

TIROIDES

Póster

Volumen tiroideo en embarazadas sanas del municipio Plaza, La Habana, Cuba, 2015-2017

Leal Curí L, Jequín Savariego ME, Turcios Tristá SE, Domínguez Alonso E, Hernández Solarte L, Bina Konaré D, Robles Torres E.

Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana, Cuba.

Objetivo: Describir el volumen tiroideo en las embarazadas seleccionadas y su asociación con algunas características epidemiológicas, yoduria, función y anticuerpos antitiroideos.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal, con 101 gestantes sanas del municipio Plaza, en el periodo de septiembre-2015 a agosto-2017. Las variables analizadas fueron: edad materna y gestacional, color de la piel, paridad, hábito de fumar, niveles de yoduria, tirotropina, hormonas tiroideas totales y libres, tiroglobulina y anticuerpos antitiroideos. El volumen tiroideo se midió con un equipo de ultrasonido Aloka SSD 1400 y se comparó entre las variables mencionadas.

Resultados: El volumen tiroideo medio fue de $6,17 \pm 1,7$ ml, sin diferencias significativas según los trimestres del embarazo (primero 5,99 ml, segundo 6,36 ml y tercero 6,06 ml; $p=0,63$). Tampoco se encontraron diferencias del volumen en mujeres con distinto color de la piel (6,1 ml en las de piel blanca, 6,2 ml en las de piel negra y 6,4 ml en las mestizas; $p=0,71$). Las multiparas tuvieron un volumen mayor que las nulíparas ($6,8 \pm 1,65$ ml vs. $5,8 \pm 1,6$ ml; $p=0,002$), y en las fumadoras fue superior al de las no fumadoras, sin significación estadística ($7,0 \pm 1,79$ ml vs. $6,1 \pm 1,68$ ml; $p=0,11$). El volumen tiroideo se correlacionó positivamente con la edad materna ($r=0,22$; $p=0,02$), la T4 total ($r=0,25$; $p=0,01$) y los anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea ($r=0,20$; $p=0,04$).

Conclusión: El volumen tiroideo se relacionó con la mayor edad materna, la multiparidad, los niveles más altos de T4 total y la presencia de anticuerpos contra la peroxidasa tiroidea.

Póster

Tiroiditis de Riedel: reporte de dos casos

Guzmán GE, Blanco VM, Páez CA, Arango LG, Arrunátegui AM, Escobar J. Martínez V, Victoria AM.

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

Introducción: La tiroiditis de Riedel es una entidad poco frecuente; constituye un proceso fibrótico de la tiroides que

puede generar destrucción de la glándula, infiltración de estructuras cervicales e incluso obstrucción de la vía aérea. Se ha asociado con trastornos fibróticos sistémicos, enfermedades autoinmunes y el espectro de enfermedades relacionadas con exceso de inmunoglobulina G tipo 4.

Se presenta a continuación la experiencia de dos casos diagnosticados y tratados en Fundación Valle del Lili.

Objetivo: Resaltar el reto diagnóstico de la enfermedad, describir la respuesta exitosa al manejo quirúrgico y hacer una breve actualización del tema.

Métodos: Se revisaron dos casos de pacientes con tiroiditis de Riedel; analizando variables como tamaño y consistencia del bocio encontrado; características clínicas y paraclínicas como niveles séricos de hormona tiroidea, anticuerpos antitiroperoxidasa y pruebas inmunohistoquímicas.

Resultados: Dos pacientes entre la cuarta y sexta década de la vida, presentaron masa cervical de crecimiento progresivo, asociada a disnea y disfagia. Se evidenció glándula tiroidea de gran tamaño que generaba compresión extrínseca a la tráquea. Se realizó tiroidectomía total; los estudios histológicos mostraron aspecto multinodular, inflamatorio y fibrótico, sin evidencia de malignidad; hallazgos compatibles con tiroiditis de Riedel, diagnóstico confirmado con inmunohistoquímica, encontrándose inmunoglobulina G tipo 4 positiva. Ambos pacientes presentaron evolución posquirúrgica favorable, logrando estado eutiroideo con suplencia de levotiroxina.

Conclusión: La tiroiditis de Riedel es una entidad poco frecuente, relacionada con fibrosis sistémica y otros trastornos autoinmunes; esto confiere un reto diagnóstico y terapéutico, debido a que puede existir sobreposición con otras entidades.

Póster

Coma mixedematoso como causa de alteración multisistémica

Hernández Celis A, Santamaría Alza Y.

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: El coma mixedematoso es una forma rara de hipotiroidismo extremo con mortalidad aproximadamente del 60%, representa un estado de descompensación del hipotiroidismo que ocurre después de un largo periodo de hipotiroidismo no diagnosticado o pobre control de la función tiroidea.

Caso clínico: Mujer de 61 años con antecedentes de HTA, tabaquismo, y madre hipotiroidea, con cuadro clínico de dos meses caracterizado por astenia, adinamia, fatiga y somnolencia con posterior aparición en el último mes de edema en miembros inferiores que ha progresado hasta el día de consulta.

Consulta a primer nivel por disnea de medianos esfuerzos, radiografía de tórax que evidencia cardiomegalia, la paciente

presenta deterioro ventilatorio y de la conciencia, por lo cual remiten a un hospital de tercer nivel.

Ingresa somnolienta, hipotérmica con bradicardia, disminución de ruidos intestinales, edema en miembros inferiores, engrosamiento y resequeidad de piel, bradipsiquia, bradilalia, bradiquinesia y disminución de reflejos osteotendinosos, sintomatología propia de coma mixedematoso, se solicitan pruebas tiroideas que muestran TSH > 60, T4 libre: < 1,00, electrolitos con hiponatremia severa (Na: 122), EKG con bradicardia sinusal, ecocardiograma con derrame pericárdico de 400 cc, se inician suplencia de hormona tiroidea y corticoide.

Discusión: El coma mixedematoso se presenta como una disfunción del SNC, defecto en la termorregulación y una descompensación cardiopulmonar, no es necesaria la presencia de coma, se necesita alteración en el estado mental para sospechar el diagnóstico.

