides en un estadio avanzado. Se revisaron imágenes con ecocardiografistas y se concluyó que las características de la masa claramente indicaban lesiones sólidas metastásicas. Se planteó la posibilidad de realizar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia, pero el paciente declinó esta posibilidad y, posteriormente, 20 días después de haber sido hospitalizado, presentó un deterioro acelerado de su condición clínica, estupor profundo, pupilas mióticas arreactivas, deterioro neurológico, hipotonía generalizada y, finalmente, falleció.

Póster

Determinación del volumen tiroideo medido por ecografía en Pereira, Risaralda

Arenas HM, López VJ.

Clínica Comfamiliar Risaralda. Pereira, Colombia.

Introducción: el aumento del volumen tiroideo puede presentarse tanto en hiper- como en hipotiroidismo, es un hallazgo relevante durante la evaluación clínica y ecográfica de la glándula tiroides. Los valores de referencia en la población colombiana de acuerdo con grupos etarios no se han establecido, lo que obliga a usar fuentes de otra población de características diferentes. Lo anterior genera errores en la práctica clínica diaria y conlleva a conductas equívocas, por lo que es importante obtener valores de referencia normales del tamaño tiroideo en la población.

Objetivo: estimar los valores de referencia para el volumen tiroideo normal en la población pereirana adulta entre 18 y 60 años de edad sin anomalía tiroidea.

Metodología: estudio observacional de corte trasversal realizado en la Clínica Comfamiliar Risaralda, con población masculina y femenina mayor de 18 años sin patología previa tiroidea. Se realizaron ecografías mediante el ecógrafo marca General Electric referencia Logiq P5. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y se estimaron valores de referencia en función de la edad con centiles P2,5-P97,5 mediante la regresión en polinomios fraccionales, recomendado para este tipo de datos.

Resultados: el volumen total promedio de la glándula tiroides en la población fue de $6,4 \pm 2,3$ mL. Se estimaron las ecuaciones de regresión en polinomios fraccionales para los valores medios y su correspondiente variabilidad en el volumen tiroideo en función de la edad, se obtuvieron los centiles por edad.

Conclusiones: se obtuvieron valores de referencia normales de tamaño tiroideo en la población pereirana adulta sana.

Póster

Hiperparatiroidismo primario en mujeres posmenopáusicas

Tascón BN.

Palmira, Colombia.

Objetivos: invitar a la comunidad médica al diagnóstico y tratamiento oportunos, e identificar la prevalencia de osteoporosis y la disminución de las fracturas después de la paratiroidectomía.

Diseño: estudio descriptivo longitudinal retrospectivo.

Metodología: estudio tipo documental informativo, 8 artículos elegidos aleatoriamente identificaban como grupos de control a mujeres posmenopáusicas con hiperparatiroidismo primario y las principales complicaciones asociadas con la disminución de la densidad ósea, tomada de fuentes médicas científicas, en los recursos de PubMed, Scielo y Repositorio Institucional Digital (RID).

Resultados: el hiperparatiroidismo primario es el tercer diagnóstico endocrinológico más frecuente y afecta a un 0,3 % de la población general, su prevalencia aumenta hasta 1 %-3 % en las mujeres posmenopáusicas. La osteoporosis es una enfermedad que afecta al 20 %-25 % de estas mujeres, por lo que es un subgrupo de población con alto riesgo; habitualmente se manifiesta como una disminución de la densidad mineral ósea, la paratiroidectomía disminuye las fracturas. La prevalencia de osteoporosis a nivel de la columna lumbar es del 41,14 %; en el cuello femoral, del 22,78 %; en la cadera total, del 21,52 %; en el tercio proximal de la zona distal del radio, del 46,15 % y del 46,75 % en la zona ultradistal del radio.

Conclusiones: es importante educar al personal médico en el diagnóstico oportuno de la patología. La cirugía disminuye el riesgo de fracturas. Las indicaciones para la cirugía son la nefrolitiasis, hipercalcemia $>1-1,6$ mg/dL, depuración de creatinina <30 % de lo normal, excreción urinaria de calcio de 24 horas >400 mg, reducción de la masa ósea >2 desviaciones estándar, hipertrofia ventricular izquierda y pacientes asintomáticos con edad <50 años.

