



## 82 - DISFUNDIÓN TIROIDEA INDUCIDA POR NIVOLUMAB EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

A. Simó<sup>a</sup>, J.A. Otero<sup>a</sup>, A.P. Marengo<sup>a</sup>, F. Guerrero<sup>a</sup>, J.C. Ruffinelli<sup>c</sup>, E. Nadal<sup>c</sup>, P. Iglesias<sup>d</sup>, J.J. Díez<sup>d</sup>, C. Villabona<sup>a</sup> e I. Peiró<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. España. <sup>b</sup>Servicio de Oncología Médica. Institut Català d'Oncologia (ICO). Hospitalet de Llobregat. España. <sup>c</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España. <sup>d</sup>Unidad Funcional de Nutrición Clínica. Institut Català d'Oncologia-IDIBELL. Hospitalet de Llobregat. España.

### Resumen

**Introducción:** El nivolumab es un anticuerpo monoclonal que se une al receptor de muerte celular programada 1 (PD-1) del linfocito T, potenciando la respuesta inmune contra las células tumorales. La disfunción tiroidea (DT) secundaria a nivolumab es uno de los efectos adversos inmuno-inducidos más frecuentes.

**Métodos:** Revisión de todos los pacientes con DT inducida por nivolumab durante 2016. Se registraron: función, autoinmunidad y estudios de imagen tiroideos antes y durante el tratamiento.

**Resultados:** 12 pacientes oncológicos (5 pulmonares, 4 melanomas y 3 linfomas; 9 mujeres, edad media 56,7 años) de los 68 tratados con nivolumab desarrollaron DT (17,6%). 10 pacientes fueron tratados con nivolumab 3 mg/kg (con o sin quimioterapia) cada 15 días y 2 con inmunoterapia combinada (nivolumab 1 mg/kg más ipilimumab 3 mg/kg). 5 pacientes tenían DT previa bien controlada. La TSH sérica basal fue normal en todos los pacientes. 7 pacientes (58,3%) desarrollaron hipertiroidismo; 6 tras el ciclo 2 (C2) y uno después del C3. De ellos, 3 fueron subclínicos y 3 con autoinmunidad positiva. Un paciente con hipertiroidismo precisó dosis altas de esteroides (prednisona 0,8 mg/kg/día) y retirada temporal de nivolumab. 4 de los 7 casos con hipertiroidismo desarrollaron posteriormente hipotiroidismo, requiriendo levotiroxina. 5 pacientes desarrollaron hipotiroidismo primario (41,7%) entre C4-C7; 2 eran subclínicos y, 3 con autoinmunidad positiva. Ninguno precisó suspensión de nivolumab.

**Conclusiones:** En nuestra serie, la DT inducida por nivolumab es muy prevalente (17,6%). El hipertiroidismo es más frecuente y aparece más temprano que el hipotiroidismo. En un tercio de los pacientes se observa un patrón de tiroiditis transitoria seguido de hipotiroidismo. Sugerimos controlar la función tiroidea basal y antes de cada C para detectar precozmente la DT.