Conclusiones: No hay datos epidemiológicos sobre la incidencia de esta patología en nuestra región, por lo cual se debe considerar como diagnóstico diferencial de alteración multiorgánica y del SNC en mujeres con o sin diagnóstico de enfermedad tiroidea.

Póster

Debut de hipertiroidismo con parálisis periódica hipopotasiémica, una presentación poco convencional

Hoyos K, Arenas LD, Jerez KA.

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: La parálisis periódica hipopotasiémica tirotóxica (PPHT) es una patología producto de la complicación grave e inusual del hipertiroidismo, caracterizada por la parálisis muscular como consecuencia de la hipopotasiemia inducida por el desplazamiento intracelular masivo de potasio. El principal mecanismo fisiopatológico consiste en la pérdida funcional del canal Kir que reduce la corriente de potasio hacia el exterior, lo que conduce a la despolarización y posterior pérdida de la excitabilidad muscular. Los métodos diagnósticos consisten en pruebas de función tiroidea y una electromiografía. El tratamiento va dirigido a resolver la tirotoxicosis y manejar el déficit de potasio.

La finalidad es describir las manifestaciones de la parálisis hipopotasiémica como una presentación poco convencional del hipertiroidismo.

Caso clínico: Paciente masculino de 40 años con paraparesia que progresó a paraplejía, quien consultó al servicio de urgencias donde los paraclínicos reportaron elevación de creatinfosfocinasa (CPK) y T4 libre con supresión de TSH e

hipopotasiemia, sin respuesta a la reposición, presentando en dos ocasiones paro respiratorio con requerimiento de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Discusión: La PPHT se ha reportado en 10%-24% de pacientes hipertiroideos, identificándose por episodios recurrentes y transitorios de cambios miopáticos súbitos, afectando principalmente miembros inferiores y en menor frecuencia músculos respiratorios, como lo evidenciado en este caso.

Suele ser autolimitada y reversible una vez se alcanza el estado eutiroideo.

Palabras clave: Tirotoxicosis, parálisis hipopotasémica periódica, hipertiroidismo, urgencias endocrinas.

Póster

Manejo definitivo de tiroiditis subaguda no dolorosa recurrente en paciente masculino

Gómez CM, Kattah L, Taboada L.

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

La tiroiditis subaguda no dolorosa se presenta en 1% de los casos de tirotoxicosis y se caracteriza por un cuadro temporal de hiper y/o hipotiroidismo, anticuerpos antiperoxidasa positivos e hipocaptación gamagráfica. El cuadro suele ser limitado y con baja recurrencia. Sin embargo, en caso de recurrencia y según el impacto en la calidad de vida, se podría considerar terapia con yodo.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 35 años sin antecedentes de importancia, en quien se documentó cuadro de tiroiditis subaguda no dolorosa en el año 2013, con posterior fase de hipotiroidismo y necesidad de suplencia temporal con levotiroxina. Presenta un segundo cuadro en el 2015, sin documentación de fase hipertiroidea pero con sintomatología asociada y paraclínicos compatibles con hipotiroidismo autorresolutivo. Presenta un tercer episodio en el 2016 con síntomas de hipertiroidismo clínico y paraclínico y anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina positivos. Se decide realizar terapia de ablación de yodo 131 durante fase de hipotiroidismo, con 19 mCi con rastreo posterior con bocio difuso hipercaptante en proceso de ablación. El paciente evoluciona satisfactoriamente, con requerimiento de suplencia de levotiroxina 137 mcg/día sin nuevos episodios de tiroiditis desde la fecha.

Los casos de recurrencia de tiroiditis subaguda no dolorosa son pocos pero desde la década de los noventa se ha planteado la posibilidad de manejo definitivo con yodo en casos apropiados. Se considera que la ablación con yodo es una alternativa adecuada para recurrencia de tiroiditis subaguda no dolorosa.

Póster

Resistencia a hormonas tiroideas: a propósito de un caso

Cárdenas O, Mendoza P, Herrera C.

Centro Médico Nacional La Raza, Ciudad de México, México.

Paciente femenina de 17 años con antecedente de hipotiroidismo diagnosticado a los 9 años, recibió tratamiento con levotiroxina 1,6 mcg/kg hasta 1,9 mcg/kg sin lograr control. Fue valorada por endocrinología pediátrica, donde encuentran niveles elevados de TSH con T4, T4L normal y T3T elevada, al examen físico presentó bocio grado I, se decidió suspender tratamiento con levotiroxina y se solicitó TAC de silla turca, donde se encontró microadenoma hipofisario. Por la edad, es enviada al servicio de endocrinología de adultos con impresión diagnóstica de tirotropinoma. La paciente refiere palpitations y nerviosismo con TSH: 21,50 mIU/ml, T4: 9,30 ng/dl, T4L: 1,37 ng/dl, T3: 216 ng/dl, se realiza prueba de estimulación con TRH oral 40 mg presentando adecuada respuesta, alcanzó niveles de TSH a los 90' de 45 mIU/ml y a las 3 horas de 65,9 mIU/ml; posterior a ello se realiza test de supresión con T3 (75 mcg/día), logrando una disminución de la TSH (0,15 mIU/ml) a los siete días. Con los resultados se sospecha resistencia a hormonas tiroideas, se mide subunidad alfa con resultado: 0.1 mcg/l (relación molar 0,9) y perfil tiroideo a familiares, encontrando alteración similar en la madre, se descarta tirotropinoma y se inicia tratamiento sintomático.

La resistencia a hormonas tiroideas es una enfermedad genética rara de herencia autosómica dominante, donde coexisten signos de deficiencia y exceso hormonal. Se caracteriza por niveles altos o normales de TSH con concentraciones altas de hormonas tiroideas, se debe diferenciar del hipertiroidismo, tirotropinoma y alteraciones en el transporte de hormonas tiroideas. El diagnóstico final puede confirmarse mediante la secuenciación de TRβ y la mayoría de pacientes no requiere tratamiento.

Póster

Autoinmunidad tiroidea en individuos eutiroideos

Rodríguez Y, Monsalve DM, Pacheco Y, Acosta Y, Rojas M, Molano N, Ramírez C, Anaya JM.

Centro de Estudios de Enfermedades Autoinmunes – CREA, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

Objetivos: Determinar la prevalencia de anticuerpos anti-tiroideos y factores asociados en individuos eutiroideos.