Póster

Hipertiroidismo gestacional transitorio: a propósito de dos casos

Vallejo S, Forero J, Oyola K.

Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

Antecedentes: el hipertiroidismo gestacional transitorio es una condición frecuente y benigna en pacientes gestantes con antecedentes de hiperémesis gravídica a causa del exceso bioquímico de hormonas tiroideas.

Objetivo: reconocer al hipertiroidismo gestacional transitorio como una condición benigna de las gestantes para evitar un tratamiento inadecuado con riesgos fetales o realización de estudios innecesarios.

Métodos: se describen dos casos de hipertiroidismo gestacional transitorios atendidos en la ciudad de Pereira.

Caso 1: paciente femenina de 22 años, trigestante, con un embarazo de 15 semanas, con antecedentes de hiperémesis gravídica en el embarazo anterior. Se remitió al Hospital Universitario San Jorge por hiperémesis gravídica grave asociada con complicaciones hidroelectrolíticas. Los estudios analíticos indicaron hormona foliculoestimulante (TSH) suprimida con niveles elevados de tiroxina libre (T_4L) y triyodotironina libre (T_3L). Se hizo necesario el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) obstétrica para la reposición de líquidos y electrolitos intravenosos.

Caso 2: paciente femenina de 31 años, con un embarazo de 24 semanas. Ingresó al Hospital Universitario San Jorge por hiperémesis gravídica sin otras complicaciones. Los estudios analíticos iniciales reportaron TSH suprimida. Sin embargo, se realizaron nuevos estudios del perfil tiroideo en el que se obtuvieron resultados normales.

Resultados: como características comunes hay 2 pacientes gestantes con hiperémesis gravídica con resultados iniciales de TSH suprimida que posteriormente se normalizaron con resolución de la hiperémesis y sin evidencia de síntomas de tirotoxicosis. Los controles realizados en las pacientes han demostrado una mejoría clínica sin desenlaces obstétricos adversos.

Conclusiones: la hiperémesis gravídica se presenta en el 0,5-10/1000 gestaciones. En el 30 %-60 % está presente la supresión de la TSH y cursa con la elevación de hormonas tiroideas libres. El hipertiroidismo en mujeres gestantes acompañado de vómito cede espontáneamente antes de la semana 20, esto requiere un tratamiento sintomático con hidratación intravenosa y reposición de líquidos. Rara vez cursa con síntomas de tirotoxicosis, lo cual a su vez permite diferenciarlo del hipertiroidismo primario.

Póster

Hipotiroidismo y micosis fungoide: una asociación inusual

Saldarriaga LM, Bolaños OF.

Grupo de Investigación de Medicina Interna, Universidad Tecnológica de Pereira.

Introducción: la micosis fungoide constituye el subtipo más común de linfoma cutáneo primario de células T, el cual representa hasta el 75 % de todos los linfomas cutáneos primarios, con pronóstico variable según el estadio o fase cutánea al momento de ser detectado.

Caso clínico: paciente de 63 años de sexo femenino con historia de hipertensión arterial controlada e hipotiroidismo diagnosticado hace 7 años en un manejo con levotiroxina 75 μ g en ayunas. Desde hace 2 años inició con lesiones de color café oscuro, ovaladas con áreas circunscritas de color rojo oscuro y consistencia dura, no dolorosas ni pruriginosas; de predominio en la cara, brazos, caderas, región glútea y miembros inferiores (**Figura 1**), algunas de ellas sobreinfectadas, por lo que decidió consultar a urgencias y se inició el manejo antibiótico. Los exámenes de laboratorio revelaron un hemograma con discreta leucocitosis y neutrofilia, velocidad de sedimentación globular (VSG): 35, proteína C-reactiva (PCR): 8, hormona foliculoestimulante (TSH): 2,3, pruebas de función hepática y renal normales. Se interconsultó a dermatología para valorar las lesiones, se realizó una biopsia de piel con un reporte de linfoma cutáneo primario de células T.