Metodología: Este estudio incluyó 200 individuos eutiroideos sin tratamiento en la ciudad de Bogotá. El análisis incluyó

características sociodemográficas, clínicas y ambientales. Los sujetos participaron previo consentimiento informado.

La función tiroidea se evaluó midiendo niveles séricos de TSH (0,3-4,5 μIU/ml) y T4L (5,2-12,7 μg/dl). Además, se evaluaron anticuerpos antiperoxidasa (anti-TPO), antitiroglobulina (anti-Tg), y antireceptores de TSH (anti-Trab).

Las pruebas estadísticas utilizadas fueron: χ^2 , Kruskal-Wallis, Mann-Whitney y regresión logística con una significancia $\leq 0,05$.

Resultados: La proporción de mujeres fue del 93,5% y la mediana de edad del grupo fue de 34 años (RIC: 27-41,8). Se identificaron tres grupos étnicos: mestizos, afrodescendientes e indígenas. La mediana de TSH y de T4 fue de 2,5 (RIC: 1,7-3,3) y 8,43 (RIC: 7,7-9,2), respectivamente. La prevalencia de anti-TPO fue de 14,5% y de anti-Tg fue de 3,5%. En ningún individuo se detectó anti-TRab. Se observó una mayor presencia de anti-Tg en afrodescendientes en comparación con otros grupos étnicos ($p=0,027$ IC: 45-101). La exposición a humo de leña se asoció con presencia de anti-TPO ($p=0,0014$ IC: 43-137), teniendo una probabilidad 1,10 veces mayor de presentar estos anticuerpos. Por otro lado, el consumo de café se asoció con una menor frecuencia de anti-TPO. Finalmente, se encontró que individuos exfumadores tienen niveles más altos de anti-Tg comparados con fumadores activos ($P=0,017$).

Conclusiones: Individuos eutiroideos afrodescendientes expuestos a tabaco y humo de leña tienen mayor probabilidad de presentar anticuerpos antitiroideos. Sin embargo, el consumo de café se asoció con protección. Estos resultados pueden tener impacto en la definición de conductas de evaluación clínica sistemática.

Póster

Enfrentamiento clínico ante reporte citológico de nódulo tiroideo Bethesda III

Rivera SR, Aguilera CE, Bravo TJ, Jobet E, Alarcón MV, Capetillo M, Rojas MF, Gabler F, Vargas J, Manriquez M, Rivera M, Díaz I.

Clínica Dávila, Universidad de los Andes, Santiago de Chile, Chile.

Dentro del sistema Bethesda para estudio citológico de nódulo tiroideo, la categoría III es la más controvertida en cuanto a conducta, por lo que considerar características clínicas y ecográficas del nódulo con adecuado seguimiento permitiría decidir entre observación, nueva CAAF o cirugía.

Objetivo: Evaluar la conducta del médico ante un nódulo tiroideo con resultado citológico Bethesda III.

Materiales y métodos: Trabajo retrospectivo, descriptivo, de una base de datos obtenida de anatomía patológica, cuyo resultado de CAAF de nódulo tiroideo fue Bethesda III entre los años 2016 y 2017.

Resultados: 154 pacientes tenían reporte Bethesda III en la PAAF, 131 mujeres (85%) y 23 hombres (15%), edad 50 ± 30 años. 42 pacientes tenían TSH normal (promedio 1,76 mU/L), 7 elevada (promedio 15,75 mU/L) y 11 suprimida (promedio 0,14 mU/L).

Características ecográficas de los nódulos en cuanto a estructura fueron: isoecogénicos: 62 (40,2%), hiperecogénicos: 14 (9%), hipoeecogénicos: 23 (14,9%), no descrita 54 (35,7%). Características ecográficas de malignidad: microcalcificaciones: 8,4%, más altos que anchos: 3,2% bordes irregulares: 9%, vascularización central: 25,3%, extensión extratiroidea: 1,2% y linfonodos sospechosos: 5,1%. 88 pacientes registran control posterior, en 25 nueva ecografía en el primer año, nueva CAAF en 8 (5%) y de estas CAAF el 25% permaneció en Bethesda III. Se indicó cirugía en 17 pacientes: 59% fue hiperplasia folicular, 36% carcinoma papilar, 5% cáncer folicular.

Conclusión: Aun cuando existen guías para el enfrentamiento de los pacientes con informe citológico Bethesda III, la conducta clínica aún es errática. Promover el seguimiento de las guías facilitaría decidir la conducta que se debe seguir.

Póster

Guía ATA 2015 de nódulo tiroideo: ¿Los estudiantes de último año las utilizan correctamente?

Sanabria A.

Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Objetivo: Describir el conocimiento y aplicación de las recomendaciones ATA 2015 de nódulo tiroideo en un caso clínico real.

Población: Estudiantes de medicina de último semestre previo al internado.

Metodología: Semanalmente se presentó un caso clínico de un paciente con un nódulo tiroideo de bajo riesgo con resultados de laboratorio, imágenes, patología y seguimiento. Para cada toma de decisión se estableció una pregunta de selección múltiple (total 13 preguntas). Los resultados fueron consolidados en una hoja electrónica y presentados como frecuencias.

Resultados: 65 estudiantes participaron en el ejercicio y se obtuvieron 845 respuestas. El rango de no respuesta estuvo entre 5% y 46%, mayor para la clasificación del riesgo dinámico y la conducta de seguimiento. El rango de respuesta correcta estuvo entre 2% y 88%, mayor para riesgo de malignidad según clasificación de Bethesda, conducta quirúrgica y riesgo de recurrencia. El riesgo ecográfico se sobreestimó en 40%-55%, la conducta de BACAF en 51%, la necesidad de tiroidectomía total en 35%, el TNM en 43%, la recurrencia en 18%, el riesgo basal en 40% y el riesgo dinámico en 46%. Se indicó ablación con yodo de forma innecesaria en 27%.

Conclusión: Existe desconocimiento de algunos ítems importantes para el abordaje, manejo y seguimiento de pacientes con nódulos de tiroides de bajo riesgo por parte de estudiantes de medicina de último año. Hay una sobreestimación importante del riesgo en comparación con la clasificación de la guía ATA. Esto puede explicar el sobrediagnóstico de nódulo y cáncer de tiroides.

Póster

Bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* BLEA, en paciente con agranulocitosis inducida por metimazol

Fuentes C, Cuervo M, Mora J, López V, Oviedo P.

National Clinics en alianza con Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.

Introducción: La agranulocitosis inducida por metimazol es una complicación infrecuente, presentamos un paciente que desarrolló esta alteración asociada a una bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae*.

Métodos: Descripción de caso.

Resultados: Paciente femenina de 32 años con antecedente de enfermedad de Graves, en quien se inició metimazol 40 mg día y propranolol 80 mg cada 12 horas, los cuales recibió durante un mes. Ingresó porque lleva 5 días con fiebre, náuseas, episodios eméticos y odinofagia, con respuesta inflamatoria sistémica, documentándose en hemograma inicial pancitopenia (leucocitos 2.533, neutrófilos 309, Hb 7,04 g/dl, VCM 77 fL, plaquetas 125.000), perfil carencial, hemólisis, CID, inmunológicos normales y biopsia de médula ósea sin infiltración neoplásica. No se usó factor estimulante de colonias. Se inició cubrimiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y vancomicina; sin embargo, por evolución tórpida con persistencia de respuesta inflamatoria sistémica, nueve días después del ingreso se decide escalar a meropenem. Se aisló en hemocultivos *Klebsiella pneumoniae* patrón BLEA. Presentó bacteriuria asintomática en paciente neutropénico con urocultivo con *E. coli* hiperproductora de penicilinas, por lo cual se indicó continuar meropenem durante 14 días, los cuales culminó sin complicaciones. Se consideró toxicidad medular por metimazol, se suspendió el medicamento, y se envió a manejo ambulatorio con yodo radioactivo al egreso.

Conclusiones: La mayoría de los efectos adversos asociados a las tionamidas son leves y transitorios; sin embargo, la agranulocitosis es el más serio, asociándose a alta mortalidad. Se debe incluir en los diagnósticos diferenciales de paciente con citopenias que estén en manejo médico con metimazol.

Póster

Experiencia en manejo expectante de cáncer de tiroides. Cohorte individual

Sanabria A.

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Centro de excelencia en cirugía de cabeza y cuello. CEXCA. Medellín, Colombia.

Objetivo: Describir una cohorte de pacientes con nódulo de tiroides Bethesda V-VI sometidos a manejo expectante.

Población: Pacientes con diagnóstico ecográfico de nódulo de tiroides con confirmación histológica por BACAF de Bethesda V-VI.

Metodología: Se propuso a todos los pacientes el manejo expectante, explicando la experiencia japonesa y norteamericana al respecto. Se incluyen en este análisis aquellos que aceptaron el seguimiento en el primer encuentro. Se explicó el protocolo de seguimiento y se dio la opción de cirugía, si durante el periodo de seguimiento el paciente cambiaba de opinión. Se recolectaron las variables demográficas y clínicas, el tiempo de seguimiento, cambio del tamaño del nódulo y necesidad de cirugía.

Resultados: Se reclutaron 49 pacientes desde septiembre de 2013. La edad promedio fue de 53 ± 13 años (24-85); 88% fueron mujeres. En 98% el nódulo se detectó en un examen ecográfico incidental. El tamaño inicial del nódulo fue de $9,5 \pm 4,6$ mm (3-26). El 39% de las ecografías fueron clasificadas como riesgo intermedio según ATA y 43% de los pacientes fueron Bethesda VI. El tamaño del nódulo < 1 cm fue la razón del manejo expectante en 67% de los pacientes. El promedio de controles clínicos fue de $2,3 \pm 1,5$ (0-6) y el tiempo de seguimiento fue de $14,4 \pm 12$ meses (0-48). El 41% de los nódulos han permanecido estables y 33% aumentaron en promedio $3,1 \pm 2,9$ mm (1-12). 92% de los pacientes continúan en manejo expectante.

Conclusión: El manejo expectante en pacientes con nódulos de tiroides clasificados Bethesda V-VI es factible en Colombia en casos seleccionados. El éxito del manejo expectante fue del 92% durante el tiempo de seguimiento.

Póster

Relación entre agranulocitosis secundaria a metimazol y HLA

Castellanos R, Rincón B, Herrera G, Hoyos K.

Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: El tratamiento más utilizado en hipertiroidismo en nuestro medio es el metimazol. La agranulocitosis es un efecto secundario cuyo riesgo relativo aumenta en sujetos

mayores de 40 años y con dosis mayores de 40 mg. Adicionalmente, otro factor asociado al incremento del riesgo es la presencia de HLA B*3802201 (población asiática) y HLA B*27 (población caucásica).

Objetivo: Describir la asociación de dosis altas de metimazol con agranulocitosis y su relación con la presencia de HLA B7 en dos casos particulares.

Casos clínicos: Caso 1. Paciente masculino de 27 años con hipertiroidismo sin manejo antitiroideo, quien ingresó al hospital con signos y síntomas sugestivos de tormenta tiroidea, con TSH suprimida y T4L elevada, por lo cual se inició metimazol 30 mg/día, presentando trombocitopenia progresiva que se asoció a neutropenia leve. Se suspendió el antitiroideo, presentando mejoría dos días después. Se tipificó HLA clase I, obteniéndose HLA B *07, *58. Caso 2. Paciente femenina de 45 años con hipertiroidismo en manejo con metimazol 35 mg/día, fue hospitalizada por crisis hipertensiva y se documentó neutropenia (979). Se tipificó HLA clase I, obteniéndose HLA B*07, *58.

Discusión: Factores como la edad, dosis y susceptibilidad genética predisponen a la aparición de agranulocitosis en pacientes que reciben metimazol; por lo tanto, es importante evaluar estos factores previo al inicio del tratamiento y en caso de requerir dosis mayores a 10-15 mg/día, valorar la posibilidad de adicionar otras alternativas terapéuticas y/o evaluar la realización del HLA.

Palabras clave: agranulocitosis, hipertiroidismo, metimazol, antígenos HLA.