Figura 1. Lesión del paciente en el miembro superior derecho.

Discusión: la micosis fungoide es un trastorno poco frecuente, que tiene una incidencia anual en los Estados Unidos de 0,2-0,4 casos nuevos por año/100 000 habitantes. La relación varón: mujer es de 2,1: 1. Suele ser más frecuente en el cuarto o quinto decenio de la vida. Hasta el momento se desconocen las causas específicas sobre su origen. Se han investigado varios de los posibles mecanismos, sobre todo aquellos en los que se sospecha la estimulación crónica del sistema inmunitario por medio de la exposición persistente

a ciertos antígenos (químicos, luz solar, infecciones bacterianas, medicamentos, cigarrillos) como probables hipótesis.

Conclusión: el presente caso evidencia una asociación inusual entre hipotiroidismo y micosis fungoide, aunque no es prevalente en las mujeres, nuestra paciente presentaba una etapa tumoral que requería un manejo integral por el compromiso sistémico, para disminuir la mortalidad.

Póster

Plasmaféresis en tirotoxicosis y tormenta tiroidea como terapia puente para el manejo quirúrgico definitivo

Aristizábal N, Coronel N, Vargas MA, Monsalve C, Torres JL, Arango CM, et al.

Clínica las Américas, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

La tirotoxicosis es el síndrome clínico que ocurre cuando hay un exceso de hormonas tiroideas en la sangre y la tormenta tiroidea es la forma extrema de presentación; la terapia de primera línea en estos casos es el uso de anti-tiroideos acompañados de bloqueantes β , colestiramina, lugol, esteroides y la consideración de tiroidectomía como terapia definitiva en casos seleccionados, pero para realizarla primero se requiere iniciar el tratamiento médico con el fin de disminuir los niveles de hormonas tiroideas en busca de reducir la posibilidad de complicaciones intraoperatorias. Sin tratamiento, la mortalidad de la tormenta tiroidea es cercana al 30 %, especialmente si el paciente falla o no tolera los medicamentos; el papel de la plasmaféresis en este contexto no está completamente establecido y hay pocos casos reportados en la literatura.

Se presentan a 5 pacientes con tirotoxicosis, tormenta tiroidea inminente o en tormenta tiroidea, con poco control de su enfermedad a pesar de la terapia médica completa o que requerían una cirugía tiroidea de manera urgente y en quienes se realizaron plasmaféresis como terapia de puente al manejo quirúrgico definitivo; los recambios se realizaron con una máquina de flujo intermitente usando como solución de reemplazo albúmina al 5 %, se reemplazaron entre 1,0 a 1,5 veces el volumen plasmático, con una frecuencia diaria o interdiaria, llevando a los pacientes a cirugía una vez se demostraron niveles de hormonas tiroideas cercanos a la normalidad. En los 5 casos se realizó la intervención quirúrgica sin complicaciones y los pacientes fueron dados de alta en estado eutiroideo con inicio de reemplazo con levotiroxina.

Póster

Tiroiditis supurativa con compromiso vascular en una paciente inmunocompetente (síndrome de Lemierre)

Botero G, Méndez J, Benavides J, Tous R, Mejía M, Rojas W.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Hospital de San José. Bogotá D. C., Colombia.