Póster

Coma mixedematoso: diagnóstico infrecuente de alteración del sensorio. Reporte de caso

Borre Naranjo DP, Rodríguez Yáñez T, Dueñas Castell CR.

Clínica Gestión Salud, Cartagena, Colombia.

Objetivo: Presentar caso de coma mixedematoso.

Diseño del estudio: Presentación de caso clínico.

Lugar del estudio: Unidad de Cuidados Intensivos Gestión Salud.

Metodología: Se presenta caso de coma mixedematoso.

Resultados: Paciente femenina de 73 años, antecedente de hipotiroidismo de reciente diagnóstico, sin terapia farmacológica al ingreso, consultan por somnolencia y pobre interacción con el medio. Al examen físico: afebril, hipotensa, frecuencia cardiaca 44 latidos por minuto, Glasgow 8/15. TC de cráneo simple normal. Ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para soporte ventilatorio. EKG revela bradicardia sinusal, troponina negativa, ecocardiograma sin trastornos de la contractilidad cardiaca y derrame pericárdico (500 ml) sin datos de taponamiento, (FEVI 63%). Se descarta como causa

de hipotensión etiología infecciosa (PCT: 0.01, hemocultivos negativos). TSH 40,1, con Score de Coma mixedematoso de 7 puntos, se administra levotiroxina 200 mcg/día por sonda orogástrica, hidrocortisona 150 mg/día; evolución clínica favorable, retiro exitoso de soporte ventilatorio. Continúa manejo ambulatorio con levotiroxina 150 mcg/día.

Conclusiones: El coma mixedematoso, por su baja incidencia, podría ser considerado un diagnóstico de exclusión; sin embargo, requiere un alto índice de sospecha, la aplicación de una herramienta con un adecuado rendimiento diagnóstico, como la desarrollada por Chiong YV y colaboradores, apoyará el inicio de terapia de remplazo hormonal en pacientes con sospecha clínica de esta condición.

Póster

Características operativas de la biopsia por congelación en neoplasia folicular de tiroides. Revisión sistemática

Grisales J¹, Sanabria A^{1,2}.

¹Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

²Clinica Vida y Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello, CEXCA, Medellín, Colombia.

Introducción: La biopsia por congelación (BC) es justificada por algunos autores como útil en pacientes con neoplasia folicular llevados a cirugía para definir la extensión de la tiroidectomía.

Objetivo: Evaluar las características operativas de la BC en nódulos con diagnóstico citológico de neoplasia folicular.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de estudios de pruebas diagnósticas, siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. Se hizo una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Embase, LILACS) sin restricción de idioma o tiempo. Se evaluó la calidad de los estudios primarios con la herramienta QUADAS. Los datos de las características operativas se extrajeron en un archivo de Excel. Se realizó un análisis estadístico en Stata con la herramienta Metandi.

Resultados: Se identificaron 39 estudios con 3.672 pacientes con neoplasia folicular desde 1991. El 88% fueron mujeres y el rango de edad estuvo entre 1 y 94 años. Las principales debilidades metodológicas se relacionaron con la falta de cegamiento en la interpretación del estándar de oro, la falta de reporte del resultado de pruebas indeterminadas y la falta de inclusión de todos los pacientes en el análisis. El 32% de los resultados de la BC fueron diferidos a biopsia definitiva. La frecuencia global de malignidad fue de 25% (6-63). La sensibilidad y especificidad global fue de 49% (IC 95% 31,3-68,4) y 98% (IC 95% 89-99), respectivamente.

Conclusión: La BC solo aporta resultados intraoperatorios en 68% de los casos de neoplasia folicular. La sensibilidad es pobre, aunque la especificidad es alta. Su utilidad en neoplasia folicular es limitada.

Póster

Caracterización epidemiológica, demográfica, clínica e histopatológica de pacientes con cáncer de tiroides en el hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador 2015-2017

Salazar Vega JL, Solís Pazmiño AP, Acosta W.

Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Objetivo: Realizar una caracterización clínica completa de los pacientes con cáncer de tiroides (CT) atendidos en un hospital de tercer nivel en Ecuador.

Diseño del estudio: Análisis observacional de corte transversal.

Lugar del estudio: Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito.

Pacientes: 452 de junio 2014 a diciembre 2017.

Metodología: Análisis estadístico retrospectivo usando SPSS.

Resultados: De 452 pacientes, 94,2% fueron mujeres, la edad media al diagnóstico fue 45 años. El antecedente familiar de CT se presentó en 12,4%. Presentó sobrepeso u obesidad (IMC >25) el 74%. Se diagnosticó incidentalmente el 51,5%. De 429 carcinomas diferenciados de tiroides (CDT): 408 (95,1%) fueron tipo papilar, 21(4,9%) folicular, 7(1,6%) medular, 2(0,5%) pobremente diferenciados y 1(0,2%) carcinoma anaplásico. En los CDT, la mediana de tamaño tumoral fue 20,5 mm. Se registraron 89 (22,6%) microcarcinomas (<1 cm), en 30 de ellos (33,7%) se encontraron metástasis ganglionares y una metástasis cerebral (1,1%). La tiroglobulina en ng/dl medida pre dosis de radioyodo con TSH estimulada (retiro de levotiroxina) mostró valores ≤ 2 en 38% (n=54), entre 2,1 a 10 en 23,9% (n=34) y > a 10 en 38% (n=54).

Conclusiones: Hasta la fecha, éste es el primer reporte que caracteriza pacientes con CT en un hospital de tercer nivel en Quito. Elevado número de lesiones tenían 2 cm o menos (subclínicas) y con mayoría de incidentalomas. Existen semejanzas con otras series de pacientes en Latinoamérica. A partir de la base de datos conformada, no solo se genera un perfil clínico-patológico, además se analizará la relación entre variables y se realizará seguimiento para conocer la evolución del CT.

Póster

Hipertiroidismo: experiencias en un centro de referencia del sur de Colombia

Ramírez Ramos CF; Salamanca Montilla JF; Losada Ramos MM; Rivera Marín JD; Peralta Agudelo M; Galindo Dávila JD; Pinzón Tovar A.

Endho Colombia, Neiva, Colombia.

Objetivo: Caracterizar el perfil clínico, paraclínico y socio-demográfico de los pacientes con hipertiroidismo en un centro especializado del sur de Colombia.