Las tiroiditis son enfermedades de diversa etiología (infecciosa, autoinmunitaria) y duración (agudas, subagudas o crónicas). Desde el punto de vista fisiológico, pueden variar en su presentación, causando hipotiroidismo o tirotoxicosis, o no alterar las hormonas tiroideas. La tiroiditis supurativa aguda es una entidad inusual que constituye aproximadamente 0,1 % al 0,7 % de la patología tiroidea quirúrgica. Tiene una causa infecciosa: la etiología es generalmente bacteriana por gérmenes grampositivos seguido por gérmenes anaerobios. La tiroides normal es particularmente resistente a las infecciones por su extenso drenaje venoso y linfático, además de su alto contenido de yodo y su cápsula fibrosa. La presentación varía con la edad, es recurrente en niños con anomalías anatómicas predisponentes y cuando se presenta en adultos se asocia con una glándula estructuralmente anormal. Típicamente se describen alteraciones como el bocio, los nódulos tiroideos, un adenoma o un carcinoma (1-3). A pesar de lo extraño de la condición es importante conocer cuál es su enfoque diagnóstico y sus diagnósticos diferenciales en especial con la patología maligna, que puede imitar la presentación inicial y, en este caso, su asociación con presentaciones atípicas en pacientes inmunocompetentes como la extensión vascular con síndrome de Lemierre que presentó la paciente, la cual es de muy escasa mención en la literatura.

Póster

Tocilizumab en orbitopatía distiroidea corticorresistente: serie de casos de un último recurso

Sánchez PE, Coy AF, Sierra A, Rojas W.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José. Bogotá D.C., Colombia.

La orbitopatía distiroidea (OD) es la manifestación extra-tiroidea más frecuente del hipertiroidismo autoinmune, se puede presentar antes o después de su diagnóstico.

El 5 % de los casos es grave, con repercusiones en la calidad de vida por el dolor y la restricción con el movimiento ocular, cambios estéticos y alteraciones en la visión.

El tratamiento incluye la suspensión del tabaquismo, medidas de protección ocular y el eutiroidismo. En casos activos son necesarios los esteroides sistémicos, aunque el 20 % de los pacientes son no respondedores. Ante la progresión de la enfermedad puede utilizarse la cirugía descompresiva y la radiación orbitaria externa como opciones de manejo. La inmunoterapia se ha descrito en casos de refractariedad o contraindicación a los esteroides, con resultados variables en los estudios realizados.

Se presenta una serie de 3 casos de pacientes con OD e hipertiroidismo refractarios a la dosis máxima de esteroides sistémicos por la progresión de la enfermedad y el compromiso amenazante de la visión; se realizaron una cirugía descompresiva y una radioterapia sin mejoría. Se utilizó tocilizumab 8 mg/kg/dosis cada 4 semanas por 4 aplicaciones. En el primer caso, luego de 4 dosis se logró la regresión de la gravedad por el puntaje de actividad clínica (CAS) de 7 a 1, con mejoría de la visión y reducción de la proptosis en 4 mm. Los otros dos casos luego de 3 dosis han logrado una disminución del CAS de 7 a 3 y reducción de 2 mm de proptosis.

Se encontró en el tocilizumab una nueva opción de manejo en pacientes con OD corticorresistente, con efectividad hasta el momento del 100 %.

Póster

Caracterización de pacientes con tirotoxicosis severa y tormenta tiroidea, Fundación Valle del Lili, 2011-2017

Martínez V¹, Arango LG², García L³, Martínez JJ³, Guzmán G².

¹Grupo de Medicina Interna, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia.

²Estudiantes de Medicina, Universidad Instituto Colombiano de Estudios Superiores de INCOLDA (ICESI). Cali, Colombia.

³Grupo de Endocrinología, Fundación Valle del Lili. Cali, Colombia.

Introducción: la tirotoxicosis y la tormenta tiroidea son entidades clínicas que pueden ser secundarias al hipertiroidismo. La manifestación más exagerada es la tormenta tiroidea, entidad de baja prevalencia, pero alta morbimortalidad; la falta de reconocimiento rápido y oportuno empeora los resultados. Se busca hacer una caracterización de los pacientes

con esta entidad atendidos en la unidad de cuidado intensivo (UCI) de la institución.

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados en la UCI entre los años 2011 y 2017 con diagnóstico de tirotoxicosis grave y tormenta tiroidea. Se describieron características demográficas, antecedentes médicos, presentación clínica, niveles de hormona tiroidea y compromiso de otros órganos.