Diseño y metodología: Estudio descriptivo, observacional en un periodo mayo de 2016 y febrero de 2018, se realizó prueba Spearman para el análisis de los niveles de TSH y eventos de interés.

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes, 85,3% eran mujeres entre 40 y 50 años. La media de IMC fue de 25,1; el 30,2% de los pacientes presentaban comorbilidades dentro de las cuales la hipertensión arterial fue la más importante (11%). La osteoporosis y oftalmopatía se presentaron en el 6% y 16%, respectivamente, con una relación inversamente proporcional a los niveles de TSH. El 1,4% tuvo enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida.

El 73% recibió metimazol, seguido por pacientes sin tratamiento 12% y yodo 10%, sin relación entre nivel TSH de seguimiento y la dosis administrada. Solo se presentaron dos casos de efectos adversos medicamentosos.

El 49% y 9% de los pacientes tenían ecografía y gammagrafía. Se realizó patología al 9% de los pacientes con hallazgos de benignidad en la mayoría.

Conclusión: La distribución sociodemográfica y las características clínicas de los pacientes es similar a lo descrito por la literatura mundial; sin embargo, es interesante observar que la relación entre TSH y enfermedades directamente asociadas a hipertiroidismo encontrada es disímil a lo encontrado previamente.

Póster

Importancia pronóstica de las márgenes microscópicas en cáncer de tiroides. Revisión sistemática

Sanabria A^{1,2,3}, Rojas A², Arévalo J^{2,3}, Kowalski L⁴.

¹ Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

² Fundación Colombiana de Cancerología. Clínica Vida.

³ Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello. CEXCA. Medellín, Colombia.

⁴ A.C. Camargo Cancer Center, Sao Paulo, SP, Brasil.

Introducción: Las márgenes microscópicas positivas en cáncer de tiroides son frecuentes, incluso a pesar de resecciones completas. No se conoce su valor pronóstico.

Objetivo: Evaluar el efecto pronóstico de las márgenes microscópicas sobre la recurrencia local después de tiroidectomía total oncológica.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de estudios observacionales, siguiendo las recomendaciones del documento MOOSE. Se hizo una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Embase, LILACS), sin restricción de idioma o tiempo. Se evaluó la calidad de los estudios primarios con la escala de Newcastle-Ottawa. Los datos se extrajeron en un archivo de Excel. El desenlace principal fue la recurrencia local.

Resultados: Se identificaron 54 referencias y 6 estudios observacionales con 7.696 pacientes. La gran mayoría fueron carcinomas papilares (91%-100%) La debilidad metodológica principal fue la falta de comparabilidad de las cohortes. La frecuencia de margen microscópico positivo varió entre 6%-16% y la recurrencia local, entre 0%-7%. El análisis uni o multivariado de cada estudio no encontró asociación entre márgenes positivos microscópicos y recurrencia local. El uso de ablación con yodo varió entre 50%-100%.

Conclusión: Los estudios disponibles no encontraron asociación entre márgenes microscopias positivas y recurrencia local en pacientes con cáncer de tiroides y tiroidectomía oncológica. El hallazgo de márgenes microscópicos positivos en ausencia de otros factores de mal pronóstico no se debe considerar indicativo de terapia adyuvante.

Póster

¿Se debe usar reposición rutinaria de calcio + calcitriol en el posoperatorio de tiroidectomía total? Revisión sistemática

Sanabria A^{1,2,3}, Rojas A², Arévalo J^{2,3}.

¹ Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

² Fundación Colombiana de Cancerología. Clínica Vida

³ Centro de Excelencia en Cirugía de Cabeza y Cuello. CEXCA. Medellín, Colombia.

Introducción: El uso de calcio y calcitriol en el posoperatorio (POP) de tiroidectomía total no es ampliamente aceptado. Mayoritariamente se sugiere la estrategia de reposición basada en el valor de calcio y/o PTH.

Objetivo: Evaluar la efectividad de la reposición rutinaria POP de calcio + calcitriol contra el uso según la calcemia en tiroidectomía total.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de ensayos clínicos, siguiendo las recomendaciones de la Colaboración Cochrane. Se hizo una búsqueda en bases de datos (Pubmed, Embase, LILACS), sin restricción de idioma o tiempo. Se evaluó la calidad de los estudios primarios con la herramienta Cochrane. Los datos se extrajeron en un archivo de Excel. Se realizó un análisis estadístico en Revman. Los desenlaces principales fueron hipocalcemia sintomática y bioquímica.

Resultados: Se identificaron 1.006 referencias y 8 experimentos con 1.037 pacientes. Las debilidades metodológicas principales se relacionaron con la evaluación no ciega de los resultados. No se encontró sesgo de publicación. La diferencia de riesgos para hipocalcemia sintomática fue de -25% (IC 95% -33 a -18) y para hipocalcemia bioquímica fue de -24% (IC 95% -31 a -16) a favor de la reposición de calcio + calcitriol. La heterogeneidad fue moderada.

Conclusión: El uso rutinario de calcio + calcitriol, en comparación con el uso según el resultado de la calcemia en el POP de tiroidectomía total, disminuye el riesgo de hipocalcemia sintomática y bioquímica hasta en 25%. Esta estrategia debería usarse ampliamente.

Póster

Plasmaféresis como terapia puente a tiroidectomía de urgencia en tormenta tiroidea refractaria al manejo médico

Bolívar A, Rodríguez K, García J, Urrego JC, Castellanos R.

Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción: La tormenta tiroidea es una complicación potencialmente mortal asociada al hipertiroidismo. Algunos pacientes no responden al manejo médico convencional por lo que en dichos casos se ha planteado el uso de plasmaféresis.

Caso: Paciente femenina de 17 años, quien ingresó al servicio de urgencias con clínica de tres semanas de palpitaciones, disnea, precordialgia, diarrea y ansiedad. Antecedente de hipertiroidismo sin tratamiento durante seis meses. Se evidenció temperatura de 37,3 °C, taquicardia, exoftalmos, aumento del tamaño de la glándula tiroidea y edema en piernas. Se consideró tormenta tiroidea y se inició tratamiento con metimazol, propranolol, lugol, colestiramina e hidrocortisona. Posteriormente, presentó aumento de la frecuencia cardíaca, hipertensión arterial y un episodio convulsivo, que hizo necesaria una infusión de labetalol y anticonvulsivantes. Dado el deterioro clínico, se indicó tiroidectomía, previa realización de plasmaféresis. Tras dos sesiones de dicha terapia, presentó mejoría clínica significativa y descenso de T4 libre, por lo que fue llevada a tiroidectomía de urgencia, con posterior mejoría clínica hasta el egreso hospitalario.

Discusión: La plasmaféresis ha sido propuesta como terapia alternativa en pacientes con tormenta tiroidea refractaria tras 24-48 horas de manejo médico. Es considerada una indicación categoría III, dado que la evidencia actualmente disponible se basa en series de casos, sin que existan estudios prospectivos que evalúen su utilidad. Suele usarse como terapia puente durante las 24 horas previas a la tiroidectomía. A pesar de lo anterior, no todas las guías de manejo médico incluyen su uso como una alternativa en el tratamiento de la tormenta tiroidea por lo que se requiere ampliar la evidencia disponible.

Póster

Factores asociados a histopatología final benigna en pacientes sometidos a tiroidectomía con biopsia por aspiración con aguja fina con resultado Bethesda en IV-V-VI en Hospital de San José

Rivera MC, Mejía G, Bonilla J, Melo, Rojas W.

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Departamento de Endocrinología, Hospital de San José de Bogotá, Colombia.

Introducción: En la actualidad, con el uso de ecografía y ACAF (aspiración con aguja fina) son llevados a tiroidectomía 20%-50% de los pacientes con nódulo tiroideo; sin embargo, de éstos existe aún un porcentaje de falsos positivos, que son llevados innecesariamente a procedimiento quirúrgico, con las complicaciones y afectación en la calidad de vida que esto trae consigo.

Objetivo: Evaluar los factores asociados a histopatología final benigna, en los pacientes llevados a tiroidectomía clasificados como Bethesda IV-V-VI mediante ACAF.

Metodología: Estudio de casos y controles. Los casos serán pacientes intervenidos quirúrgicamente con ACAF inicial IV, V, VI en el Hospital de San José, con histopatología final benigna, los controles serán pacientes con los mismos criterios pero con histopatología final maligna.

La citología por ACAF será sometida a acuerdo interobservador.

Resultados: Se incluyeron 86 casos y 86 controles. En los casos, la categoría Bethesda IV presentó el mayor número de falsos positivos 89%, $p=0,000$.

Por el modelo de regresión logística, se concluyó que ser categorizado como Bethesda IV está asociado a mayor riesgo de falso positivo.

El acuerdo con el interobservador se realizó en 28 de los 86 casos, se encontró un acuerdo de 93,6% kappa 0,7 sustancial mucho mayor al esperado, $p=0,000$, además se evidenció que en la segunda lectura fueron recategorizadas como benignas el 71% por el patólogo 1, y el 53,5% por el patólogo 2.

Conclusión: Podría sugerirse el planteamiento de unas subcategorías citológicas en la categoría Bethesda IV, que minimicen el número de intervenciones quirúrgicas y estandarizar las características citológicas que permitan distinguir mejor la patología maligna. Los falsos positivos del Bethesda continúan siendo un reto, por esto las pruebas moleculares y una segunda revisión cobran importancia.

Palabras clave: biopsia-aspiración con aguja fina, tiroidectomía, tiroiditis, factores de riesgo.

Póster

Relación de los niveles preoperatorios de hormona estimulante del tiroides y el carcinoma papilar de tiroides

Adalberto Luis Infante Amorós.

Médico Especialista de Segundo Grado en Endocrinología. Profesor Auxiliar de Endocrinología.

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es el más frecuente de los cánceres tiroideos. La hormona estimulante del tiroides (TSH) es el principal factor relacionado con el control de la proliferación de los tirocitos. Recientemente se ha reportado una fuerte asociación entre los niveles de TSH y el riesgo de malignidad tiroidea.

Objetivo: Caracterizar los niveles preoperatorios de TSH en pacientes sometidos a cirugía por enfermedad nodular tiroidea y su relación con el CPT.

Metodología: Se estudiaron retrospectivamente 172 pacientes evaluados desde enero del 2007 hasta diciembre del 2014. Las variables consideradas fueron: edad, sexo, color de piel, índice de masa corporal, antecedentes patológicos familiares de enfermedad tiroidea, hábito de fumar, manifestación clínica predominante, estudio ultrasonográfico, valor de TSH sérica y resultados histológicos (histología definitiva, tamaño tumoral, invasión capsular y vascular, y estadio TNM). La información obtenida fue procesada con el programa estadístico SPSS 20.

Resultados: En 93 casos (54,1%) el diagnóstico fue de CPT. Estos pacientes tenían niveles más elevados de TSH que los pacientes con histología benigna (1,9/1,4 μ UI/ml vs 1,1/1,2 μ UI/ml; $p=0,001$), con un corte de TSH de 1,59 μ UI/ml. No existió diferencia entre los niveles de TSH y el tamaño tumoral (microcarcinoma: 1,8 \pm 0,9 μ UI/ml vs macrocarcinoma: 2,0 \pm 1,0 μ UI/ml), invasión vascular (2,4 \pm 1,2 μ UI/ml vs 1,9 \pm 0,9 μ UI/ml), ni estadio TNM (I-II: 1,9 \pm 0,9 μ UI/ml vs III-IV: 2,2 \pm 1,0 μ UI/ml). La TSH fue más elevada en pacientes con invasión capsular (2,4 \pm 1,0 μ UI/ml vs 1,8 \pm 0,9 μ UI/ml).

Conclusiones: Niveles más elevados de TSH sérica están relacionados con el riesgo de CPT. No existe relación de los niveles más elevados de TSH con el tamaño tumoral, invasión vascular ni estadio TNM, pero sí con la presencia de invasión capsular.

Póster

Eficacia y seguridad de ablación por radiofrecuencia (RF) para nódulos tiroideos benignos: estudio en Instituto Endocare, primeros hallazgos

Hernandez Triana Eric^{1,2}, Forero Cuellar Mauricio¹, Ayala Bernal Diana², Melendrez Vásquez Daniela², Hernández Santamaría Valentina².

¹ Endocare, Instituto de Investigación en Endocrinología y Prevención Metabólica. Bogotá, Colombia.

² Universidad del Rosario Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de la ablación por radiofrecuencia tiroidea (RF) para nódulos tiroideos benignos en un protocolo en nuestro centro.

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Realizado en Endocare. Instituto de Investigación en Endocrinología y Prevención Metabólica, Bogotá, Colombia.

Pacientes y procedimientos: Desde mayo 2017 se trataron 9 pacientes, presentamos el seguimiento de las primeras 3 pacientes, todas de sexo femenino y edad media 44,25 \pm 30 años, rango (22-85) que cumplieron con criterios de elegibilidad. El volumen Nodular inicial medio fue 8,35 \pm 7cc (0,4-16,7). Presentaban síntomas promedio 5/10 +/-2 y evaluación cosmética de 3 a 4 /4 nódulos predominantemente sólidos fueron tratados con un sistema Termo ablación por RF con refrigeración 2 técnicas estándar (Enfoque transistmico y la técnica de disparo en movimiento).

Evaluaciones: Se evaluó la reducción del volumen 6 meses después de la ablación por RF, el éxito terapéutico, la mejoría de los síntomas y de los problemas cosméticos y las complicaciones.

Resultados: La reducción media del volumen al 6 mes de 55,7% DE +/-8,2 $p=0,02$ (n=3) y está pendiente de completar el tiempo para seguimientos a los 12, 24, 36, 48 y 60 meses. Nuestro éxito terapéutico de síntomas -93% +/- 22,6% ($p=NS$) y cosméticos 74% +/-12 ($p=0,08$). No hubo complicaciones mayores, solo promedio de 36 horas de dolor moderado intensidad 2/10 a 36 horas posteriores al procedimiento.

Conclusiones: La ablación por radiofrecuencia realizada en nuestra institución según protocolo ha iniciado siendo efectiva y segura para el tratamiento de los nódulos tiroideos benignos.

Póster

Síndrome de Marine-Lenhart

Moreno Pallares E, Borre Naranjo DP.

Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Objetivo: Presentar un caso de síndrome de Marine-Lenhart.

Diseño del estudio: Presentación de caso clínico.

Lugar del estudio: Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Metodología: Caso de síndrome de Marine-Lenhart.

Resultados: Paciente femenina de 46 años, raza mestiza, antecedentes patológicos de enfermedad de Graves hace tres años, ingresa al servicio de urgencias por cuadro clínico de seis meses de evolución de pérdida de peso no intencionada (15 kg) asociado a diaforesis, temblor distal, sensación de palpitaciones. Hace dos meses refiere dolor en región cervical y disfonía. Signos vitales: FC: 92 lpm, FR:16 rpm, TA: 123/74 mmHg, peso 41 kg, talla: 1,70 m, IMC 14,6 Kg/m² Glasgow 15/15, a la palpación de tiroides grado II doloroso, cardiopulmonar sin alteraciones, temblor distal y diaforesis. Laboratorio TSH 0,004 mIU/L, T4l 5,22 ng/dl y T3L 4,45 pg/ml. Ecografía de tiroides reporta una hipervascularidad difusa con altos picos sistólicos 60-100 c/s; gammagrafía de tiroides con pertecneta-^{99mTc} (8 mCi de ^{99mTc}04) muestra glándula tiroidea aumentada de tamaño, la captación del radiotrazador está difusamente incrementada, con zona ovalada de mayor captación relativa en el tercio superior e inferior del lóbulo izquierdo, índice de retención global 21 (2,5 a 4,5), estableciéndose el diagnóstico de síndrome de Marine -Lenhart.

Conclusión: El síndrome de Marine-Lenhart es una variante de la enfermedad de Graves infrecuente (0,8-2,7%). Debe sospecharse en pacientes con hipertiroidismo y síntomas compresivos. Se diagnostica mediante gammagrafía tiroidea, en presencia de captación difusa con áreas intensas de captación focal correspondientes a un nódulo tiroideo hiperfuncionante en la gammagrafía tiroidea.

Póster

Pseudomalabsorción y carga oral de levotiroxina

Cardenas OP, Mendoza P.

Centro médico nacional La Raza, Ciudad de México, México.

Reporte de caso de paciente femenina de 23 años de edad con antecedente de hipertiroidismo, recibió yodo radiactivo 29 mCi, presenta hipotiroidismo posyodo mal controlado tratado con levotiroxina 900 mcg cada 24 horas y liotironina 120 mcg cada 24 horas. Llega a la consulta con astenia, adinamia, somnolencia, estreñimiento, caída de cabello y oligomenorrea, refiere buena adherencia al tratamiento con perfil tiroideo TSH >75 mIU/ml, T4L <0,1 ng/dl, T4 <1,0 ng/dl, T3 <40 ng/dl. Por alta dosis de levotiroxina, 12 mcg/kg, se decide hospitalizar para la realización de carga oral con levotiroxina 800 mcg VO bajo vigilancia por personal médico, y se tomó perfil tiroideo previo a la administración de la carga de levotiroxina, a la hora y a las 2 horas y se obtuvieron los siguientes valores, basal: TSH: >75 mIU/ml, T4L <0,3ng/dl, T4 <1,0 ng/dl, 1 hora poscarga TSH >75 mIU/ml, T4L 0,64 ng/dl, T4: 4,47 ng/dl, dos horas TSH >75 mIU/ml, T4L 0,85 ng/dl, T4 5,73 ng/dl demostrando un incremento en los niveles de T4L, con un porcentaje de absorción de levotiroxina calculada del 89% compatible con pseudomalabsorción de levotiroxina.

Cuando existen altos requerimientos de levotiroxina se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento y evaluar si existe malabsorción del medicamento con una prueba de carga oral de levotiroxina. La absorción de la levotiroxina es aproximadamente del 80%, cuando no se evidencian alteraciones en la absorción de levotiroxina posterior a la prueba, se corrobora el diagnóstico de pseudomalabsorción y se deben evaluar interacciones con alimentos o medicamentos e implementar medidas para que los pacientes tengan una adecuada adherencia.