Resultados: se incluyeron a 20 pacientes con diagnóstico de tormenta tiroidea o tirotoxicosis grave, 17 mujeres, con edad promedio de 41,1 años. Se clasificaron como tormenta tiroidea altamente probable por escala de Burch-Wartofsky a 6 pacientes y por criterios de Akamizu 7. No se encontró una correlación entre los niveles de tiroxina libre (T₄L) y tormenta tiroidea. El promedio de días de hospitalización en la UCI fue de 4,5 días, 6 (30 %) pacientes se llevaron a tiroidectomía y solo se registró 1 caso de mortalidad.

Conclusiones: aunque la tormenta tiroidea es una entidad poco frecuente con alta mortalidad, cualquier escala de valoración es útil, el criterio clínico es el más importante para el reconocimiento oportuno de esta entidad, lo que lleva a la instauración de un manejo rápido y apropiado, y permite mejorar los resultados de morbimortalidad.

Póster

Utilidad de adicionar biopsia por congelación a la aspiración con aguja fina en pacientes con cáncer bien diferenciado de tiroides

Builes CE, Villa CA, Zapata NZ, Rojas N.

Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia.

El cáncer bien diferenciado de tiroides es la malignidad endocrina más común y en su incidencia en Colombia se estima cercana al 3 %. El estándar de oro para el diagnóstico diferencial del carcinoma bien diferenciado de tiroides es la aspiración con aguja fina (ACAF), pero en algunas ocasiones los cirujanos recurren a la biopsia por congelación intraoperatoria (BCI).

Se presenta un estudio descriptivo de pruebas diagnósticas en pacientes mayores de 18 años sometidos a tiroidectomía con un resultado de ACAF y BCI disponible. Se realizaron 2 análisis: en el primero se consideraron como positivas aquellas muestras de la ACAF reportadas como neoplasia folicular, sospechosas o malignas de acuerdo con la clasificación de Bethesda (**Tabla 1**) ya que estas casi siempre resultan en una intervención quirúrgica; y en el segundo se excluyeron aquellas reportadas como neoplasia folicular.

Tabla 1. Clasificación de Bethesda para el reporte de la citología de tiroides

Categoría	Hallazgos
1. No diagnóstico o insatisfactorio	- Líquido de quiste - Muestra celular - Sangre - Artefacto por coagulación
2. Benigno	- Nódulo folicular benigno - Tiroiditis linfocítica crónica (tiroiditis de Hashimoto) - Tiroiditis granulomatosa - Otros
3. Atipia de significado incierto o lesión folicular de significado incierto	Los hallazgos citológicos no son convincentemente benignos y el grado de atipia celular y de arquitectura es insuficiente para interpretarlo como neoplasia folicular, neoplasia de células de Hürthle o sospechosa de malignidad.*
4. Neoplasia folicular	Esta categoría aplica a lesiones con patrón folicular no papilar y neoplasias de células de Hürthle.
5. Sospechoso de malignidad	- No se llenan todos los criterios de cáncer, principalmente carcinoma papilar - Sospecha de carcinoma medular - Sospecha de otras malignidades primarias o secundarias
6. Maligno	- Carcinoma papilar - Carcinoma medular - Carcinoma anaplásico - Carcinoma metastásico

*Esta categoría debe ser opcional y los laboratorios que la escogen deben minimizar su uso a menos del 7 % de todas las interpretaciones de una ACAF de tiroides.

Se obtuvieron datos de 188 pacientes, de los cuales el 84,5 % fueron mujeres. En promedio tenían 52 ± 14 años al momento del diagnóstico. El 64 % de los casos correspondió a carcinoma papilar de tiroides. Para la ACAF la sensibilidad fue de 61 %, la especificidad 82 %, el valor predictivo positivo (VPP) 93 %, el valor predictivo negativo (VPN) 64 %, un *likelihood ratio* positivo (LR+) 3,39, un *likelihood ratio* negativo (LR-) 0,48 y una precisión diagnóstica del 67,5 %. La ACAF combinada con BCI tienen una sensibilidad del 70 %, especificidad del 92 %, VPP del 93 %, VPN del 67 %, un LR+ 7, un LR- 0,33 y una precisión diagnóstica del 78,6 %.

No pareciera existir ningún beneficio al añadir la BCI a la ACAF en los pacientes con carcinoma bien diferenciado de tiroides.

Lecturas recomendadas

- American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer, Cooper DS, Doherty GM, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009;19(11):1167-214.
- Baloch ZW, Cibas ES, Clark DP, et al. The National Cancer Institute Thyroid fine needle aspiration state of the science conference: a summation. *Cytojournal*. 2008;5:6.
- Belfiore A, La Rosa GL, La Porta GA, et al. Cancer risk in patients with cold thyroid nodules: relevance of iodine intake, sex, age, and multinodularity. *Am J Med*. 1992;93(4):363-9.

- Bosetti C, Bertuccio P, Levi F, et al. Cancer mortality in the European Union, 1970-2003, with a joinpoint analysis. *Ann Oncol*. 2008;19(4):631-40.
- Boyd LA, Earnhardt RC, Dunn JT, et al. Preoperative evaluation and predictive value of fine-needle aspiration and frozen section of thyroid nodules. *J Am Coll Surg*. 1998;187(5):494-502.
- Chala AI, Franco HI, Aguilar CD, et al. Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides, Manizales, Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2010;25:276-89.
- Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer*. 2009;115(16):3801-7.
- Cibas ES, Ali SZ. The Bethesda System For Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol*. 2009;132(5):658-65.
- Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin*. 2006;56(2):106-30.
- Jo VY, Stelow EB, Dustin SM, et al. Malignancy risk for fine-needle aspiration of thyroid lesions according to the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol*. 2010;134(3):450-6.
- Lee TI, Yang HJ, Lin SY, et al. The accuracy of fine-needle aspiration biopsy and frozen section in patients with thyroid cancer. *Thyroid*. 2002;12(7):619-26.
- Leenhardt L, Bernier MO, Boin-Pineau MH, et al. Advances in diagnostic practices affect thyroid cancer incidence in France. *Eur J Endocrinol*. 2004;150(2):133-9.
- Leiker AJ, Yen TW, Cheung K, et al. Cost analysis of thyroid lobectomy and intraoperative frozen section versus total thyroidectomy in patients with a cytologic diagnosis of "suspicious for papillary thyroid cancer". *Surgery*. 2013;154(6):1307-13.
- Liu FH, Liou MJ, Hsueh C, et al. Thyroid follicular neoplasm: analysis by fine needle aspiration cytology, frozen section, and histopathology. *Diagn Cytopathol*. 2010;38(11):801-5.
- Lumachi F, Borsato S, Tregnaghi A, et al. Accuracy of fine-needle aspiration cytology and frozen-section examination in patients with thyroid cancer. *Biomed Pharmacother*. 2004;58(1):56-60.
- Mallik UK, Lucraft H, Proud G, et al. Optimizing the management of differentiated thyroid cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2000;12(6):363-4.
- Pacini F, Castagna MG. Approach to and treatment of differentiated thyroid carcinoma. *Med Clin North Am*. 2012;96(2):369-83.

- Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, et al. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol.* 2006;154(6):787-803.
- Peng Y, Wang HH. A meta-analysis of comparing fine-needle aspiration and frozen section for evaluating thyroid nodules. *Diagn Cytopathol.* 2008;36(12):916-20.
- Roach JC, Heller KS, Dubner S, et al. The value of frozen section examinations in determining the extent of thyroid surgery in patients with indeterminate fine-needle aspiration cytology. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128(3):263-7.
- Sánchez G, Gutiérrez C, Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología B, et al. Differentiated carcinoma of the thyroid: findings after 16 years of multidisciplinary management. *Rev Colomb Cir.* 2014;29(2):102-9.
- Schiro AJ, Pinchot SN, Chen H, et al. Clinical efficacy of fine-needle aspiration biopsy of thyroid nodules in males. *J Surg Res.* 2010;159(2):645-50.
- World Health Organization. Fact Sheets by Population 2014. WHO [internet] 2014. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx.