

72. HIPOGLUCEMIA POR HIPERINSULINISMO ENDÓGENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. González Sacoto, L. Serrano Urzaiz, M. Lacarta Benítez, C. Moreno Gálvez, P. de Diego García, P. Trincado Aznar y F. los Fablos Callau

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Caso clínico: Paciente 80 años con asma y síndrome de piernas inquietas en tratamiento con pregabalina. Acudió a su médico síntomas de 5 meses de deterioro cognitivo, lentitud mental, episodios confusionales, astenia y sudoración. En analítica solicitada glucosa de 37, que se catalogó inicialmente como hipoglucemia farmacológica por pregabalina. Tras suspenderla, acudió a urgencias por bradipsiquia, ptosis palpebral e inestabilidad para la marcha, objetivando glucosa 30, por lo que se decide ingreso para estudio. En la analítica al ingreso destacaba ACTH: 8,2, Cortisol:3,86. En el test de ACTH: cortisol basal 13,67, a los 30 minutos 22,42 y a los 60 minutos 28,33. El test de ayuno se tuvo que suspender a las 6 horas de iniciado por glucosa de 40 sintomática. Al momento de esta determinación se obtuvieron valores de insulina 33,17, proinsulina mayor a 110, péptido C 2,99 y BHB 2,03. En el TAC se observaron múltiples lesiones hepáticas de distribución difusa, La gammagrafía de receptores de somatostatina demostró la presencia de masa en cola pancreática con expresión de receptores de somatostatina, compatible con TNE. BAG guiada por ecografía de LOE hepática, con resultado de AP de metástasis hepática de TNE. Con este diagnóstico se decidió cirugía de tumor primario y *debulking* de lesión hepática izquierda.

Discusión: El insulinoma maligno es la neoplasia neuroendocrina más común del páncreas, siendo la causa más frecuente de hipoglucemia hiperinsulinémica en la población adulta. El diagnóstico se basa en demostrar la hipoglucemia hiperinsulinémica a través del test de ayuno o test de comida mixta. La localización de este tipo de tumores puede ser un reto diagnóstico. El tratamiento es predominantemente quirúrgico, obteniendo en la mayoría de los casos, cura completa. La tasa de recurrencia tiene una incidencia acumulada 6% a 10 años y del 8% a 20 años. Siendo más comunes en pacientes con MEN1.

73. ENDOCRINOPATÍAS ASOCIADAS A POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

J. de Carlos Artajo¹, L. Zabalza San Martín², A. Irigaray Echarri³, S. Oquién Legaz², M.R. Aznarez Barrio² y E. Anda Apiñániz³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de Zumárraga.

²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad autosómica dominante caracterizada clásicamente por el desarrollo de cientos o miles de adenomas en el recto y el colon durante la segunda década de la vida. Casi todos los pacientes desarrollarán cáncer colorrectal (CCR) si no se identifican y tratan en una fase temprana. Se trata de un trastorno multisistémico del crecimiento, por lo que existe riesgo de desarrollar patología extraintestinal. Se ha detectado un mayor riesgo de patología tiroidea, sin definir el riesgo relativo del resto de sistemas endocrinos. Nuestro objetivo es describir la frecuencia de patología adrenal, metabolismo hidrocarbonado y dislipemia.

Métodos: Estudio prospectivo, seleccionando 17 pacientes con mutaciones APC en seguimiento en el Hospital Universitario de Navarra. Se analizaron pruebas radiológicas, variables clínicas y analíticas.

Resultados: La población del estudio incluía 12 hombres (64,7%) y 5 mujeres (35,3%), con una edad media de 47 años. La mediana de edad en el momento del diagnóstico de PAF fue de 28 años, con un tiempo medio de seguimiento de 16 años. A todos los pacientes se les realizó un estudio de imagen abdominal (TC o RM), detectándose lesiones en 5/17 (31,25%). Todos fueron hallazgos incidentales presentados como adenomas no funcionantes en las pruebas analíticas realizadas. Ninguno mostró un crecimiento significativo durante el seguimiento. De la muestra, un 29,4% (5/17) presentaban criterios compatibles con prediabetes, un 17,6% (3/17) diabetes mellitus tipo 2 y un 17,6% (3/17) presentaban dislipemia.

Conclusiones: Las lesiones suprarrenales son frecuentes en los pacientes con PAF que se someten a pruebas de imagen abdominal. Parecen seguir un curso benigno y lentamente progresivo, siendo clínica y analíticamente lesiones no funcionantes. Casi la mitad de la muestra presentaba alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

TIROIDES

74. ABORDAJE ENDOCRINOLÓGICO DEL LINFOMA PRIMARIO DEL TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Gomes Porras¹, S.P. Alonso Gallardo¹, M. Espeso de Haro² y G. Oliveira Fuster¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Servicio de Hematología y Hematología, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El linfoma primario del tiroides (LPT) presenta patrones ecográficos (nodular, difuso y mixto) indistinguibles de otras tiroidopatías. La histopatología es necesaria para confirmar el diagnóstico y tipaje. El tratamiento de elección es quimioterapia con/sin radioterapia. La cirugía tiene utilidad principalmente diagnóstica y descompresiva.

Caso clínico: Mujer de 63 años sin antecedentes de interés derivada a Endocrinología por tumoración cervical derecha dolorosa de aparición abrupta sin clínica compresiva. Normofunción tiroidea con anti-TPO elevados. La ecografía cervical evidenció nódulo en lóbulo tiroideo derecho (LTD) de 3,3 × 3,7 cm TI-RADS 5, sin adenopatías cervicales significativas. 1 semana después, el TC cervicotoracodominopélvico con CIV reportó crecimiento de la masa hasta 7 × 5 × 5 cm, hipocaptante, con desplazamiento vascular y traqueal, sin adenopatías. Inicialmente mostró intensa captación del trazador (SUVmax: 28,62), Deauville 4 en F18-FDG PET-TC. El estudio anatómopatológico obtenido mediante biopsia con aguja gruesa describió abundantes células atípicas grandes, discohesivas, sobre fondo linfóide sugestivo de síndrome linfoproliferativo de alto grado, CD20+, CD3-, CD10-, bcl6+ (90%), MUM-1+ (75%), bcl2 +, compatible con linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio Ie-A, IPI 1. Se derivó a Hematología donde recibió 6 ciclos R-CHOP, presentando respuesta metabólica completa con captación de baja intensidad en LTD (SUVmas:2,64) de carácter residual, Deauville 2 en último 18F-FDG PET-TC. Tras 20 meses fue nuevamente derivada a Endocrinología por TSH 17,97 µIU/mL para inicio de tratamiento sustitutivo con levotiroxina y seguimiento.

Discusión: El LPT puede presentarse como una tumoración cervical dolorosa (pseudotiroiditis maligna) de crecimiento rápido. La tiroiditis de Hashimoto es un factor de riesgo para LPT. El endocrinólogo es fundamental para diagnosticar el LPT y el tratamiento y seguimiento del hipotiroidismo primario.

75. ESTADO NUTRICIONAL DE YODO EN GESTANTES Y RIESGO DE ABORTO ESPONTÁNEO

S. González Martínez^{1,2}, R. Rodríguez Escobedo^{1,2}, A.I. Escudero Gomis³, E. Delgado Álvarez^{2,4} y E.L. Menéndez Torre^{2,4}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospitales Universitarios San Roque, Las Palmas. ²Grupo de investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad (ENDO), Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: Una óptima nutrición de yodo es imprescindible durante la gestación para evitar alteraciones en la función tiroidea materna y complicaciones, como el aborto espontáneo. El objetivo del estudio fue valorar la relación entre la nutrición de yodo de las gestantes y el riesgo de aborto.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se reclutaron gestantes en el primer trimestre entre mayo-junio/17 en el área IV de Asturias. Se realizó un cuestionario de ingesta de yodo y determinación de la concentración urinaria de yodo (CUI) y función tiroidea. Para el análisis estadístico de variables cualitativas se realizó el test χ^2 y para variables cuantitativas el U de Mann-Whitney.

Resultados: Se reclutaron 318 gestantes, con edad gestacional media de $7,2 \pm 2,0$ semanas. El 14,8% (47 casos) sufrió un aborto espontáneo, con edad gestacional media de $10,9 \pm 3,6$ semanas. Los resultados de ambos grupos se recogen en la tabla 1. La relación entre la CUI y la frecuencia de aborto se analizó según los criterios de la OMS y el p25-p75 de la CUI (tabla 2).

Tabla 1

	Abortos	No abortos	p
Edad (años)	$36,2 \pm 4,6$	$33,8 \pm 5,3$	0,002
Sal yodada (%)	44,5	56,7	0,226
Lácteos (raciones/día)	$2,03 \pm 1,35$	$1,84 \pm 1,13$	0,472
Suplemento yodado (%)	82,1	88,6	0,275
CUI ($\mu\text{g/L}$)	153 (113-208)	176 (116,5-278,5)	0,303
TSH (mUI/L)	$2,37 \pm 1,11$	$2,07 \pm 1,06$	0,083
T4L (ng/dL)	$1,19 \pm 0,14$	$1,21 \pm 0,18$	0,744

Tabla 2

	Abortos (n = 45)	No abortos (n = 270)	p
CUI < 150 $\mu\text{g/L}$	21	103	0,436
150-250 $\mu\text{g/L}$	15	91	
> 250 $\mu\text{g/L}$	9	76	
CUI < 116 $\mu\text{g/L}$	12	68	0,494
116-265 $\mu\text{g/L}$	25	132	
> 265 $\mu\text{g/L}$	8	70	

Conclusiones: El aborto espontáneo es una complicación frecuente en el estudio, siendo más habitual en las mujeres de mayor edad.

Los resultados no muestran una mayor frecuencia de abortos según el consumo de sal yodada, lácteos o suplementos yodados. No se han observado diferencias significativas en la función tiroidea entre ambos grupos. A pesar de observar una mediana de CUI más baja en el grupo de mujeres con abortos, no se ha demostrado que una yoduria deficiente sea un factor de riesgo para presentar un aborto espontáneo.

76. STRUMA OVARI. TEJIDO TIROIDEO EN TERATOMA OVÁRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Rodríguez Fernández, A.P. León Ocando, Ó. Quintero Rodríguez, K. Díaz Gorrín, I. Aznar Ondoño y Á. Caballero Figueroa

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Introducción: El *struma ovarii* es un subtipo de teratoma ovárico monodérmico compuesto por tejido tiroideo maduro. Para que la lesión sea considerada *struma ovarii* debe estar compuesta por más de 50% de tejido tiroideo. La mayor incidencia se encuentra entre los 40 y 68 años. Constituyen el 0,3% de las neoplasias ováricas, por lo que son una entidad rara. Menos de un 5-8% de las mujeres presentan hipertiroidismo asociado secundario. Según sus características histológicas y de diseminación pueden ser clasificados como benignos (la mayoría) o malignos (entre un 5-10%).

Caso clínico: Paciente mujer de 62 años. De manera incidental, en una RNM lumbar, se evidencia lesión anexial pélvica. Así, se realiza una ecografía transvaginal donde se observa una lesión anexial izquierda y derecha, de características heterogéneas y paredes gruesas con áreas sólido-quísticas de vascularización profusa. Se solicitan marcadores tumorales y se realiza doble anexectomía por laparoscopia. Resultados: marcadores tumorales: negativos. Biopsia intraoperatoria: teratoma con áreas de tejido tiroideo en el anejo derecho y teratoma quístico maduro en anejo izquierdo. Biopsia definitiva ovario derecho: carcinoma papilar de tiroides en teratoma quístico con *struma ovarii* de 5 cm y con cápsula libre. Hormonas (TSH, T4L y tiroglobulina): normales. Anticuerpos antitiroglobulina: negativos. Ecografía tiroidea: glándula tiroidea de tamaño y morfología normal. LTD y LTI con pequeños nódulos de aspecto mixto. Durante 3 años consecutivos la paciente persiste asintomática y se realiza ecografías tiroideas de seguimiento hasta que se evidencia un nódulo hipococico mal definido, de 5x3 mm en LTI, TIRADS 4.

Discusión: Dada la baja frecuencia de esta entidad, se recomienda un tratamiento individualizado y un seguimiento prolongado. Así, en la última consulta, se evidenció una nueva lesión tiroidea que se estudiará próximamente con PAAF para determinar características y necesidades de actuación.

77. ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS ASOCIADAS CON LOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNITARIO. NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

C. Suárez Váscquez, A. Martínez García, M.Á. Valero González, B. Blanco Samper, B. Torres Arroyo, I. Quiroga López y G.F. Maldonado Castro

Endocrinología y Nutrición, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: La terapia con inhibidores de los puntos de control inmunitario (IPCI-*immune checkpoints*) constituye un pilar importante en el tratamiento de diferentes neoplasias malignas. Los efectos secundarios de estos fármacos están relacionados con el estado

de inmuoactivación que inducen, siendo uno de los órganos más afectados las glándulas endocrinas.

Métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes tratados con IPCI en nuestro centro en el periodo 2020-2022. Se recogieron datos acerca del tratamiento recibido y variables asociadas como fecha de inicio y finalización, asociación de distintos fármacos; situación hormonal previa, si existía; aparición de alteraciones endocrinológicas, su evolución y tratamiento. Para el análisis estadístico se utilizó el lenguaje de programación DAX (Data Analysis Expressions).

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes (22,62% mujeres). La edad promedio fue de 66 ± 11 años. En el 82,72% se realizó determinación de TSH previo al inicio del IPCI. El 3,70% recibieron doble terapia. El 8,64% sufrió alguna alteración endocrinológica durante el seguimiento: 2 casos de hipertiroidismo subclínico transitorio (28,57%), 2 casos de hipotiroidismo subclínico (28,57%), 1 caso de hipertiroidismo primario, 1 caso de hipotiroidismo primario y 1 caso de hipofisitis. Todos los casos recibieron IPCI en monoterapia salvo el de hipofisitis que recibió doble terapia. La media entre el inicio del IPCI y el desarrollo de la alteración hormonal fue de 191,57 (55-501) días. Los pacientes que requirieron tratamiento, mantuvieron el mismo tras la suspensión del IPCI.

Conclusiones: De nuestros pacientes tratados con IPCI, un 8,64% presentaron alteraciones endocrinológicas asociadas al mismo; las más frecuentes fueron el hipertiroidismo subclínico transitorio y el hipotiroidismo subclínico. En los pacientes en que se instauró tratamiento, éste se mantuvo tras la suspensión del IPCI.

78. MOTIVOS DE SOLICITUD DE ECOGRAFÍA CERVICAL EN PACIENTES DERIVADOS A UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE PATOLOGÍA TIROIDEA

M.C. López García¹, L. Villodre Lozano², A. Ruíz de Assín Valverde¹, M. Jara Vidal¹, M. Gallach Martínez¹, C. Lamas Oliveira¹, S. Aznar Rodríguez¹, R.P. Quílez Toboso¹, L. García Blasco¹ y J.J. Alfaro Martínez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Facultad de Medicina, Universidad de Castilla La Mancha.

Introducción: La ecografía es la técnica de elección para el estudio morfológico de la glándula tiroidea así como para la valoración de su patología, entre ella el nódulo tiroideo. Es una técnica sencilla, accesible y con bajo coste económico, aunque con la desventaja de ser operador dependiente, por lo que la información aportada será de mayor exactitud y fiabilidad en manos expertas. Mediante este trabajo se pretendía valorar los motivos de derivación a pacientes a Consulta de Alta Resolución de Patología Tiroidea, perteneciente al Servicio de Endocrinología y Nutrición de un Hospital de tercer nivel.

Métodos: Mediante un estudio retrospectivo se recogieron y analizaron las variables de interés a través de las historias clínicas electrónicas de los pacientes derivados como primera visita a las consultas de Alta Resolución de Patología Tiroidea del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, en el periodo entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019.

Resultados: Se atendieron a 426 pacientes nuevos (edad promedio 55,39 años, 82,16% mujeres). Los motivos por los que se solicitó un estudio ecográfico fueron el hallazgo incidental en prueba de imagen (29,34%), la detección autopercebida del nódulo por el propio paciente (22,54%), molestias faríngeas (15,02%) o por alteraciones analíticas (10,09%). Se confirmó ecográficamente la existencia de nódulo(s) tiroideo(s) en el 86,62%. Se realizó PAAF a 208 pacientes, en esa primera consulta o en otra. En el 81,92% los resultados fueron benignos, tanto en citología como por ecografía, y solo el 3,52% de

las citologías resultaron malignas. Se derivó a cirugía al 12,44%, por tamaño nodular o sospecha de malignidad.

Conclusiones: Los resultados obtenidos son similares a la mayoría de las series publicadas. Más de un 20% de las ecografías realizadas podrían haberse evitado, principalmente en relación a alteración analítica.

79. TUMOR GERMINAL MIXTO TESTICULAR: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HIPERTIROIDISMO PRIMARIO

O. Jermakova, M. Pérez-Prieto, C. Peiró, L. Huánuco, M. Silva, F. Guerrero-Pérez y N. Vilarraza

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: El hipertiroidismo primario causado por la estimulación excesiva del receptor de la tirotropina (TSH) de causa tumoral es muy poco frecuente.

Caso clínico: Varón de 27 años que consultó por palpitaciones, disnea progresiva, dolor lumbar, astenia y pérdida ponderal de 10 kg en un mes. Con la sospecha de hipertiroidismo se solicitó analítica que evidenció TSH 0,01 mu.int./L (normal: 0,57-5,51), T4l 32,1 pmol/L (normal: 10-20,9) y anti-TSI 1,2 mu.int./L (normal: < 1,75), siendo derivado para valoración especializada. En la exploración física destacó palidez cutánea-mucosa, frecuencia cardíaca de 110 lpm, ausencia de bocio, ginecomastia leve bilateral y masa sólida en el polo inferior del testículo derecho. La coriagonadotropina urinaria fue positiva y la sérica de 828.300 mu.int./L (normal: < 2,6). La radiografía y la tomografía computada de tórax y abdomen mostraron múltiples nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis (patrón en suelta de globos), metástasis hepáticas bilobares y conglomerados adenopáticos torácicos, abdominales y retroperitoneales. La ecografía confirmó la existencia de 2 nódulos de 14 y 8mm sospechosos de neoplasia testicular. Se realizó orquiectomía derecha y el estudio histológico fue compatible con un tumor germinal mixto con componente de carcinoma embrionario (50%), teratoma maduro (45%) y focos de tumor del seno endodérmico (< 5%). Se derivó al servicio de oncología donde se instauró tratamiento quimioterápico (cisplatino/etopósido). El paciente falleció a los 12 meses del diagnóstico inicial por complicaciones neurológicas derivadas de la enfermedad metastásica avanzada.

Discusión: En la valoración del hipertiroidismo primario se deben tener en cuenta las causas tumorales poco frecuentes, especialmente en pacientes sin bocio palpable, autoinmunidad tiroidea negativa, desproporción entre los síntomas de afectación general y los niveles hormonales, especialmente si se acompaña de masas testiculares en varones.

80. TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO CON RADIOYODO. EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE SALUD DE CARTAGENA (MURCIA)

A. Flores Paños, M.C. Álvarez Martín, A.J. Ríos Vergara, I. Martín Pérez, A. Pastor Alcázar, P. Palomero Entrenas, L. Marín Martínez, G. Kyriakos, A. Pinos Blanco y E. Hernández Alonso

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Santa Lucía, Murcia.

Introducción: El hipertiroidismo (HT) se define como el exceso de hormonas tiroideas. Su causa más frecuente es la enfermedad de Graves-Basedow (EGB) con un 70% de los casos, seguida del bocio multinodular tóxico (BMT) y del adenoma tóxico (AT). Es más frecuente en mujeres, con una prevalencia del 0,8%. Para el diagnós-

tico, nos basamos en los niveles suprimidos de TSH, aumento de T4I y pruebas complementarias, como la ecografía y gammagrafía tiroideas. Los antitiroideos son el tratamiento de primera elección para el control del HT y en Europa, la primera elección de tratamiento definitivo es el radioyodo, seguido de la cirugía.

Métodos: Se han seleccionado a 76 pacientes con diagnóstico de HT a los que se administró radioyodo entre los años 2018 y 2021 en el Área de salud de Cartagena (Murcia), se ha realizado un análisis descriptivo de los casos y se ha realizado un seguimiento de 36 meses. Los resultados han sido obtenidos mediante el programa SPSS.

Resultados: Del total de 76 pacientes, el 73,7% eran mujeres, la edad media fue de 56,5 años, la media de meses en tratamiento con antitiroideos previos al radioyodo fue de 18 meses y medio y la dosis media de radioyodo administrada fue de 12 mCi. El diagnóstico más frecuente fue la EGB (53,95%), seguido del BMT (31,58%) y el AT (14,47%). Un 57,89% de los pacientes presentaron autoinmunidad positiva. Un 77% quedaron hipotiroideos tras el tratamiento, con una media de 5 meses hasta el diagnóstico. Hubo un 18,42% de recaídas, de los cuales un 71,4% fueron en pacientes con EGB.

Conclusiones: La EGB es la patología más frecuentemente tratada con radioyodo en nuestra área, seguida del BMT (con un porcentaje más elevado del esperado, debido a la media de edad elevada de la población). El radioyodo es un fármaco seguro y eficaz, con una tasa de recidiva baja en nuestra área siendo el grupo de pacientes con EGB los que presentaron mayor tasa de recidiva.

81. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO TRAS SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTITIROIDEO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO DE ENFERMEDAD DE GRAVES

B. Sánchez Lechuga, D. Meneses González, J.J. Cárdenas Salas, R. Sierra Poyatos, M.Á. Vélez Romero, Y. Fernández Cagigao y C. Vázquez Martínez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Los antitiroideos de síntesis (ATS) son la primera línea de tratamiento en la enfermedad de Graves (EG), a pesar de presentar una considerable tasa de recidiva tras su suspensión. Hay escasos estudios de seguimiento a largo plazo en nuestro país. Nuestros objetivos fueron identificar si existen diferencias clínicas entre los pacientes que experimentan curación versus los que no y describir la tasa de recidiva después de la suspensión de ATS.

Métodos: Se analizaron pacientes con 1^{er} episodio de EG que completaron un ciclo con ATS entre 2010 y 2020 en un hospital de 3^{er} nivel en Madrid, España. La recidiva se definió como síntomas floridos e hipertiroidismo bioquímico después de haber finalizado un ciclo con ATS. Se empleó el análisis con curvas ROC para determinar los puntos de corte de recidiva de cada una de las variables cuantitativas. El riesgo acumulado de recidiva se estimó utilizando la aproximación de Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron 312 pacientes. Durante una media de seguimiento de 5,9 años (2,9-8,2), 117 (37,5%) pacientes recidivaron. 64 recidivas (54,7%) ocurrieron durante el 1^{er} año, 20 (17,1%) durante el 2^o, 11 (9,4%) durante el 3^o, 9 (7,7%) durante el 4^o y los restantes 13 (11,1%) casos durante los siguientes 6 años. La mayoría de recidivas ocurrieron durante el 1^o y 2^o año, 0,0188 recidivas por paciente-mes y 0,0069 recidivas por paciente-mes, respectivamente. El% de mujeres, el de orbitopatía, los niveles de TSI y la duración de tratamiento fueron significativamente mayores en los pacientes que recidivaron. Los puntos de corte para predecir la recidiva fueron T4L $\geq 2,5$ ng/dL, T3L $\geq 5,07$ pg/mL, TSI ≥ 6 U/L, edad $\geq 50,1$ años y un volumen tiroideo de $\geq 21,7$ ml para varones y $\geq 12,2$ en mujeres.

Conclusiones: En nuestra población, el sexo femenino, la orbitopatía de Graves, los niveles de TSI y la duración del tratamiento se

asociaron con mayores tasas de recidiva. La mayoría de estas ocurrieron durante los primeros 2 años tras la suspensión de ATS y mantuvieron una tasa considerable hasta el 4^o año.

82. EFICACIA DEL MICOFENOLATO EN EL TRATAMIENTO DE LA OFTALMOPATÍA TIROIDEA: DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE

E.J. Matarredona Solaz, R. Casañ Fernández, A. Bartual Rodrigo, J. Ferri Císcar, B. Martínez López, O. Rubio Puchol, I. Martínez Usó, L. Pimentel Alcántara, J. Caudet Esteban y J.T. Real Collado

Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El micofenolato se ha empezado a utilizar en primera línea asociado a los corticoides IV para el tratamiento de la oftalmopatía tiroidea (OT) moderada-grave desde la publicación de las guías EUGOGO 2021. La eficacia del micofenolato solo no está tan claramente demostrada.

Objetivos: Valorar eficacia y toxicidad del micofenolato en monoterapia para la OT en la que no vemos adecuado el uso de corticoides.

Métodos: Se trataron 12 pacientes (5 fumadores) con micofenolato mofetil (MfM), a dosis de 500 mg (360 mg del principio activo) cada 12h, durante 6 semanas. En caso de respuesta, se prolongó 18 semanas más. El motivo de no asociarlo con corticoides fue: en 3 casos por diabetes mellitus con difícil control, que no querían el tratamiento. En 3 casos por llevar corticoides de forma crónica. En 2 casos por oftalmopatías leves (CAS 2), pero muy asimétricas que no habían mejorado con medidas locales y selenio. En 4 casos ya habían llevado corticoides IV y tocilizumab, sin respuesta (tercera línea).

Resultados: De los 12 pacientes 8 (66,6%) mejoraron a las 24 semanas, y bajaron los TSI. De los 4 que no mejoraron (todos fumadores), solo en 1 paciente bajaron los TSI. De los 8 que mejoraron, 4 quedaron con CAS 0 y 4 con CAS 1-2. Las 2 pacientes con OT leve pero asimétrica, quedaron con CAS 0. De los 4 pacientes que se trataron en tercera línea, 2 no respondieron y 2 respondieron con mejoría del CAS y de la diplopía, en 1 caso quedó sin diplopía y en el otro de diplopía constante pasó a intermitente. La tolerancia del fármaco fue buena, no hubo infecciones durante el tratamiento, ni molestias gastrointestinales significativas.

Conclusiones: El MfM es una opción de tratamiento para la OT, fácil de administrar, bien tolerada, y con buena eficacia en pacientes que no pueden llevar o ya han llevado corticoides. En oftalmopatías leves pero con gran afectación de calidad de vida, podría ser el primer inmunosupresor a probar.

83. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE NÓDULOS CON DIAGNÓSTICO BETHESDA 3 Y 4 EN PAAF DE TIROIDES. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

M.D. Espín García¹, M.A. Tomás Pérez¹, M. Marco Menarguez¹, P. Cuenca Pérez-Mateos¹, M.J. López López¹, E. Sánchez Navarro¹, F. Illán Gómez¹, V. Asunción García², J.M. Sandoval Martínez-Abarca¹ y M.E. Arjonilla Sampedro¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La prevalencia de nódulos tiroideos es muy alta en la población, sin embargo, solo entre un 4 y un 6,5% son malignos. Dado que la baja incidencia de malignidad no justifica de entrada

la cirugía, tanto la ecografía como la punción aspirativa con aguja fina (PAAF), van a jugar un papel fundamental en su manejo.

Métodos: De las PAAF de tiroides realizadas entre agosto de 2017 y octubre 2021 se seleccionaron las que tenían diagnóstico citológico Bethesda III y IV, recogiendo las características ecográficas siguiendo la clasificación TIRADS y el diagnóstico histológico final.

Resultados: La PAAF diagnosticó Bethesda III en un 11% de los nódulos (n = 85). Desde el punto de vista ecográfico, la mayoría (54%) se clasificaron como TIRADS 4 (n = 45), el 38% como TIRADS 3 (n = 33), y el 8% como TIRADS 5 (n = 7). El diagnóstico citológico fue Bethesda IV en un 18,2% de los nódulos (n = 137). A nivel ecográfico el 39% fueron TIRADS 3 (n = 52), el 52% TIRADS 4 (n = 72) y solo el 9% TIRADS 5 (n = 13). Se realizó cirugía en el 48,2% (n = 41) de los nódulos con citología Bethesda III, siendo el diagnóstico histológico de malignidad en un 21% (n = 9). De los que se operaron y fueron clasificados como TIRADS 3, fueron malignos el 15,3%, de los TIRADS 4 se diagnosticó malignidad en el 23% y de los TIRADS 5 el 33%. En un 75,9% (n = 104) de los nódulos Bethesda IV se realizó cirugía, de ellos un 17,3% (n = 18) fueron malignos. De estos, los nódulos catalogados como TIRADS 3 intervenidos fueron malignos el 10%, de los TIRADS 4 el 19,2% y de los TIRADS 5 el 50%.

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de los nódulos Bethesda III y IV habían sido clasificados como TIRADS 4. Se diagnosticó malignidad en el 33% de los nódulos TIRADS 5 y Bethesda III y en el 50% de los nódulos TIRADS 5 y Bethesda IV. El 23% de los nódulos resecaados TIRADS 4 con citología Bethesda III fueron malignos, y de los nódulos TIRADS 4 intervenidos con diagnóstico citológico Bethesda IV fueron malignos el 19%.

84. APLICABILIDAD DE LA CLASIFICACIÓN ACR-TIRADS EN EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES PARA LA PAAF EN NÓDULOS TIROIDEOS DE MENOR TAMAÑO

L. Mesa Suárez, P. Cabrera García, O. Quintero Rodríguez, P. León González y E. Rodríguez Sosa

Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

El sistema ACR-TIRADS para la estratificación del riesgo ecográfico, establece criterios de PAAF en nódulos TIRADS 3 \geq 25 mm, TIRADS 4 \geq a 15 mm y TIRADS 5 \geq 10 mm. El objetivo del estudio es analizar el rendimiento de las PAAF en nódulos TIRADS 3 entre 20-25 mm, en nódulos TIRADS 4 entre 10-15 mm y en todos los nódulos TIRADS 5 independientemente del tamaño. Se analizaron 646 citologías tiroideas estableciendo correlación con el tamaño de los nódulos y la categorización según el sistema ACR-TIRADS. El 45,20% de las PAAF correspondían a nódulos TIRADS 3, el 40,87% a nódulos TIRADS 4, el 6,66% a nódulos TIRADS 5 y el porcentaje restante nódulos quísticos sintomáticos TIRADS 1 y 2. De las 646 muestras analizadas se clasificaron según criterios Bethesda: 61 Bethesda I, 512 Bethesda II, 25 Bethesda III, 18 Bethesda IV, 3 Bethesda V, 26 Bethesda VI y 1 citología compatible con paratiroides. De 81 PAAF realizadas en nódulos TIRADS 3 entre 2-2,5 cm, solo se obtuvieron 2 casos Bethesda IV, el resto se clasificaron Bethesda II. Se realizaron 93 PAAF en nódulos TIRADS 4 entre 10-15 mm, obteniéndose 4 Bethesda III, 3 Bethesda IV (uno de ellos con AP de carcinoma papilar pT1aNx), 2 Bethesda V (AP de carcinoma papilar pT1aN1b y pT1bNx) y 2 Bethesda VI (AP correspondiente a carcinoma papilar pT1aNx y el otro pT1bNx). Se realizaron 8 PAAF en nódulos TIRADS 5 < 10 mm, 3 casos correspondieron a Bethesda VI (AP en todos los casos pT1a). Los resultados muestran que la categorización ecográfica del nódulo mediante estratificación ACR-TIRADS es superior al criterio del tamaño del nódulo para la toma de decisiones de realización de PAAF. No existe rendimiento de la PAAF en nódulos TIRADS 3 entre 20-25 mm y en nódulos TIRADS 4 entre 10-15 mm, ya que se obtuvieron solo 5 casos

de carcinoma diferenciado de tiroides pT1a o pT1b y de buen pronóstico. En nódulos TIRADS 5 < 10 mm el rendimiento es mayor ya que el 100% de las PAAF Bethesda VI se correspondían con carcinoma papilar de tiroides.

85. IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL APRENDIZAJE DE LAS CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE SOSPECHA DEL NÓDULO TIROIDEO (PÓSTER SELECCIONADO)

G. Díaz Soto^{1,2}, P. Fernández Velasco^{1,2}, B. Torres Torres^{1,2}, P. Pérez López^{1,2}, E. Delgado^{1,2} y D. de Luis^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²Centro de Investigación en Endocrinología y Nutrición Clínica (CIENC), Universidad de Valladolid.

Objetivos: Analizar el impacto de un programa basado en inteligencia artificial (IA) en el aprendizaje del endocrinólogo (E) de las características ecográficas sospechosas (CES) del nódulo tiroideo.

Métodos: Estudio prospectivo de la imagen por ultrasonidos (US) de los 100 primeros nódulos analizados con IA. Se evaluó el aprendizaje en la caracterización de la US expresado como el grado de acuerdo obtenido por seis E sin y con experiencia previa. Se analizaron los Índices Kappa de Fleiss (K) obtenidos para cada CES del ACR-TIRADS de las primeras US con respecto de las últimas 20 evaluadas.

Resultados: Se evaluaron 100 pacientes (84% mujeres, edad media $55,8 \pm 18,5$ años) clasificados como ACR-TIRADS 3,4 y 5 el 43%, 28% y 16% de los nódulos analizados. El diámetro máximo nodular fue de $2,9 \pm 1,1$ cm, siendo el 7,8% malignos. Globalmente, las CES presentaron un grado elevado de concordancia en forma, composición, ecogenicidad y categoría ACR-TIRADS (K = 0,760, K = 0,531, K = 0,460, K = 0,471; p < 0,001, respectivamente), siendo aceptable en la evaluación de focos ecogénicos (K = 0,322, p < 0,001) y pobre en márgenes nodulares (K = 0,187, p < 0,001). Al comparar el aprendizaje en las primeras y últimas 20 US analizadas, se observó un incremento del grado de acuerdo en forma del 27,2% (K = 0,581 \pm 0,160 vs. 0,739 \pm 0,127), ecogenicidad 29,8% (K = 0,386 \pm 0,079 vs. 0,501 \pm 0,070) y categoría ACR-TIRADS 24,6% (K = 0,398 \pm 0,059 vs. 0,496 \pm 0,057), manteniéndose estable en el resto CES. La correlación entre la puntuación media ACR-TIRADS de los E previa y tras el uso de la IA mostró un incremento significativo del grado de acuerdo: R = 0,741 vs. R = 0,981, p < 0,001.

Conclusiones: La utilización de la IA se relacionó con una mejora en la capacidad de interpretación de la US con o sin experiencia previa. La ecogenicidad, forma y categoría ACR-TIRADS fueron las CES que mostraron un mayor incremento. Los sistemas de IA redujeron la variabilidad interobservador y aumentaron la reproducibilidad de las escalas de estratificación del riesgo de la US.

86. NIVELES DE YODO EN ADOLESCENTES DE UNA ZONA COSTERA DE CATALUÑA

S. Reig Majoral¹, R. Martí Lluch², I. Ojeda Ciurana³, M. Moreno Cruz¹, G. Agüera Paz¹, E. Lucas Hernández³, M. Pérez Olazo¹, B. Rosolovskaya³, P. Calcines Rodríguez³ y J. Biarnés Costa⁴

¹Equipo de Atención Primaria (EAP) Blanes 2, ICS Girona. ²Unidad de Soporte a la Investigación de Girona IDIAP Jordi Gol, Girona.

³Equipo de Atención Primaria (EAP) Blanes 1, ICS Girona. ⁴Servicio de Diabetes Endocrinología y Nutrición Territorial de Girona (UDENTG) Hospital Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El déficit de I (yodo) es la primera causa de retraso mental evitable y un problema mundial de salud pública. La yodación de sal y la ingesta de lácteos son las medidas preventivas más eficientes. La adolescencia implica cambios en los hábitos alimenticios y de vida que afectan a las fuentes dietéticas de I. Nos planteamos como objetivos determinar la mediana de concentración urinaria (UI) y estimar la ingesta diaria de yodo en una población adolescente de 15-18 años.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en los centros de educación pública de Blanes y Lloret de Mar con un total de 451 adolescentes (45,63% hombres). Se recoge una muestra de orina y una encuesta de frecuencia alimentaria (133 ítems). Se realizan análisis univariantes descriptivos y se analiza la asociación de la UI y la ingesta de yodo.

Resultados y conclusiones: La UI es de 126,19 $\mu\text{g/L}$. El 35,79% presentan UI < 100 $\mu\text{g/L}$ (24,83% UI < 99-50 $\mu\text{g/L}$; 8,05% UI < 49-20 $\mu\text{g/L}$ y 2,9% UI < 20 $\mu\text{g/L}$). No hay diferencias entre sexos (132,45 vs. 120,19 $\mu\text{g/L}$; $p > 0,005$). La ingesta diaria de yodo cumple los requisitos nutricionales óptimos para el grupo de edad de entre 15 i 18 años de 150 $\mu\text{g/día}$ recomendado por la OMS. Con una mediana de 211,52 $\mu\text{g/día}$, superior en hombres 231,4 $\mu\text{g/día}$ vs. 188,88 $\mu\text{g/día}$; $p < 0,001$. Un 58% refiere consumir sal yodada en casa. La ingesta de ≥ 1 ración de leche o ≥ 1 ración de lácteos se correlaciona con niveles de UI $\geq 100 \mu\text{g/L}$. No observamos esta relación con el consumo de sal yodada. La correlación entre ingesta de yodo y UI es débil ($r = 0,18$, $p < 0,001$). La población adolescente es crítica para garantizar que los niveles de yodo sean suficientes antes del inicio de la etapa reproductiva. Unos niveles adecuados en niños y adolescentes prevendrán también la aparición de bocios y disfunciones tiroideas en población adulta.

Financiación: Beca Goçál Calvo i Queraltó 2020, 22 Beca predoc-toral ICS/IDIAP 2022.

87. CAMBIOS ECOGRÁFICOS EN NÓDULOS AUTÓNOMOS TRAS TRATAMIENTO CON RADIOYODO

A. Irigaray Echarrí¹, J. Pineda Arribas¹, M.D. Ollero García-Agulló¹, Á. Alonso Echarte¹, J. de Carlos Artajo¹, E. Anda Apiñaniz¹, I. Blanco Sainz², F. Lozada Delgado² y A. Alomar Casanovas²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Medicina Nuclear, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El radioyodo (RAI) es el tratamiento de elección en pacientes con nódulo tiroideo autónomo, en ausencia de síntomas compresivos o sospecha de malignidad. Se ha descrito una reducción del volumen tiroideo tras el tratamiento, pero son escasos los datos respecto a los cambios ecográficos del nódulo propiamente.

Objetivos: Analizar los cambios ecográficos de los nódulos autónomos tratados con RAI.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye nódulos hiperfuncionantes tratados con RAI (dosis empírica de 131-I) en 2018-2021 que presentan un nódulo hipercaptante claramente dominante en la gammagrafía tiroidea (nódulo target) y que presentan estudio ecográfico inicial y control ecográfico a los 12 meses del tratamiento.

Resultados: La muestra está formada por 38 pacientes con 40 nódulos, la mayoría mujeres (33/38) con una edad media de 54,6 \pm 12,9 años. Se incluyeron 19 nódulos únicos y 21 BMN. Los nódulos presentaban un tamaño medio de 3,3 \pm 0,9 cm y un volumen de 9,6 \pm 9,5 cc. Ecográficamente, 19 nódulos eran muy baja sospecha ATA, 16 baja y 5 intermedia. Tras el RAI, se objetivó una disminución de volumen del 62,4%. Un 75% de los nódulos disminuyeron > 50% su volumen. Esta disminución se asoció al diámetro y volumen inicial. Disminuyen más los nódulos de menor tamaño (< 3 vs. ≥ 3 cm, $p: 0,022$) y aquellos con menor volumen (< 7 vs. ≥ 7 cc; $p: 0,005$). La

disminución no se asoció al grado de hipertiroidismo inicial, cuentas en gammagrafía, autoinmunidad tiroidea, ni desarrollo de hipotiroidismo. No hubo cambios significativos respecto a las características ecográficas de sospecha tras el RAI.

Conclusiones: Tras el RAI, la disminución de volumen de los nódulos autónomos es del 62%. Disminuyen más los nódulos de menor tamaño (< 3 cm) y menor volumen (< 7 cc). Este efecto citorreductor es comparable al de técnicas de ablación locales.

88. METÁSTASIS EN LA GLÁNDULA TIROIDES: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Romero Lluch, L. González Gracia, I. de Lara Rodríguez, B. Oulad Ahmed, S. Dueñas Disotuar y E. Navarro González

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Describir características clínicas, histopatológicas y ecográficas de las metástasis tiroideas (MT) en nuestro centro y evaluar posible existencia de características de sospecha.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las MT confirmadas por AP entre 2008 y 2022. Se recogieron variables demográficas de los pacientes, clínicas e histopatológicas del tumor primario (TP), supervivencia y características ecográficas de las MT. Las variables cuantitativas se expresan en mediana e IQR; las cualitativas en n y %.

Resultados: 16 pacientes. 50% hombres de 65 [58-72] años al diagnóstico (dg) de la MT. La localización más frecuente del TP fue pulmón (37,5%), con histología predominante adenocarcinoma (18,8%), carcinoma de células claras de riñón (18,8%) y carcinoma infiltrante de mama (12,5%). El tiroides fue 1^{er} lugar de MT en 6 (37,5%) y en 5 (31%) el único. El tiempo entre dg de TP y MT fue 16 [2-37] meses. Fallecieron 10 (62,5%) con supervivencia de 3 [1-10] meses desde dg de la MT. El 68,8% de las MT se detectaron por estudio de extensión del TP, siendo en 6 (37,5%) el 1^{er} tumor diagnosticado. 13 (81,3%) se confirmaron mediante PAAF, 1 (6,3%) por BAG y 2 (12,5%) por tiroidectomía. Se realizó IHQ en 8 (50%) muestras, orientando el dg el 100%. Clínicamente, 4 (25%) pacientes tuvieron signos compresivos y 12 (75%) eutiroidismo. 81% de MT se presentó como nódulo bien definido (12,5% bilaterales) y 12,5% infiltración difusa tiroidea. Eco: sólido 12 (85,7%); iso 1 (7,1%), hipoeoico 9 (64,4%), heterogéneo 1 (7,1%); alto > 1 (7,2%); márgenes bien definidos 9 (64,3%), lobulados 2 (14,3%), ETE 1 (7,1%). No calcificaciones 5 (35,7%), macro 2 (14,3%), micro 4 (28,6%); TIRADS 4 7 (50%), 5 4 (28,6%); adenopatías cervicales 7 (43,8%).

Conclusiones: MT no parecen tener características ecográficas orientativas o distintivas de otras lesiones malignas tiroideas. Es importante apoyarse en IHQ y estudios de extensión para orientar dg. En nuestra serie, la MT fue el 1^a tumor diagnóstico y nódulo definido en un% significativo de los casos, superior a lo descrito.

89. EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE UN TEST MOLECULAR (THYROIDPRINT) PARA ESTABLECER LA NATURALEZA Y MANEJO DE LOS NÓDULOS TIROIDES CITOLÓGICAMENTE INDETERMINADOS (III/IV)

L. Bartolome Hernandez, P. Barrio Dorado, A. Paniagua Ruiz y M. Gargallo Fernández

Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: Existe un grupo de nódulos tiroideos (categoría III o IV de Bethesda) en los cuales no es posible establecer un diagnóstico de benignidad o malignidad, superior al 40-50%. Las guías internacionales recomiendan el empleo de test moleculares en estos

casos. Nos planteamos comunicar nuestra experiencia preliminar con el test thyroidprint (Valor Predictivo Negativo para cáncer tiroides 95%, Valor Predictivo Positivo 78%).

Métodos: Se incluyen 33 pacientes de nuestra Unidad con citología CIII/IV Bethesda que no querían realizarse cirugía o permanecer en seguimiento, sin profundizar en el diagnóstico del nódulo. Se realizó PAAF para obtención de material, sobre el que se realizó test Thyroidprint. En todos los casos se registró categoría Bethesda, tamaño máximo nódulo y TIRADS según ACR así como resultado del test: benigno (B) o alta sospecha de malignidad (ASM). Se realizó seguimiento en ASM para conocer datos de biopsia.

Resultados: El tamaño medio fue $21,3 \pm 11$ mm. 17 CIII y 16 CIV. Las categorías TIRADS se distribuyeron TR1: 1, TR2 1; TR3: 16, TR4: 12; TR5: 3. Diagnóstico test: ASM 13 casos (6 TR3, 2 TR4, 2 TR5. 5 CIII, 8 CIV), B 17 casos (1 TR1, 1 TR2, 9 TR3, 5 TR4, 1 TR5. 11 CIII, 6 CIV). Según categoría Bethesda, en CIV: 6 B, 8 ASM y en CIII 11 B, 5 ASM. 3 casos pendientes de resultados. Los casos B se les indicó revisión anual y los ASM se recomendó cirugía. Tenemos datos de biopsia en 6 casos ASM: 2 casos benignos (TR3/CIV y TR4/CIII), 3 casos carcinoma diferenciado de tiroides y 1 NIFTP.

Conclusiones: En nódulos CIV el diagnóstico B (equivalente a CII) ha permitido evitar cirugías diagnósticas en muchos casos. En nódulos CIII el diagnóstico B permite recomendar solo seguimiento de forma más fundamentada o, en caso de ASM, establecer una fuerte indicación de cirugía. Globalmente el test constituye una excelente ayuda para establecer la actitud a seguir en nódulos indeterminados.

90. UTILIDAD DE SEGUNDA PAAF EN NÓDULOS TIROIDEOS BETHESDA III: POSIBLES FACTORES PREDICTORES DE CAMBIO DE CATEGORÍA

M.Á. Vélez Romero¹, P. Barrio Dorado¹, A. Paniagua Ruiz¹, J.I. Cornejo Ladrero², A. Cazorla Jiménez², T. Reina Durán² y M. Gargallo Fernández¹

¹Unidad de Nódulo Tiroideo, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La actual recomendación en nódulos tiroideos con citología Bethesda (B) III (BIII) es realizar una segunda PAAF. Sin embargo, es común obtener el mismo resultado, sobre todo si la citología se hace en el mismo centro. Nos planteamos conocer en nuestra Unidad, la proporción de segundas citologías con cambio de categoría respecto a la inicial e identificar factores asociados.

Métodos: Retrospectivo de 62 segundas PAAF realizadas en nuestra Unidad y analizadas por un mismo servicio de Anatomía Patológica entre mayo/21 y mayo/23, tras PAAF inicial BIII. Se empleó la clasificación de Bethesda para la citología. Evaluamos si el diámetro máximo nodular y la categoría ACR-TIRADS (TR) se asociaron a un cambio en la categoría citológica en la segunda PAAF. El análisis estadístico fue univariante y no ajustado por variables de confusión. La significación estadística se establece en $p < 0,05$.

Resultados: El 45% de la muestra no cambió de categoría tras la segunda PAAF, siendo los resultados: BII 37,1% BIII 45,2% BIV 14,5% BV 3,2%. Comparando el grupo en el que la segunda PAAF fue BIII y los que cambiaron de categoría, el tamaño nodular fue similar en ambos (20,5 [18-31] vs. 24 [19-29] mm, $p = 0,6$) así como la proporción de las categorías de TR: TR2 0,3 vs. 0%, TR3 43 vs. 47%, TR4 36 vs. 38%, TR5 18 vs. 15%; $p = 0,7$. El cambio de citología de BIII a una categoría con recomendación quirúrgica (BIV/BV) no se asoció a la presencia de TR sospechoso (54 vs. 64% $p = 0,57$) ni al tamaño del nódulo (19 vs. 22 mm, $p = 0,55$). El cambio de BIII a BII, no se asoció a la presencia de TR no sospechoso (46 vs. 52%, $p = 0,68$) ni al tamaño del nódulo (25 vs. 26 mm, $p = 0,73$).

Conclusiones: La probabilidad de nueva citología BIII tras segunda PAAF en el mismo centro fue muy elevada, similar a la descrita en otras series, limitando la utilidad de este abordaje. Ante esta situación, en nódulos BIII se podrían plantear otras opciones: estudio molecular, biopsia con aguja gruesa o basar la recomendación de segunda PAAF según subtipo de BIII. En nuestra muestra ni el tamaño ni el TIRADS permiten predecir el cambio de categoría citológica tras segunda PAAF.

91. HIPOTIROIDISMO SECUNDARIO A TERAPIAS ONCOLÓGICAS DIRIGIDAS: DOSIS NECESARIAS DE HORMONA TIROIDEA Y PERIODO DE LATENCIA

J. Castañón Alonso, E. Santos Mazo, S. Laiz Prieto, M. López Pérez, P. Álvarez Baños, E. Ruiz Pérez, A.M. Delgado Lucio y P. Herguedas Vela

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: La introducción de terapias oncológicas dirigidas, como los inhibidores de puntos de control inmune (ICI) o de la tirosin kinasa (ITK), han revolucionado el tratamiento del cáncer. Sin embargo, se han observado diversos efectos adversos, entre los que destacan las endocrinopatías, en especial el hipotiroidismo primario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se reclutaron pacientes de las consultas de Endocrinología con diagnóstico de hipotiroidismo primario, secundario a terapias dirigidas. Se recogen datos demográficos, tipo de tumor y tratamiento recibidos y valores analíticos en relación con la función tiroidea.

Resultados: Se reclutaron 24 pacientes (varones 54%), con una edad media de 62,6 años. El 16,7% ya tenía alteración previa de la función tiroidea. El 41,7% presentaron antiTPO positivos tras el tratamiento oncológico. Tan solo el 12,5% presentaban insuficiencia suprarrenal asociada. El 50% de los tratamientos se realizó con anti-PD1 (pembrolizumab y nivolumab) en monoterapia, ascendiendo al 79% si se presentaban en combinación. Los pacientes precisaron una dosis media de 1,71 μg levotiroxina/Kg peso (DE = 0,45). Con los antiPD1 fue de 1,65 μg /Kg (DE = 0,14), ascendiendo a 1,94 μg /Kg (DE = 0,25) al combinarlos con anti-CTLA4. Si había algún tipo de respuesta (parcial o completa) la dosis necesaria era superior (1,76 μg /Kg) a si no la había (1,56 μg /Kg). El tiempo medio entre la primera administración del fármaco y la alteración tiroidea fue de 127 días. Con ITK fue de 59,0 días (DE = 5,7) y con PD1 de 135,1 días (DE = 27,3).

Conclusiones: En nuestra serie, los hipotiroidismos inducidos por terapias dirigidas precisaron hormona tiroidea a dosis sustitutivas (1,71 μg /Kg), siendo aún mayores en las combinaciones de antiPD1 y antiCTLA4. También se observa que los tratamientos que producían respuesta tumoral, tenían mayores necesidades de levotiroxina. El tiempo medio que tarda en manifestarse la alteración tiroidea es de unos 4 meses.

92. INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS CON PAAF BETHESDA III EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Gutiérrez Hurtado¹, C. Sánchez Ragnarsson¹, G. Martínez Tamés¹, T. González Vidal¹, D. Rivas Otero¹, I. Masid Sánchez¹, L.M. Fernández Fernández² y E. Menéndez Torre^{1,3,4}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ³Endocrinología y Nutrición, Grupo de Investigación en Endocrinología, Nutrición, Diabetes y Obesidad, Instituto de Investigación del Principado de Asturias, Oviedo. ⁴Endocrinología y Nutrición, Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.

Introducción y objetivos: Valoración de los nódulos tiroideos con PAAF Bethesda III en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Serie de 63 pacientes con al menos una PAAF de nódulo tiroideo (NT) con resultado Bethesda III entre octubre del 2020 y marzo del 2023. En dicho periodo se realizaron en total 1136 PAAF, siendo el 6,6% Bethesda III. Se registraron sexo, edad, tamaño nodular (TN), clasificación ecográfica ACR-TIRADS, sistema Bethesda (BI-BVI), anatomía patológica [benigno (BG), potencial maligno incierto (PMI) o carcinoma (CT)] e hipoparatiroidismo posquirúrgico (HP). Análisis estadístico mediante chi-cuadrado y Kruskal-Wallis.

Resultados: De 63 pacientes, 74,6% eran mujeres. Edad media $57,9 \pm 13,2$ años. El 27% presentaban un NT único. El TN medio fue $24,5 \pm 13,1$ mm. Ecográficamente, 2 NT eran TIRADS 2 (3%), 24 TIRADS 3 (38,1%), 27 TIRADS 4 (42,9%), y 10 TIRADS 5 (15,9%). Se repitió la PAAF en el 90,5% de los casos: 61,4% BII, 21% BIII, 5,3% BIV y 12,3% BV. Se realizó cirugía en 26 (11 hemitiroidectomías y 15 tiroidectomías totales), encontrando 12 CT (19% del total de pacientes), 12 BG (19%) y 2 PMI (3,2%). En 3 pacientes con 2ª PAAF BIII-IV se aplicó vigilancia activa. 10 de los pacientes intervenidos presentaban una 2ª PAAF BIII, con resultado de 3 CT (30%), 6 BG (60%) y 1 PMI (10%). Complicaciones posquirúrgicas destacables: 1 HP permanente (3,9%) y 2 parálisis de cuerda vocal unilateral (7,7%). No hallamos diferencias significativas entre malignidad y sexo o TN (CT 22,88 mm vs. BG 24,54 vs. PMI 43,25; $p = 0,19$) o ACR-TIRADS. Sí vimos una tendencia no significativa a menor edad en los pacientes con CT (CT 55,6 años vs. BG 61 vs. PMI 60; $p = 0,48$).

Conclusiones: El porcentaje total de NT con PAAF inicial BIII que se confirmaron malignos fue del 19%, dato acorde con las publicaciones originales. La estrategia de realizar seguimiento y repetir la PAAF en estos casos, actuando en función de los resultados, parece adecuada en nuestro centro.

93. ¿ES FIABLE LA CORRELACIÓN ECOGRÁFICA-CITOLÓGICA DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS PARA LA DECISIÓN CLÍNICA DEL ENDOCRINÓLOGO?

G.L. Román Gómez¹, L.E. Lander Lobariñas¹, J.D. Martínez González¹, M. Pérez Pelayo¹ y P.A. Marucchi²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ²Grado en Medicina, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid.

Introducción: Los nódulos tiroideos (NT) tienen una prevalencia elevada, aproximadamente 60%, y la incidencia de malignidad es un 10%, siendo por tanto un desafío en la práctica clínica. Dado el solapamiento entre hallazgos ecográficos de benignidad y malignidad, la PAAF es necesaria para un manejo óptimo del NT, evitando actuaciones innecesarias.

Métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional, de 551 pacientes sometidos a tiroidectomía en el Hospital Universitario Severo Ochoa entre enero de 2017 hasta diciembre de 2022. Se usó Statgraphics® Centurion, versión 16.1.07, para correlacionar TI-RADS frente a Bethesda y teniendo como referencia la anatomía patológica de la pieza quirúrgica.

Resultados: Al correlacionar los hallazgos ecográficos con la AP de los NT TI-RADS 2 un 89,89% y un 77,64% de los TI-RADS 3 fueron benignos. Los TI-RADS 4 y 5 resultaron malignos en un 39,28% y 68,42% respectivamente. En la correlación de TI-RADS y Bethesda, un 22,97% de los NT TI-RADS 3 fueron Bethesda III, un 15,38% de los TI-RADS 4 fueron Bethesda V, por último, el 25% TI-RADS 5 fueron Bethesda V, y el 15% Bethesda VI. En cuanto a la correlación PAAF y AP el 77,94% de los Bethesda I, el 88,89% de Bethesda II, el 69,70% de Bethesda III, y el 66,67% de Bethesda IV eran benignos, mientras que el 88,00% de los Bethesda V y el 100% de Bethesda VI eran malignos. Estos hallazgos reflejan una correlación estadísticamente

significativa entre ambos sistemas de clasificación, con un nivel de confianza del 95% ($p = 0,0001$).

Conclusiones: La clasificación ecográfica de los NT se correlaciona de manera significativa con los hallazgos de la citología tiroidea y a su vez con los hallazgos anatomopatológicos en la muestra analizada, por lo que debemos tomarlas en cuenta en la práctica clínica para poder tomar la decisión más adecuada, respecto a los pacientes que deben ser sometidos a tratamientos quirúrgicos de dichos NT.

94. INTERFERENCIA ANALÍTICA EN EL ESTUDIO TIROIDEO. REVISIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS

S.F. Barra Malig, A.M. Azcutia Uribe Echevarria, F. Almodóvar Ruiz, P.J. Ferreira Ocampo, S.C. Doejo Marciales, R.E. Astuñague Condori, P. Lois Chicharro y J.J. Gorgojo Martínez

Endocrinología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción: Interferencia analítica es el efecto que produce una sustancia en la determinación errónea de la concentración de un analito. Estas interferencias pueden ser endógenas o exógenas. Las endógenas son interacciones con metabolitos propios del paciente. Se presentan 3 casos de interferencias endógenas en el estudio tiroideo.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer 80 años. Seguimiento en otro centro por ca papilar de tiroides. Tiroidectomía total y 2 dosis de I131, actualmente en remisión. Ingresa en nuestro centro por síndrome constitucional. Se solicita tiroglobulina (TG) con resultado alterado de 208 ng/ml. Se amplía estudio; Ac-antiTG(-), eco tiroides y TC body normal. Ante discordancia clínico-analítica se solicita factor reumatoide (FR) 3.870 UI/ml, precipitación de proteínas con polietilenglicol y nueva medición de TG (0,62 ng/ml). Paralelamente se realiza TG por distinto inmunoanálisis obteniendo un valor indetectable. Se confirma falsa elevación de TG por alta concentración de FR. Caso 2. Mujer 30 años. T4 libre elevada (2,33 ng/dl) y TSH en rango (1,2 µU/ml). Asintomática. Anti-TPO, Anti R-TSH, eco tiroidea y RM hipófisis sin alteraciones. Se decide realizar determinación con diferente inmunoanálisis: TSH y T4 libre (1,44) normal. FR(-), Ac anti-T4 (-). Se sospecha la presencia de Ac heterófilos. Caso 3. Mujer 72 años. Hipotiroidismo primario autoinmune, T4L 2,64 y TSH 9,11, ECO tiroidea sugestiva de tiroiditis crónica. Se suspende Eutirox y en la reevaluación presenta TSH 66,5 µU/ml y T4L elevada (2,23). Se comenta con laboratorio y se amplía estudio por posible interferencia en la determinación de T4L; FR(-), proteinograma con pico monoclonal IgG Kappa y Ac antitiroxina (+). Se confirma falsa elevación de T4L por presencia de Ac-antiT4.

Discusión: Ante resultados discordantes se debe considerar la presencia de interferencias analíticas. La comunicación continua entre clínicos y especialistas de laboratorio es esencial para identificar y prevenir resultados erróneos que puedan afectar al adecuado diagnóstico y manejo del paciente.

95. TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES: RESULTADOS DE LA ADAPTACIÓN DE LAS NUEVAS RECOMENDACIONES

A.M. Moyano Sánchez, M.I. García Ramírez, S. León Idougourram, J. Silva Fernández y M.Á. Gálvez Moreno

UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: El abordaje terapéutico del cáncer diferenciado de tiroides está experimentando cambios en los últimos años, encaminados a realizar un manejo más conservador.

Métodos: Se diagnosticaron 57 pacientes de cáncer diferenciado de tiroides entre 2019 y 2021 en el Hospital Universitario Reina Sofía. Se analizaron las variables clínicas y estadificación tras completar tratamiento mediante el procesador de datos SPSS. 68,4% mujeres. Edad al diagnóstico 50 años (14-73). IMC 29,2 kg/m² (15,4-48,3). 87,7% estadio 1 al diagnóstico, 5,3% estadio 2. Más de la mitad de los pacientes bajo riesgo inicial de persistencia de enfermedad, 14% alto riesgo. 70% unifocales. 36,8% histología agresiva: 16 células altas, 2 oncocítico, 1 células claras, 1 anaplásico y 1 papilar variante folicular.

Resultados: Tiempo de seguimiento 28,2 meses (\pm 16,8). 75,4% tratados quirúrgicamente con tiroidectomía total (7% cirugía de totalización), 24,6% hemitiroidectomía. Ablación de restos 63,2%. 23 microcarcinomas. El 30,4% (7) recibieron radioyodo. De los microcarcinomas que recibieron radioyodo: más del 70% presentaba R. indeterminada en el momento inicial; 43% eran multifocales y 43% N1. 57% histología células altas, resto papilares clásicos. Tras tratamiento completo, 28,6% R. excelente y 43% R. indeterminada. % de pacientes con R. incompleta no varió. 21 pacientes no han recibido terapia con radioyodo. 100% R. excelente inicial al tratamiento quirúrgico (33% tiroidectomía total, 67% hemitiroidectomía), 90,5% unifocales, todos N0, 76,2% microcarcinomas, 14,3% entre 1-2 cm. 2 pacientes eran T2 (unifocales, sin ganglios). En la actualidad, 90% R. excelente, 10% R. indeterminada (positividad Ac anti-TG).

Conclusiones: El manejo quirúrgico conservador en pacientes con bajo riesgo inicial de recidiva se acompaña de buenos resultados. En nuestra cohorte, los pacientes que no recibieron terapia con radioyodo mantienen buena respuesta a tratamiento. Hace falta más tiempo de seguimiento para la evolución a largo plazo del tratamiento conservador.

96. NÓDULOS TIROIDEOS BENIGNOS SINTOMÁTICOS: ¿RADIOFRECUENCIA O CIRUGÍA? RESULTADOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Á.M. Chávez Villegas¹, M. Díez Román², M. León Sanz¹, M.R. Calero García² e I. Mattei¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Servicio de Radiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los nódulos tiroideos benignos (NTB) tienen una prevalencia elevada en la práctica médica, 40-67% según las últimas revisiones de la SEEN. Aunque el seguimiento es la mejor alternativa ante ausencia de síntomas, existen opciones terapéuticas novedosas, mínimamente invasivas y eficaces cuando está indicado, entre las cuales destaca la ablación por radiofrecuencia (ARF).

Métodos: Análisis de 15 pacientes sometidos a ARF por NTB (confirmados tras 2 PAAF benignas), que asociaban síntomas o preocupaciones estéticas. El grupo control fue de 15 pacientes sometidos a tiroidectomía total (TET) por síntomas de NTB. Los tratados con ARF mantuvieron seguimiento para evaluar síntomas, reducción del volumen y evaluar función tiroidea (FT) tras 1, 3 y 6 meses. Se comparó entre ambos grupos la FT basal y post tratamiento y las complicaciones asociadas.

Resultados: De los pacientes tratados con ARF, el 26,67% presentaban síntomas locales y el 33,3% preocupaciones estéticas, con un volumen promedio de los NTB de 16,29 \pm 7,27 cm³. Tras la ARF la reducción de volumen fue del 43,22 \pm 17,4% el 1º mes, 61 \pm 17,67% en el 3º mes y un 63 \pm 14,8% a los 6 meses, siendo más significativa los primeros 3 meses. Respecto a las complicaciones, no hubo alteraciones de la FT postratamiento en pacientes sometidos a ARF, siendo lógicamente el hipotiroidismo la condición tras TET. Tras ARF se registró 1 única complicación mayor: hipomotilidad de una cuerda vocal derecha transitoria con recuperación tras corticoterapia, mientras que en el grupo de TET, todos los pacientes presentaron

alguna complicación: a destacar hipoparatiroidismo transitorio (26,67%) y lesión permanente del nervio laríngeo recurrente (20%).

Conclusiones: La ARF es un tratamiento seguro, poco invasivo y eficaz. Ofrece menor tasa de complicaciones sin precisar de tratamiento sustitutivo de por vida. Se recomienda en pacientes con NTB sintomáticos, además de pacientes con contraindicaciones quirúrgicas.

97. FACTORES DETERMINANTES DE HIPOPARATIROIDISMO TRANSITORIO Y PERMANENTE TRAS TIROIDECTOMÍA

M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernando, M. Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, I. Losada Gata, A. García Piorro, A.M. Rivas Montenegro, R.J. Añez Ramos, A. López Guerra y O. González Albarrán

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El hipoparatiroidismo es una de las complicaciones conocidas tras la tiroidectomía. Los niveles de hormona paratiroidea (PTH) se miden tras la cirugía y permiten detectar pacientes con riesgo de hipoparatiroidismo posquirúrgico. Se evaluó el punto de corte en la disminución de PTH intraquirúrgica como factor predictor de hipoparatiroidismo y los factores de riesgo de hipoparatiroidismo permanente (HPP) y transitorio (HPT).

Métodos: Estudio retrospectivo de tiroidectomías realizadas por Cirugía General, Otorrinolaringología, Cirugía de tórax y Cirugía pediátrica en 2018, 2019 y 2020. Diagnóstico prequirúrgico de patología benigna y maligna.

Resultados: Se incluyeron 428 pacientes, siendo 74,1% mujeres. Diagnósticos prequirúrgicos: bocio 37,8%, nódulo tiroideo de sospecha 27,3%, cáncer de tiroides 18,2%, enfermedad de Graves-Basedow (EGB) 7,0% e hiperparatiroidismo primario 6,1%. Se reintervinieron 41/428 pacientes. Tipo de cirugía: tiroidectomía total 62,7%, hemitiroidectomía 32,9% y paratiroidectomía 2,8%. Linfadenectomía 20,8%. Se reportan 96/428 casos de HPT y 27/428 casos de HPP. Según la curva COR de la PTH intraquirúrgica, la reducción del 76,19% tiene S 93% y E 80% para HPT con AUC 0,86 ($p < 0,001$) e IC95% (0,81-0,91); y la reducción del 86,45% tiene S 82% y E 78% para HPP con AUC de 0,88 ($p 0,02$) e IC95% (0,82-0,94). Al realizar el análisis multivariante para determinar los factores relacionados a HPT e HPP se encontró que las variables asociadas a HPT fueron: diagnóstico prequirúrgico de cáncer de tiroides (OR = 8,27; IC95% 1,39-49,33; $p = 0,02$), y reducción de PTH mayor de 75% (OR = 83,89; IC95% 21,1-333,59; $p < 0,001$). La variable asociada a HPP fue reducción de PTH mayor de 85% (OR = 23,62%; IC95% 5,74-97,2; $p < 0,001$).

Conclusiones: La evaluación de la PTH sérica posoperatoria temprana ayuda a predecir el desarrollo de HPP e HPT tras la tiroidectomía. Esto permite una suplementación temprana y adecuada para reducir el riesgo de hipocalcemia.

98. ¿PUEDEN LOS SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA ATA Y ACR-TIRADS PREDECIR MALIGNIDAD EN NÓDULOS TIROIDEOS CON ESTUDIO CITOLÓGICO BETHESDA IV?

J. Yoldi Urdiroz¹, Á. Alonso Echarte¹, P. Munarriz Alcuaz¹, M. Toni García¹, A. Redondo Expósito², A. Echegoyen Silanes³, J.J. Pineda Arribas¹ y E. Anda Apiñaniz¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, IdiSNA: Instituto de investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona. ²Unidad de Cirugía Endocrina, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ³Anatomía patológica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: El diagnóstico citológico Bethesda IV conlleva un riesgo de malignidad entre 10-40%. El tratamiento quirúrgico es la opción terapéutica más recomendada.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es comparar la precisión diagnóstica de los sistemas ecográficos de estratificación de riesgo (ATA y ACR-TIRADS) en nódulos con citología Bethesda IV.

Métodos: Estudio retrospectivo en un único centro (HUN). Incluye 387 nódulos tiroideos Bethesda IV intervenidos quirúrgicamente durante el periodo comprendido entre 2013 y 2022. Se han analizado retrospectivamente datos clínicos e imágenes ecográficas (Historia clínica informatizada) por dos endocrinólogos con experiencia en ecografía tiroidea y con buena concordancia interobservador en ambos sistemas (ATA 0,7; ACR-TIRADS:0,68).

Resultados: De los 387 nódulos 100 (25,8%) fueron malignos. Siendo el carcinoma papilar variante folicular el más frecuente (57%). Se muestran los datos de estratificación ecográfica de malignidad y precisión diagnóstica de ATA (Alta sospecha-Intermedia vs. Baja-Muy baja) y ACR-TIRADS (TIRADS 5-4 vs. TIRADS 1-3) en las tablas.

	ATA	ACR-TIRADS
ATA muy baja sospecha TIRADS 1-2	0% (0/11)	0% (0/12)
ATA Baja sospecha TIRADS 3	17,7% (37/209)	18,1% (34/188)
ATA Intermedia TIRADS 4	27,8% (34/122)	27,6% (40/145)
ATA Alta sospecha TIRADS 5	64,4% (29/45)	61,9% (26/42)

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Precisión
ATA	63%	63,8%	37,3%	83%	59,9%
ACR-TIRADS	66%	57,8%	35,3%	83%	63,5%

Conclusiones: Ambos sistemas de clasificación presentan una escasa precisión diagnóstica para detectar malignidad en nódulos con citología Bethesda IV. En nódulos con alta o muy baja sospecha ecográfica parecen obtener mejores resultados, no obstante solo un pequeño porcentaje de pacientes presentan estos patrones ecográficos.

99. RESULTADOS DE UN ABORDAJE QUIRÚRGICO CONSERVADOR EN PACIENTES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

I. Madrid Egusquiza¹, C. García Regal¹, P. Luengo Pierrard², B. Porrero Guerrero², H. Pian Arias³, I. Ruz Caracuel³, R. Barberá Durbán⁴, N. Brox Torrecilla⁴, M. Araujo-Castro¹ y P. Valderrábano Herrero¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Anatomía Patológica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Otorrinolaringología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Las guías recomiendan un abordaje quirúrgico conservador en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de riesgo bajo; considerando suficiente la hemitiroidectomía (HT) inicial para tumores cT1/2 intratiroides. Desde 2019, nuestro protocolo insti-

tucional recomienda hemitiroidectomía para carcinomas papilares ≤ 2cm o carcinomas foliculares ≤ 4 cm. Este estudio evalúa el impacto de esta actitud sobre la respuesta al tratamiento y la prevalencia de complicaciones postquirúrgicas.

Métodos: Este estudio retrospectivo aprobado por el Comité de Ética del hospital evaluó todos los pacientes intervenidos consecutivamente entre 01/2018 y 12/2021 por carcinomas papilares menores a 2 cm y foliculares menores a 4 cm; excluyendo pacientes sin seguimiento o con microcarcinomas papilares incidentales (≤ 1 cm). La tasa de complicaciones se analizó por intención de tratar (hemi vs. total de inicio).

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes, 84% mujeres, mediana de edad de 55 años (rango 24-88), 80% papilares y 20% foliculares; de 1,2 cm (rango 0,4-3,8). El riesgo de recidiva fue bajo, intermedio y alto en el 74%, 16% y 10%, respectivamente. La tasa de hemitiroidectomía inicial aumentó de forma significativa tras la implantación del protocolo en 2019 (29% en 2018 vs. 54% posteriormente, p = 0,007). Se completó la tiroidectomía en un 25% de ellas, siendo más frecuente en tumores de riesgo intermedio-alto de recidiva y/o estadios III y IV. Se observó una reducción significativa de las complicaciones en pacientes tratados mediante hemitiroidectomía (17 vs. 41% p = 0,005); fundamentalmente a expensas de hipoparatiroidismo transitorio (4 vs. 22% p = 0,004); y permanente (0 vs. 16% p = 0,002). Tras una mediana de seguimiento de 33 meses (rango 6-59), no hubo diferencias en la tasa de recidiva (0 vs. 1%); ni en la de respuesta excelente entre los grupos (74 vs. 62%).

Conclusiones: La hemitiroidectomía en carcinoma diferenciado de tiroides parece segura, reduce complicaciones y solo es necesario completar en una minoría de pacientes.

100. IMPACTO Y PAPEL PREDICTOR DE LA AUTOINMUNIDAD TIROIDEA EN LA EVOLUCIÓN DE HIPOTIROIDISMO INDUCIDO POR ICIS

M. Zaballo Mayor, H. Casal de Andrés, E. Chumbiauca Vela, M. García Goñi y J.C. Galofré Ferrater

Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: La inmunoterapia (anti-PDL1) es un tratamiento efectivo en el cáncer avanzado, con aprobación en más de 17 tipos de tumores. Supone un aumento de la toxicidad relacionada con el sistema inmune, que afecta a diferentes órganos, el tiroides entre ellos. En muchos casos resulta complejo predecir su aparición y monitorizar la evolución.

Objetivos: Analizar el impacto de los marcadores de autoinmunidad tiroidea como predictor de aparición de disfunción y de los requerimientos de levotiroxina en los pacientes con hipotiroidismo inducido por ICIs.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes oncológicos (cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), melanoma y/o urotelio) tratados con anti-PD(L)1 en la Clínica Universidad de Navarra que desarrollaron disfunción tiroidea tras iniciar inmunoterapia. Se recogieron datos de toxicidad tiroidea, dosis de levotiroxina y autoinmunidad.

Resultados: Se incluyeron 238 pacientes, de los cuales 70 (29%) desarrollaron disfunción tiroidea. Una tercera parte (35%) fueron derivados a Endocrinología. 22 pacientes recibieron tratamiento sustitutivo por hipotiroidismo franco. La dosis media de inicio de LT4 fue de 1,03 ± 0,44 µg/kg. La dosis media de mantenimiento fue de 1,27 ± 0,42 µg/kg. En aproximadamente la mitad de ellos se midieron los anticuerpos anti-TPO y anti-Tg, obteniendo 7/12 (58%) pacientes Ab (+) y 5/12 (42%) pacientes Ac (-). En todos los pacientes con Ac (+) la dosis final fue superior a la inicial. La dosis media de L-T4 en Ac (+): Inicio 0,96 ± 0,18 µg/kg y Final 1,25 ± 0,32 µg/kg y en Ac (-) Inicio 1,25 ± 0,6 µg/kg y Final 1,54 ± 0,41 µg/kg.

Conclusiones: La presencia de autoinmunidad antitiroidea influye en la dosis requerida de LT4, tanto inicialmente como en los subsecuentes ciclos de inmunoterapia. Estos hallazgos sugieren la importancia de determinar anticuerpos antitiroideos antes de iniciar inmunoterapia, por su papel predictor en la evolución de la disfunción tiroidea y de las necesidades de levotiroxina.

101. RECLASIFICACIÓN DEL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES EN CARCINOMA DIFERENCIADO DE ALTO GRADO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD DE TUMORES ENDOCRINOLÓGICOS (5ª ED.)

M. Ayala Conte¹, A. Pinedo Estalayo², V. Cancer Huerva², C. Vesquez-Dongo² y J. Biarnés Costa¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Doctor Josep Trueta, Girona. ²Anatomía Patológica, Hospital Doctor Josep Trueta, Girona.

Introducción y objetivos: El carcinoma de tiroides diferenciado de alto grado (DHGTC) surge como entidad en la última clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuestro objetivo es identificar y caracterizar el DHGTC en nuestra serie de carcinomas papilares de tiroides (PTC).

Métodos: Revisión retrospectiva y descriptiva de 116 pacientes con diagnóstico de PTC entre 2015 y 2019, reclasificados según la última clasificación de la OMS, aplicando los siguientes criterios: presencia de necrosis y/o ≥ 5 mitosis por 10 campos de alta potencia (2 mm²).

Resultados: 10 casos (8,6%) fueron reclasificados como DHGTC, con una edad media de 53 años (28-79) y mayor prevalencia en mujeres (8:2). Histológicamente, predominó el patrón arquitectural PTC clásico. Cuatro casos (40%) cumplían criterios de necrosis y seis (60%) de mitosis. En cinco hubo invasión vascular y en ocho extensión extratiroidea, de los cuales fue mínima en tres casos. Cuatro pacientes fueron clasificados como pT1, uno como pT2, dos como pT3b y tres como pT4. Siete presentaron metástasis ganglionares y dos metástasis a distancia. Cinco mostraron un estadio I, tres estadio II, uno estadio III y uno estadio IV. Un caso fue clasificado como riesgo bajo, tres como riesgo intermedio y seis como alto riesgo. Se observaron tres casos con respuesta excelente, cuatro indeterminada, uno con bioquímica incompleta y dos estructural. Actualmente, cuatro pacientes (40%) han presentado recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: En nuestra serie, el DHGTC mostró un porcentaje más elevado de pacientes de alto riesgo de la clasificación de la ATA 2015. Por tanto, los resultados parecen seleccionar un perfil de paciente con requerimientos de seguimiento más estricto.

102. RADIOFRECUENCIA (RFA) DE PARATIROIDES COMO ALTERNATIVA NO QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, A. García Piorro, I. Losada Gata, M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernando, R.J. Añez Ramos, M. Sambo Salas, A. López Guerra y O. González Albarrán

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La ablación percutánea con radiofrecuencia (RFA) es una alternativa no quirúrgica eficaz en el control funcional de la patología paratiroidea.

Caso clínico: Mujer de 64 años con antecedentes de cólicos renoureterales (CRU) de repetición, osteoporosis y déficit de vitamina D. Remitida a nuestras consultas desde Atención Primaria para estudio de hiperparatiroidismo tras elevación de PTH (105 ng/L) con vitamina D baja (18,2 µg/L), calcemia (9,3 mg/dL) y fosfatemia (3 mg/dL) normales. En ecografía cervical hallazgo sugestivo de adenoma paratiroideo derecho de 12 × 8 mm. Clínicamente asintomática. Se confirma analíticamente hiperparatiroidismo normocalcémico normocalciúrico con vitamina D baja y función renal conservada. Se realiza estudio con gammagrafía paratiroidea con resultado negativo y densitometría ósea con osteoporosis lumbar. Durante el seguimiento presenta nuevo episodio de CRU y elevación persistente de PTH de hasta 147 ng/L con hipercalcemia (calcio corregido 10,5 mg/dL, calcio libre 1,26 mmol/L) e insuficiencia de vitamina D pese a tratamiento con hidroferol. Se realiza PETcolina identificando un adenoma paratiroideo posteroinferior derecho de 5,7 × 7 × 9,3 mm. Se ofrece RFA guiada por ecografía como alternativa terapéutica a la cirugía que la paciente prefiere y se deriva a consulta de alta resolución de nódulo tiroideo donde se realiza sin incidencias. En control analítico a las dos semanas presenta PTH de 66 ng/dL con calcio en rango que ha mantenido dos meses hasta la fecha encontrándose asintomática. Pendiente de ecografía cervical de control posintervención.

Discusión: La RFA es una técnica mínimamente invasiva, eficaz en el tratamiento de hiperparatiroidismo primario (HPP) en pacientes no candidatos a cirugía o que no deseen la misma. Su realización por personal experto se asocia a baja tasa de complicaciones. Hacen falta más estudios que comparen la RFA con la cirugía para determinar su eficacia en el tratamiento del HPP y el riesgo de recurrencia a largo plazo.

103. TIROIDECTOMÍA PROFILÁCTICA EN CARCINOMA MEDULAR HEREDITARIO DE TIROIDES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. García Piorro, I. Losada Gata, R.J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, M. Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, I. Jiménez Hernando, M. Pérez Noguero, O. González Albarrán y A. López Guerra

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El cáncer medular de tiroides (CMT) es un tumor originado en las células parafoliculares o células C. El 25% son hereditarios y ocurren en el contexto de los síndromes de neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN2), que derivan de mutaciones en el protooncogén RET. En pacientes portadores, la tiroidectomía profiláctica tiene como objetivo evitar la aparición del CMT o permitir su tratamiento en etapas precoces.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de tiroidectomías profilácticas realizadas en pacientes pediátricos portadores de mutaciones del protooncogén RET entre 2018-2021 en nuestro centro.

Resultados: En el periodo del estudio se trataron un total de 9 pacientes, 4 mujeres y 5 varones. La mediana de edad en el momento de la tiroidectomía fue de 6 años. Los 9 pacientes presentaban MEN2A, de los que 3 (33,3%) eran portadores de la mutación 634 y 2 (22,2%) de la mutación 840. En todos los casos se realizó una tiroidectomía total sin linfadenectomía. El análisis anatómopatológico reveló la presencia de microcarcinoma medular en 4 casos (44%) e hiperplasia de células C en 5 pacientes (55,5%). Todos los microcarcinomas respetaban los márgenes quirúrgicos. De los 4 pacientes con microcarcinoma, 3 (75%) presentaban la mutación 634, y 2 de ellos tenían 5 años en el momento de la cirugía. Del

total de pacientes intervenidos, 2 desarrollaron hipoparatiroidismo postquirúrgico permanente, sin que existieran otras complicaciones intra o posoperatorias.

Conclusiones: La edad indicada de la cirugía está condicionada por el tipo de mutación. El 75% de pacientes con microcarcinoma medular en nuestra serie eran portadores de la mutación 634, considerada de alto riesgo. En estos casos, las guías recomiendan la tiroidectomía total antes de los 5 años. Nuestros resultados apoyan la importancia de un abordaje precoz, incluso más temprano, ya que un elevado porcentaje de pacientes presentaba CMT en el momento de la tiroidectomía.

104. KALLIKREINS IN THYROID CANCER: REGULATION AND FUTURE CLINICAL IMPLICATIONS

A. Rueda Pujol¹, J. Gil^{1,2,3}, J. Marcos¹, N. Villalmanzo¹ and M. Jordà¹

¹Endocrine Tumors Group, Germans Trias i Pujol Research Institute (IGTP), Badalona. ²Department of Endocrinology, Research Center for Pituitary Diseases, Hospital Sant Pau, IIB-SPau, Department of Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona. ³Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras, CIBERER, Unit 747, Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Thyroid cancer is the most common endocrine malignancy, and despite having an overall good prognosis, a small subset of tumors progress to aggressive forms or do not respond to the standard radioiodine treatment. Thus, there is a need for new prognosis biomarkers and therapeutic targets for thyroid carcinoma, to establish alternative targeted therapies for those patients in whom RAI treatment is ruled out. Kallikreins (KLKs) are a family of 15 serine proteases dysregulated in thyroid cancer whose expression profiles are related to clinical features of papillary thyroid tumors, as found in previous studies of our group. KLKs are encoded by the largest contiguous cluster of protease genes in the human genome; however, their regulation is still poorly understood. In this work we present a novel enhancer region in the KLK cluster. Our aim is to study the epigenetic regulation of KLKs in thyroid cancer to better understand their clinical implications. Different in vitro assays were performed using cancer cell lines. Luciferase assays and UMI-4C studies showed putative enhancer activity and its interaction with the subset of KLKs that is most dysregulated in thyroid cancer, respectively. To assess its function over the dysregulated KLKs, CRISPR activation and inactivation experiments targeting the enhancer were performed, showing that the regulation of these KLKs depended on the activity of the enhancer. Furthermore, transcription of the enhancer was found in those cell lines with KLK expression. More importantly from a clinical standpoint, ATAC-seq data supported the presence of this enhancer in thyroid cancer samples. Considering all these results, we identified a regulatory element of the main KLKs dysregulated in thyroid cancer. Further studies of the effect on KLKs regulation could shed some light into the use of KLKs in a clinical setting, using the enhancer

(and, subsequently, KLKs expression) as biomarkers and/or therapeutic targets in thyroid cancer.

105. DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO ECOGRÁFICO (ACR-TIRADS) EN DIFERENTES NEOPLASIAS MALIGNAS DERIVADAS DE CÉLULAS FOLICULARES DE TIROIDES

J.J. Pineda Arribas¹, J. Yoldi Urdiroz¹, P. Munarriz Alcuaz¹, M. Toni García¹, P. Salvador Egea², E. Almudévar Bercero³, A. Irigaray Echarri¹ y E. Anda Apiñaniz¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, IdiSNA: Instituto de investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona. ²Unidad de cirugía Endocrina, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ³Anatomía patológica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Recientemente la OMS ha publicado una nueva edición de la clasificación histológica de las neoplasias tiroideas, poniendo un mayor énfasis en el perfil molecular (BRAF like vs. RAS like.) de las lesiones.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es correlacionar el comportamiento ecográfico utilizando el sistema de estratificación de riesgo de malignidad (ACR-TIRADS) con diferentes lesiones tiroideas malignas y su teórico perfil molecular.

Métodos: Estudio retrospectivo en un único centro (HUN). Se han seleccionado 119 Neoplasias malignas de tiroides resultantes de la cirugía tiroidea realizada en nódulos con estudio citológico Bethesda IV, durante el periodo comprendido entre 2011 y 2022. Se han analizado retrospectivamente datos clínicos e imágenes ecográficas (Historia clínica informatizada) por dos endocrinólogos con experiencia en ecografía tiroidea.

Resultados: Se muestra en la siguiente tabla la relación entre las diferentes histologías y riesgo ecográfico de malignidad (TIRADS 3 vs. TIRADS 4 y 5).

Conclusiones: En nuestra serie las Neoplasias malignas de tiroides con perfil molecular RAS-like presentan un menor porcentaje de datos ecográficos de sospecha ecográfica moderada -alta que las neoplasias con perfil molecular BRAF-like. El carcinoma oncocítico y el carcinoma papilar variante folicular presentan un porcentaje intermedio entre estos dos perfiles.

106. PAAF TIROIDEA: CITOLOGÍA SÓLIDA VS. CITOLOGÍA LÍQUIDA

M. Peinado Ruiz¹, E. Torrecillas del Castillo¹, B. Rodríguez Jiménez¹, J. Torres García², J.J. Ríos Martín² y T. Martín Hernández¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Tabla P-105

		TIRADS 3	TIRADS 4-5
Perfil RAS -like	Carcinoma. folicular	41% (9/22)	59% (13/22)
	C. papilar variante folicular	31,1% (19/61)	68,9% (42/61)
	Carcinoma oncocítico	26,7% (4/15)	73,3% (11/15)
Perfil BRAF-like	Carcinoma papilar	19% (4/21)	81% (17/21)

Objetivos: Comparar los resultados citológicos de lesiones tiroideas mediante citología sólida y líquida, categorizando los resultados según la clasificación de Bethesda. Además, analizar sensibilidad y especificidad diagnósticas de las mismas según resultados anatómopatológicos.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo desde febrero hasta agosto de 2022 que incluyó a 116 pacientes atendidos en la unidad de tiroides del HUVM. Por paciente se realizaron 3 punciones PAAF, remitiéndose una media de 6 portaobjetos para la muestra de citología sólida y 1 muestra de citología líquida al servicio de Anatomía Patológica.

Resultados: La edad media fue de $54,50 \pm 14,45$ años. El 86,2% fueron mujeres. En 106 (91,4%) de los 116 resultados citológicos hubo correlación diagnóstica entre citología sólida y citología líquida. El coeficiente kappa de Cohen fue de 0,84 ($p < 0,05$), es decir, estadísticamente significativo con un nivel de concordancia muy fuerte. De ellos, 17 (16,2%) fueron Bethesda 1, 69 (65,7%) Bethesda 2, 13 (12,4%) Bethesda 3, 2 (1,9%) Bethesda 4, 1 (1%) Bethesda 5 y 3 (2,9%) Bethesda 6. De los 116 pacientes, 40 (35,3%) se sometieron a cirugía. De ellos, obtuvieron un resultado anatómopatológico de benignidad 30 (74,4%) y de malignidad 10 (25,6%), todos ellos carcinomas de tipo papilar. En los casos Bethesda 2, 5 y 6 se estima una sensibilidad y especificidad diagnóstica para citología sólida del 66,66% y del 100% respectivamente; y para la citología líquida del 75% y 100%. En cuanto a los casos Bethesda 3, 11 (78,57%)/14 casos tuvieron histología benigna en citología sólida y 14 (99,93%)/15 en citología líquida. Los 2 pacientes Bethesda 4, tanto en citología sólida como líquida, resultados benignos.

Conclusiones: Existe una correlación diagnóstica estadísticamente significativa entre citología sólida y líquida. Se intuye una igual o mayor sensibilidad diagnóstica para la citología líquida, la cual habrá que seguir estudiando con una muestra mayor de pacientes. A pesar de los buenos resultados de ambos procedimientos, la citología líquida aporta otras ventajas como el estudio molecular.

107. AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW DURANTE LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2

M. Antequera González, D.E. Barajas Galindo, M.A. Saavedra Vázquez, M.C. Dameto Pons, D.G. Ariadel Cobo, E. González Arnáiz y M.D. Ballesteros Pomar

Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El SARS-CoV-2 presenta un amplio espectro de gravedad clínica y existe evidencia de que afecta a varios órganos, siendo uno de ellos la glándula tiroidea.

Objetivos: Determinar el posible impacto de la pandemia de SARS-CoV-2 en la incidencia de enfermedad de Graves Basedow (EGB).

Métodos: Estudio observacional que compara la incidencia de nuevos casos de EGB antes (2017-2019) y después (2020-2022) de la pandemia. Los casos incidentes de EGB se obtuvieron de los registros de la Junta de Castilla y León.

Resultados: Se analizaron datos de 241 adultos diagnosticados como nuevos casos de EGB durante los periodos 2017-19 ($n = 81$) y 2020-22 ($n = 160$) tras la infección por SARS-CoV-2. Se observó un aumento de los casos de EGB en 2022 ($n = 61$, incidencia $20,14 \times 10^{-4}$), similar a 2021 ($n = 66$, incidencia $21,94 \times 10^{-4}$), en comparación con 2017-19 (con una incidencia máxima en 2019 de $9,5 \times 10^{-4}$). Se observó una mayor prevalencia de la enfermedad en mujeres fumadoras ($p = 0,026$) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles iniciales de T4L al diagnóstico [$2,4$

(DE 1,4) 2017-2019 vs. 3,3 (DE 1,9) 2020 vs. 3,2 (DE 1,6) 2021 vs. 3,7 (DE 1,4) 2022; $p = 0,031$], así como en los niveles de supresión de TSH [0,011 (DE 0,022) 2017-2019 vs. 0,005 (DE 0,01) 2020 vs. 0,006 (DE 0,08) 2021 vs. 0,007 (DE 0,02) 2022; $p = 0,031$] sin diferencias estadísticamente significativas en los niveles de TSI al diagnóstico. En 2022, un total de 49/61 (80,4%), no tenía otra enfermedad autoinmune previamente diagnosticada ($p = 0,012$). En 2020, 5/33 (15,2%) pacientes tenía antecedentes de infección por SARS-CoV-2, comparado con 2/66 (3,0%) en 2021 y 3/61 (4,9%) en 2022.

Conclusiones: Los resultados muestran un aumento en la incidencia de EGB durante el periodo 2021-2022, especialmente en mujeres con antecedentes de tabaquismo. Para evaluar si este aumento observado en la incidencia de la EGB se mantiene en los próximos años, serán necesarios futuros estudios.

108. SÍNDROME DE PENDRED: CORRELACIÓN GENOTIPO-FENOTIPO DE LA COHORTE DE PACIENTES DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN ESTA ENTIDAD

E. Safont Pérez¹, A. Aulinas Masó^{1,2,3}, J. Juan Beltrán⁴, A. Lasa Laborda⁵, N. Cliville Santano⁵, A. Martínez Díaz¹, M. Romero González¹, L. Alarcón Pérez¹, Á.J. Rosales Rojas¹ y A.I. Chico Ballesteros^{1,6,7}

¹Endocrinología y nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²CIBERER (Unidad 747), Instituto de Salud Carlos III e IIB-Sant Pau, Barcelona. ³Departamento de Medicina, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic.

⁴Otorrinolaringología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Genética, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁶CIBER-BBN. ⁷Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El síndrome de Pendred (SP) es la forma sindrómica más común de sordera. Es un trastorno autosómico recesivo debido a mutaciones en el gen *SLC26A4* que asocia hipoacusia por malformación del oído interno, y bocio y/o hipotiroidismo por alteración en la organificación del yodo. Existe variabilidad genotipo-fenotipo, hecho que dificulta su manejo.

Objetivos: Analizar las alteraciones tiroideas de los sujetos con mutaciones relacionadas con SP atendidos en nuestro centro y su correlación con el genotipo.

Métodos: A los pacientes en seguimiento en otorrinolaringología con mutaciones relacionadas con SP se les realizó test de perclorato (TP), analítica con perfil tiroideo, anticuerpos antitiroideos y ecografía tiroidea.

Resultados: Estudiamos 9 pacientes (6 hombres, 3 mujeres), edad media $26,6 \pm 6,2$ años. 8 pacientes tenían mutaciones bialélicas (4 en homocigosis, 4 en heterocigosis) y 1 paciente tenía una única mutación. 4 sujetos tenían una tiroidectomía total previa (TT) por bocio multinodular (BMN) (edad media 22,5 años en el momento de la cirugía, 3 de ellos homocigotos y 1 heterocigoto compuesto) y 2 tenían un hipotiroidismo primario (los 6 estaban en tratamiento con L-tiroxina). Los otros 3 pacientes tenían función tiroidea normal. Se practicó TP a 5 sujetos, hallando alteraciones en todos, pero en menor magnitud en el paciente con una única mutación. En la ecografía realizada a los 5 sujetos sin TT previa, se identificó BMN, excepto en el sujeto con una única mutación. Solo un sujeto presentaba anticuerpos positivos. (antiTPO).

Conclusiones: Todos los pacientes con alguna mutación en el gen *SLC24A6* tenían alguna alteración tiroidea. Los sujetos homocigotos tienen alteraciones más importantes y precoces que los heterocigotos. El paciente con 1 mutación mostró alteraciones menores. Estos datos sugieren la existencia de correlación genotipo-fenotipo, siendo probablemente necesario un seguimiento más precoz y estrecho de los pacientes homocigotos.

109. EVALUACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA DE NÚDULOS TIROIDEOS BENIGNOS Y SINTOMÁTICOS TRAS SU IMPLANTACIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS

J.Ll. Reverter Calatayud¹, R. Rodríguez-Iniesta², L. Castro Frías², B. Soldevila Madorell¹, N. Alonso Pedrol¹, M. Puig Domingo¹, E. Casademunt Gras¹ y F. Vázquez San Miguel¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Radiología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: El tratamiento mediante radiofrecuencia (RF) es una alternativa a la cirugía en nódulos tiroideos sintomáticos con criterios ecográficos y citológicos de benignidad. En nuestro hospital se incorporó a la cartera de servicios en 2019.

Métodos: Adultos con nódulo tiroideo (NT) o bocio multinodular con nódulo dominante (BMN), con síntomas estéticos y/o compresivos, EU-TIRADS 2 o 3 y con 2 citologías Bethesda II, que voluntariamente decidieron el tratamiento por no desear cirugía o presentar comorbilidades graves. La RF se realizó bajo anestesia local, con aguja de 19 G y 1 cm de punta activa, con técnica de *moving-shot*. Se revisaron al mes y a los 3, 6, 12 meses y después anualmente. Se evaluó reducción de volumen (%) y síntomas (escala 0-10), función y autoinmunidad tiroideas y grado de satisfacción.

Resultados: Se incluyeron 100 casos (8 varones) consecutivos de 49 (18-82) años, 33 con NT. El diámetro mayor fue de 3,8 (1,2-6,1) cm con un volumen de 15,4 (1,2-60,8) mL. La duración del tratamiento fue de 8 (3-35) minutos. Tras un seguimiento de 22 (7-48) meses, la reducción promedio de volumen fue 56%, 63% y 65% a los 3, 6 y 12 meses, respectivamente. En 15 casos la reducción fue < 50% y se les realizó un segundo tratamiento con lo que la reducción promedio de todo el grupo fue del 68% y en 95 pacientes se consiguió una reducción > 50%. La graduación de síntomas pasó de 5,6 (4-8) a 0,8 (0-4). No hubo alteraciones de la función tiroidea ni aparición de autoinmunidad y la TSH se normalizó en 2/7 casos de NT/BMN pretóxico. Complicaciones leves 8 casos: 3 cuadros vasovagales, 3 hematomas peritiroideos y 2 disfonías transitorias. No hubo complicaciones graves. Todos refirieron un grado de satisfacción alto o muy alto.

Conclusiones: Los resultados obtenidos con la RF avalan su continuidad en la cartera de servicios del hospital. Se deberá valorar si se mantienen estos resultados en seguimiento a largo plazo.

110. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE LA CIRUGÍA TIROIDEA PRACTICADA EN 2021 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Losada Gata, A. García Piorno, R.J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, G. Collado González, M. Gómez-Gordo Hernanz, M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernando y A. López Guerra

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Las complicaciones posquirúrgicas de la cirugía tiroidea pueden ser hematoma, hipoparatiroidismo transitorio (HPT) o permanente (HPP), lesiones nerviosas y disfagia, entre otras. La incidencia es variable según región geográfica y centro. Son menos frecuentes en pacientes operados por cirujanos con experiencia y en centros de alto volumen.

Métodos: Estudio retrospectivo de 428 pacientes intervenidos de cirugía tiroidea por los servicios de Cirugía General, Otorrinolaringología, Cirugía Torácica y Cirugía pediátrica durante 2021 en el Hospital Gregorio Marañón, con diagnóstico prequirúrgico de pato-

logía benigna y maligna. La mediana de edad de los pacientes incluidos fue 60 años y el 74% fueron mujeres. El diagnóstico prequirúrgico benigno más frecuente fue bocio multinodular (37,8%) y el maligno, cáncer de tiroides (18,2%). Se realizó tiroidectomía total (TT) en el 62,7%, hemitiroidectomía (32,9%) y paratiroidectomía (2,8%). Se practicó linfadenectomía en el 20,8%.

Resultados: La complicación posquirúrgica más frecuente fue HPT (22,4%), seguido de HPP (6,3%), hematoma (5,1%), parálisis unilateral del nervio recurrente (4,9%), infección (0,9%) y parálisis bilateral (0,5%). La cirugía más practicada (TT) tiene un mayor índice de complicaciones, 30,3% HPT y 9,7% de HPP. El tipo de cirugía se relaciona de forma significativa con el desarrollo de HPT y HPP ($p < 0,000$, $p < 0,005$ respectivamente), no encontrándose asociación con el resto de complicaciones descritas.

Conclusiones: Un diagnóstico prequirúrgico establecido de cáncer de tiroides y de hiperparatiroidismo primario se relaciona estadísticamente significativa con el desarrollo de HPT ($p < 0,000$). No se encontró correlación entre esta variable y el resto de complicaciones descritas. Los datos obtenidos sobre incidencia de complicaciones son concordantes con la literatura. El tipo de cirugía realizada (con mayor frecuencia en TT y paratiroidectomía) se relaciona con el desarrollo de hipoparatiroidismo, la complicación posquirúrgica más frecuente.

111. RELACIÓN ENTRE EL PERFIL LIPÍDICO Y EL RIESGO DE MALIGNIDAD EN NÚDULOS TIROIDEOS CATEGORÍA BETHESDA IV

S.I. del Ángel Tena, B. Montejo Marcos, Y. López Plasencia, C.A. Rodríguez Pérez, D. Marrero Arencibia, J. Fernández Jiménez, J. Peñate Arrieta, V. González Rosa, A. Al-Hiraki de la Nuez y M. Boronat Cortés

Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, Gran Canaria.

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más común y hay un interés creciente en la identificación de marcadores que mejoren el diagnóstico preoperatorio de malignidad de los nódulos tiroideos. Algunos estudios han evaluado la asociación entre el perfil lipídico y el riesgo de cáncer de tiroides, con resultados controvertidos. No hay investigaciones que hayan analizado específicamente la relación entre los niveles de lípidos y el riesgo de malignidad en pacientes con nódulos tiroideos con citología indeterminada o sospechosa de malignidad.

Objetivos: Investigar la asociación entre el perfil lipídico y el riesgo de cáncer de tiroides en pacientes con nódulos tiroideos de categoría IV en la clasificación de Bethesda.

Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con nódulos tiroideos Bethesda IV intervenidos quirúrgicamente en los últimos 10 años en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Resultados: Se incluyeron 209 pacientes (84,7% mujeres; edad media $52,6 \pm 14,2$ años). En 76 casos (36,4%) se confirmó neoplasia maligna. Los pacientes con nódulos malignos tenían niveles más bajos de colesterol total ($191,6 \pm 40,2$ mg/dl en nódulos malignos vs. $204,3 \pm 38,4$ mg/dl en nódulos benignos, $p = 0,025$), colesterol LDL ($110,6 \pm 33,1$ vs. $124,8 \pm 32,5$ mg/dl, $p = 0,003$) y colesterol no-HDL ($136,3 \pm 35,9$ vs. $148,2 \pm 36,7$ mg/dl, $p = 0,024$). No hubo diferencias entre ambos grupos en el uso de fármacos hipolipemiantes, ni en la edad, sexo, IMC, valores de triglicéridos, colesterol HDL, glucemia basal, TSH, GFR, prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o enfermedad cardiovascular.

Conclusiones: En pacientes con nódulos Bethesda IV se encontraron niveles más bajos de colesterol LDL, colesterol total y colesterol no-HDL en aquellos con nódulos malignos. Esto podría sugerir un

posible papel del colesterol como marcador metabólico de malignidad en los nódulos clasificados como Bethesda IV.

112. SEGUIMIENTO DEL NÓDULO TIROIDEO CON CITOLOGÍA BENIGNA A 5 AÑOS ¿PODEMOS DAR ALTAS?

I. de Lara Rodríguez, B. Oulad Ahmed, C. Hernández Reina, S. Dueñas Disotuar, A. Reyes Romero Lluch y E. Navarro González

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: la incidencia de nódulos tiroideos está en aumento y son necesarios fijar los intervalos de seguimiento ecográfico. Existe poca evidencia para establecer criterios de fin de seguimiento.

Objetivos: Describir seguimiento y evolución morfológica en una cohorte de nódulos tiroideos con PAAF benigna durante 5 años. Identificar cambios de sospecha en los nódulos que finalmente son malignos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los nódulos con PAAF Bethesda II en un hospital terciario en 2017. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), y resultados ecográficos (sospecha ATA y ACR-TIRADS), tamaño (en mm) y citológicos (Bethesda 7) durante 5 años. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico, las nominales se expresan como n y %. Se analiza mediante la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Resultados: 203 nódulos de 194 pacientes, de 55 [46-66] años, el 91% mujeres. El 69,6% (141) tuvieron al menos 2 revisiones; el 49% (99) 3 revisiones, el 37,8% (77) 4 revisiones; el 9% (18) tuvo 5 revisiones o más. El tiempo hasta la primera revisión fue de 14 [11-18] meses con un crecimiento de 0 [-8; 2,2] mm. Hasta la cuarta 48 [40-57] meses con un crecimiento de 2,7 [-1,2; 6,4] mm. Se repitió PAAF en 23 (11,4%) de los nódulos; 21 (92%) benignas. El 21,4% precisó cirugía; donde el 26,9% fueron nódulos malignos, la tasa de falsos negativos fue 4,9%. El tiempo hasta cirugía fue 1 [0-3] año en nódulos benignos y 4 [0-5] años en malignos. No se ha encontrado mayor tasa de crecimiento en los malignos ($p = 0,22$), todos eran ACR > 3. El criterio de cirugía fueron síntomas en 60 (29,6%) pacientes.

Conclusiones: El crecimiento nodular en nuestra serie no se observa hasta los 48 meses sin que sea factor predictor de malignidad, podría espaciarse el seguimiento en los nódulos de sospecha intermedia. Además, no hay falsos negativos en nódulos de baja sospecha por lo que podríamos dar alta en aquellos estables.

113. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS CLÍNICOS Y ECOGRÁFICOS TRAS TRATAMIENTO CON INYECCIÓN PERCUTÁNEA DE ETANOL EN NÓDULOS TIROIDEOS QUÍSTICOS BENIGNOS

V.J. Simón Frapolli, D.J. Fernández García, A.M. Gómez Pérez, M. Generoso Piñar, I. Mancha Doblas y F.J. Tinahones Madueño

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La inyección percutánea de etanol (IPE) o enolización tiroidea es una técnica mínimamente invasiva aplicable a nódulos tiroideos quísticos benignos, no adheridos a estructuras vecinas, por síntomas compresivos locales o molestias estéticas. Actualmente se ha erigido como una alternativa a la cirugía en casos refractarios a la aspiración simple, dada su alta eficacia y seguridad, y su bajo coste.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 13 pacientes sometidos a IPE en la UGC de Endocrinología del Hospital Virgen de la Victoria. Se recogieron datos clínicos y ecográficos previos al procedimiento. A todos los pacientes se les realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) ecoguiada previa, con diagnóstico citológico de benignidad, y evacuación simple con recidiva posterior del nódulo. Técnica: se realiza una única punción ecoguiada transistimica, sin administración de anestesia; mediante una doble guía se vacía el contenido quístico casi en su totalidad y se administra etanol al 99%; observación posterior (30 minutos) por posibles complicaciones inmediatas. Seguimiento ecográfico a los 3 y 6 meses.

Resultados: El mayor porcentaje de reducción se observa en hombres con respecto a mujeres (68,0 vs. 23,1); en mayores de > 70 años frente a < 50 años y a pacientes entre 50-70 años (35,3 vs. 20,0% y 29,9%, respectivamente); en nódulo único frente a bocio multinodular (34,4 vs. 20,0%); en TIRADS2 frente a TIRADS1 y TIRADS3 (32,6 vs. 25,7% y 21,4%, respectivamente) y en nódulos antiguos frente a más recientes (37,3 vs. 23,4%). El análisis de regresión logística no halló factores de riesgo estadísticamente significativos para una mala respuesta a la técnica.

Conclusiones: La IPE es un tratamiento efectivo en los nódulos tiroideos quísticos sintomáticos: reducción media de tamaño del 29,7% a los 6 meses. Tras una segunda IPE, practicada en 3 pacientes, el rendimiento de la técnica mejora con una reducción media del 35,7% a los 12 meses. No se reportaron efectos secundarios graves.

114. PRECISIÓN DE UNA ÚNICA BIOPSIA BENIGNA CON AGUJA DE 18G EN LOS NÓDULOS TIROIDEOS

M. Paja¹, R. Zabala², I. Korta², J.L. del Cura³, M.J. Rodríguez-Soto¹, J. Izquierdo¹, J. Garay¹, J. Portu¹, A. Expósito⁴ y A. Ugalde⁵

¹Endocrinología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

²Radiología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

³Radiología, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián.

⁴Cirugía Endocrina, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

⁵Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.

Introducción: La ATA recomienda una segunda PAAF en nódulos benignos (Bethesda2) con patrón ecográfico sospechoso. No está definido si este proceder es necesario cuando empleamos la biopsia con aguja gruesa (BAG).

Métodos: Recogemos las BAG benignas de nuestro centro de 2005 a 2022. Evaluamos las segunda biopsias realizadas en el mismo nódulo, ya fuera por sospecha ecográfica o por crecimiento. Además, analizamos la correlación de la BAG con el resultado quirúrgico en los nódulos operados con BAG benigna. Se repitió la biopsia en 233 nódulos con una BAG benigna. La segunda biopsia fue coincidente, benigna de nuevo, en 226 (97%) y discordante en 7 (3%), 6 neoplasias foliculares (NF) y 1 CPT subtipo folicular. Cuatro NF se operaron y la anatomía patológica mostró dos CPT subtipos foliculares de bajo riesgo, ambos en excelente respuesta terapéutica (ERT), y 2 adenomas foliculares. Los 2 no intervenidos por comorbilidad están estables en el seguimiento.

Resultados: De un total de 4.388 BAG benignas, se operaron 883 nódulos en 813 pacientes. La patología quirúrgica fue concordante con la de la BAG en 838 (94,9%). Los 45 casos no concordantes incluían 29 adenomas (3,3%), 6 oxifílicos, y 16 carcinomas (1,8%): 13 CPT subtipo folicular, 5 quistificados y dos con focos parcheados en el seno de un nódulo hiperplásico; 1 carcinoma folicular, un carcinoma NOS y un carcinoma tiroideo de alto grado. Un CPT fue operado por un segundo foco en otro nódulo evidenciado en la BAG. En el seguimiento, dos casos (el carcinoma folicular y el carcinoma NOS) están en respuesta bioquímica indeterminada a los 4 y 11 años, y los 14 restantes permanecen en excelente respuesta terapéutica a los 2-13 años.

Conclusiones: La técnica de la BAG no precisa repetirse de rutina ante un resultado benigno en los nódulos tiroideos, aunque puede obviar patología neoplásica de bajo grado, en particular CPT de subtipo folicular con poca expresión nuclear o parcheada, o carcinomas de estructura folicular no evidentes con una muestra histológica limitada.

115. CORRELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE MALIGNIDAD ESPERADO SEGÚN LA PAAF Y EL PORCENTAJE DE MALIGNIDAD REAL ENCONTRADO EN LA ANATOMÍA PATOLÓGICA (AP) EN TIROIDECTOMÍAS Y HEMITIROIDECTOMÍAS

A. López Guerra, A.M. Rivas Montenegro, R. Añez, A. García, I. Losada, M. Gómez-Gordo, G. Collado, M. Pérez, I. Jiménez y L. González Fernández

Endocrinología, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El sistema de Bethesda otorga a cada categoría de PAAF un riesgo concreto de malignidad (B1: 5-10%, B2: 0-3%, B3: 10-30%, B4: 25-40%, B5: 50-75%, B6: 97-99%). **Objetivos:** comprobar si el porcentaje de malignidad dentro de las PAAF realizadas en nuestro hospital es similar al esperable según el sistema de Bethesda. **Métodos:** Se solicitó al servicio de AP el listado de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizadas de 2018 a 2020. Se analizaron las intervenciones que contaban con PAAF previa a la cirugía, anotando la categoría de Bethesda de cada una. Se evaluó la AP de las piezas quirúrgicas, diferenciando entre positivos y negativos para malignidad. Se hizo un ajuste posterior, excluyendo aquellas piezas que habían sido positivas para malignidad por presentar hallazgo de microcarcinoma incidental en una zona del tiroides diferente a la correspondiente a la PAAF previa.

Resultados: Obtuvimos 429 muestras. 343 procedimientos tenían PAAF previa a la intervención, distribuyéndose según su categoría de Bethesda en: B1 (6,70%; n = 23), B2 (44,60%; n = 153), B3 (15,45%; n = 53), B4 (9,03%; n = 31), B5 (11,07%; n = 38), B6 (13,11%; n = 33). 153 de las 429 muestras de AP fueron positivas para malignidad, contando 131 de ellas con PAAF previa. El porcentaje malignidad en AP dentro de cada categoría de PAAF fue: B1 (30,43%; n = 7), B2 (11,70%; n = 18), B3 (28,30%; n = 15), B4 (38,70%; n = 12), B5 (89,47%; n = 34), B6 100%; n = 45). Tras excluir microcarcinomas incidentales encontrados en la AP, se obtuvo lo siguiente: B1 (30,43%; n = 7), B2 (3,92%; n = 4), B3 (20,75%; n = 11), B4 (35,48%; n = 11), B5 (86,84%; n = 33), B6 (100%; n = 45).

Conclusiones: El porcentaje de malignidad encontrado en nuestro medio, tras excluir los microcarcinomas incidentales no concordantes con la zona puncionada, es similar al esperable según el sistema de Bethesda en las categorías B3, B4 y B6, mientras que ha resultado superior el porcentaje de malignidad en nuestro medio en B1, B2 y B5.

116. ¿ES LA TIROGLOBULINA BASAL (TGB) SUFICIENTE PARA DESCARTAR ENFERMEDAD PERSISTENTE/ RECURRENTE EN EL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT)?

M. López Ruano, M. Sampedro Núñez, M.C. Martínez Otero, T. Armenta Joya, V. Navas Moreno, E. Carrillo López, C. Sager la Ganga, M. Marazuela Azpiroz y M. Lahera Vargas

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Se ha sugerido que una Tgb $\leq 0,1$ ng/mL con método ultrasensible evitaría la realización de tiroglobulina estimulada

con TSHrh (Tge) en la evaluación del CDT intervenido y tratado con I131.

Objetivos: Evaluar las Tge realizadas en nuestro centro desde la disponibilidad de una técnica ultrasensible. Confirmar si la Tgb $\leq 0,1$ ng/mL evitaría realizar Tge.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, 169 Tge en 57 pacientes con Tgb ≤ 2 ng/mL (quimioluminiscencia, Abbot®). Ac anti-Tg negativos. Riesgo ATA: bajo: 19,2%; intermedio: 42,3%, alto: 38,5%. Pacientes con Tge > 1 ng/mL: se repite la Tge cada 1-2 años hasta abril de 2023. Tipo de respuesta (ATA): (Excelente; RE (≤ 1 ng/mL), Indeterminada; RI (≤ 10 ng/mL), Bioquímica Incompleta; RBI (> 10 ng/mL), Estructural Incompleta; REI (enfermedad objetivada). Categorizamos en tres grupos según Tgb (Grupo 1 ($\leq 0,1$ ng/mL, n = 21); 2 ($\leq 0,5$ ng/mL; n = 24) y 3 (< 2 ng/mL, n = 12)).

Resultados: Primer test (n = 57): tasa de RI y RBI del 33,3% (grupo 1), 83,3% (grupo 2) y 91,7% (grupo 3). Seguimiento medio de 5,4(3,4) años (n = 35, 113 Tge). Respuesta estable o regresión a RE en 88,9%, 90% y 72,7% respectivamente. En el grupo 1 solo hubo 57% de RE. Hubo 6 pacientes con REI: 2 (9,5%) en grupo 1; 2 (8,3%) en grupo 2; y 2 (16,6%) en grupo 3. La gran mayoría eran pacientes con alto riesgo de recidiva ATA (5/6). Se realiza un análisis reticular de coincidencias que al filtrar por nodos adyacentes de pacientes con valores de Tge superiores de p75, se evidencia un perfil de pacientes caracterizado por un riesgo ATA elevado, un subtipo histológico de riesgo y con una respuesta indeterminada a nivel bioquímico-estructural.

Conclusiones: A diferencia de lo esperado, encontramos una tasa inaceptablemente elevada de RI y RBI en pacientes con Tgb $< 0,1$ ng/mL, si bien, en su seguimiento la gran mayoría no progresaron. Encontramos enfermedad estructural por igual en los tres grupos de Tgb, y la mayoría fueron pacientes de alto riesgo ATA.

117. RESPUESTA DEL ADENOMA TÓXICO TIROIDEO AL TRATAMIENTO CON I-131: COHORTE PROSPECTIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

M.J. Caballero Segura, F. Carral San Laureano, M. Tomé Fernández-Ladreda y A.I. Jiménez Millán

UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Puerto Real.

Objetivo: Describir la evolución en tamaño y funcionalidad de los adenomas tóxicos tiroideos tras el tratamiento con I-131.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de 71 pacientes (75% mujeres, edad media $55,7 \pm 14$ años) con adenomas tiroideos únicos hiperfuncionantes tratados con I-131 y seguidos durante un promedio de 27 meses. Se evaluaron los diámetros ecográficos transversal, anteroposterior y longitudinal; el volumen nodular y la función tiroidea basales y a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses de recibir el tratamiento.

Resultados: Al diagnóstico el diámetro mayor nodular era de $33,7 \pm 9,8$ mm [12-72 mm] y el 61% de los casos medía más de 3 cm. El 21,1% presentaba hipertiroidismo primario y el 78,9% hipertiroidismo subclínico. Los pacientes recibieron una dosis media de 15 mCi [10-25 mCi]. La reducción media del volumen nodular tras el tratamiento fue del 49,6% a los 3 meses, 64% a los 6 meses, 69,1% a los 12 meses, 70,5% a los 2 años y 77,1% a los 3 años. La persistencia del hipertiroidismo subclínico a los 3 y 6 meses fue del 13% y 3% y solo 2 casos requirieron una segunda dosis de I-131. El desarrollo de hipotiroidismo que requirió tratamiento sustitutivo fue del 12% a los 3 meses con un incremento progresivo hasta el 34% a los 12 meses, porcentaje que se mantuvo similar a los 2 años. El 53% de los pacientes presentaba normofunción tiroidea a los 2 años.

Conclusiones: En nuestros pacientes el tratamiento con I-131 se ha mostrado efectivo para reducir el tamaño y controlar de forma definitiva la hiperfunción de los adenomas tóxicos. La reducción de tamaño se ha producido fundamentalmente en los primeros 6 meses tras

el tratamiento, continuando a un menor ritmo en los siguientes años. La función tiroidea se controló en prácticamente todos los casos a los 6 meses con un riesgo significativo de desarrollar hipotiroidismo a largo plazo. Estos resultados nos plantean la posibilidad de que una menor dosis de I-131 pueda obtener mejores resultados clínicos.

118. RELACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA MATERNA Y BIOMARCADORES DEL NEURODESARROLLO EN LA LECHE HUMANA

I. Velasco², B. Soldevila¹, E. García³, C. Muñoz¹, A. Pérez-Montes de Oca¹ y M. Puig-Domingo¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital e Instituto de investigación Germans Trias i Pujol (IGTP), Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona. ²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital e Instituto de investigación Germans Trias i Pujol (IGTP), Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona. ³Instituto de Investigación Biomédica, Málaga.

Objetivos: Explorar la posible relación de los factores de neurodesarrollo de BDNF, GDNF y LPA, con hormonas tiroideas y leptina en muestras de leche humana, calostro, cordón umbilical y sangre materna.

Métodos: Estudio prospectivo exploratorio incluyendo a 308 gestantes sanas en las que se dispuso de muestras de sangre en el momento del parto así como muestras de calostro y leche materna madura (LMM). Se midieron hormonas tiroideas, leptina, BDNF, GDNF y LPA.

Resultados: Las concentraciones de BDNF en calostro y LMM mostraron una correlación positiva ($r = 0,397$; $p < 0,001$). Las concentraciones de BDNF en sangre (materna vs. cordón) no fueron diferentes, pero el BDNF en calostro fue significativamente más elevado que en LMM ($6,25 \pm 10,61$ vs. $1,18 \pm 6,27$, $p < 0,001$). GDNF en sangre materna mostró una alta correlación con las concentraciones en sangre de cordón ($r = 0,778$; $p < 0,001$) y también con los niveles de calostro ($r = 0,318$; $p < 0,001$). Asimismo, el GDNF en calostro y LMM también mostraron una correlación positiva ($r = 0,478$; $p < 0,001$). Las concentraciones de GDNF maternas fueron significativamente más altas que los niveles de sangre de cordón ($18,06 \pm 27,44$ vs. $14,04 \pm 21,92$, $p < 0,001$), y los valores en calostro fueron los más elevados (5-10 veces) en relación a todos los fluidos biológicos evaluados. El GDNF en LMM presentó una correlación positiva con el BDNF en calostro ($r = 0,564$; $p < 0,001$). La concentración de leptina en calostro también fue mayor en recién nacidos varones en comparación con las hembras. Estos biomarcadores de neurodesarrollo mostraron correlaciones significativas pero débiles con las hormonas tiroideas y la yoduria ($r = 0,19$ a $0,30$).

Conclusiones: Los factores del neurodesarrollo, las hormonas tiroideas y las señales de adipocinas están presentes en la leche humana y muestran diferentes grados de interrelación, algunas de las cuales podrían ser potencialmente relacionados causales.

119. CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES SOBRE QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO: UNA SERIE DE CASOS

M. Ruiz de Ancos¹, B.M. Martínez Mulero¹, A.R. Gratacós Gómez¹, R. Revuelta Sánchez-Vera¹, A. Castro Luna¹, A. Cruz Gordillo¹, A. Mira Vázquez², J. Medina Rodríguez², S. Aso Manso³ y J. Sastre Marcos¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo.

²Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Toledo. ³Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: El diagnóstico de carcinoma papilar (CP) sobre quistes de conducto tirogloso (QCT) es poco frecuente. Suelen ser únicos, aunque en un 30% se asocian a carcinoma tiroideo simultáneo. El tratamiento suele ser la cirugía de Sistrunk (PS) y tiroidectomía total (TT).

Objetivos: Estudio descriptivo de una serie de casos de CP sobre QCT diagnosticados en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 440 pacientes diagnosticados de CP entre 2006 y 2022. 5 fueron diagnosticados de CP sobre QCT (1,1%). Se realiza un análisis descriptivo de las características clínicas, tratamientos y resultados.

Resultados: El 60% eran mujeres, edad media al diagnóstico de 56 ± 14 años. En el 40% de los casos el motivo de consulta fue el estudio de nodularidad tiroidea y en el 60% el del QCT. En 4 casos se realizó PAAF prequirúrgica del QCT que confirmó el diagnóstico, 1 se halló incidentalmente en cirugía. El 100% de los casos se trató con PS y TT, aunque en uno la TT fue diferida (en el que no se realizó PAAF prequirúrgica). Un caso tenía nódulos tiroideos con PAAF categoría III de Bethesda. Todos los casos tenían localizado el CPT en el QCT sin afectación maligna tiroidea. En un caso se realizó vaciamiento central profiláctico (negativo) y en otro se extirpó un ganglio (positivo para metástasis de CP). Todos se clasificaron estadio I de la AJCC (8ª ed.) con bajo riesgo de recurrencia (ATA 2015). En el 80% se detectó mutación BRAF V600E. El 80% recibieron radioyodo, una dosis, con una media de 82 ± 54 mCi. La respuesta fue excelente, sin recidivas y sin evidencia de enfermedad. El tiempo medio de seguimiento fue de 11 años en todos los casos.

Conclusiones: El CP sobre QCT es una forma rara de CP con pronóstico excelente. Realizar un correcto estadiaje prequirúrgico permite decidir el mejor abordaje. Dado el buen pronóstico de estos tumores posiblemente solo la cirugía sobre el QCT sería suficiente como tratamiento, salvo que se sospeche afectación tiroidea.

120. ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON NEOPLASIA TIROIDEA FOLICULAR NO INVASIVA CON CARACTERÍSTICAS NUCLEARES DE TIPO PAPILAR (NIFPT)

R. Rodríguez Juárez¹, A. García Martín¹, M. Caba Molina² y J.P. López-Ibarra Lozano¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. ²Servicio de Anatomía Patológica, Unidad Provincial Intercentros de Anatomía Patológica de Granada.

La neoplasia tiroidea folicular no invasiva con características nucleares de tipo papilar (NIFPT) es una entidad histológica relativamente nueva que designa a una neoplasia de baja agresividad de los tumores previamente designados como variante folicular encapsulada del carcinoma papilar y tumor diferenciado de potencial maligno incierto. La sospecha prequirúrgica es difícil y el tratamiento conllevaría hemitiroidectomía o lobectomía. En este contexto planteamos un estudio descriptivo de las características y actitud diagnóstico-terapéutica de los pacientes con NIFPT de los hospitales de Granada evidenciados entre los años 2016 y 2022. 23 pacientes presentaron datos anatomopatológicos de NIFPT (73,9% mujeres, 50 ± 13 años). En la ecoprecirugía los nódulos fueron catalogados en el 47,8% y 8,7% como TIRADs 4 y 5 respectivamente. Los resultados de la PAAF fueron 4,3% Bethesda I, 34,8% Bethesda II, 21,7% Bethesda III, 17,4% Bethesda IV, 17,4% Bethesda V y 4,3% Bethesda VI. La indicación quirúrgica fue el resultado de la PAAF en el 60,9% siendo la tiroidectomía total la técnica de elección en el 65,2% de los pacientes. El tamaño medio de los tumores fue $31,8 \pm 14,7$ mm. Tras la cirugía el 65,2% tenían eco y determinación de niveles de tiroglobulina y tres casos fueron tratados con radioyodo. El 87% de

los pacientes se revisaron con posterioridad. En nuestro estudio se confirma la dificultad para sospechar prequirúrgicamente las NIFPT por lo que en más de la mitad de los casos se realiza tiroidectomía total y posteriormente en la mayoría de los pacientes se realiza seguimiento.

121. REGISTRO DE CASOS DE CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

S. Laiz Prieto, M. López Pérez, I. Esparcia Arnedo y J. Castañón Alonso

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) representa el 1,3 al 9,8% de los tumores de tiroides. Tiene alta capacidad de diseminación local y a distancia (15-50%, más frecuente en pulmón). Presenta una mediana de supervivencia de 2,5-8,5 meses. Suele aparecer como una masa cervical dura, de > 5 cm y crecimiento rápido. La estadificación rápida y precisa y la discusión en un equipo multidisciplinar son claves para su manejo, ya sea mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia o inhibidores BRAF/MEK combinados en pacientes con la mutación BRAF^{V600E}.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con CAT en el Hospital de Burgos desde 1990. Se han revisado un total de 19 historias clínicas.

Resultados: De los 19 pacientes con CAT 13 eran mujeres y 6 hombres, obteniendo datos de la historia clínica únicamente de 10 de ellos. La mediana de edad fue de 74,5 años. De 4 ecografías realizadas todas fueron de alto riesgo (bordes irregulares, microcalcificaciones, más alto que ancho). 7 pacientes tenían datos de tamaño, con una media de 6,25 × 5,18 × 5,85 cm. Se realizó PAAF en 8 pacientes, 4 con resultado de malignidad. Se estudió el BRAF en 1 paciente, con resultado patológico. En el 40% de los pacientes se realizó cirugía, el 70% recibió radioterapia, el 60% quimioterapia y ninguno tratamiento con fármacos biológicos. 7 pacientes presentaron metástasis (pulmón, seguido del mediastino y hueso). De los 19 pacientes fallecieron 18, con una mediana de supervivencia de 5 meses.

Conclusiones: El CAT es un tipo de neoplasia con una alta mortalidad, la cual se refleja en nuestro estudio. Uno de los avances más novedosos son las terapias dirigidas según el perfil molecular, como los inhibidores de BRAF/MEK, con resultados alentadores por lo que se debe realizar al menos el estudio del BRAF^{V600E} y discutir en un equipo multidisciplinar la mejor terapia dirigida de forma personalizada a cada paciente.

122. APLICACIÓN CLÍNICA DE LA SECUENCIACIÓN MASIVA (NGS) EN EL CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

C. Zafon¹, M. Sesé², C. Iglesias², J. Hernando³, R. Somoza², B. Lloveras⁴, S. Clavé⁴, B. Bellosillo⁴ y J. Hernández-Losa²

¹Endocrinología y Nutrición, Vall d'Hebron Hospital Campus, Barcelona. ²Anatomía Patológica, Vall d'Hebron Hospital Campus, Barcelona. ³Oncología Médica, Vall d'Hebron Hospital Campus, Barcelona. ⁴Anatomía Patológica, Parc de Salut Mar, Barcelona.

Introducción: El desarrollo de terapias dirigidas a alteraciones genéticas ha generado la necesidad de analizar el perfil molecular de diferentes tipos de cáncer desde una perspectiva asistencial y a introducir técnicas de secuenciación masiva (NGS) en los protocolos diagnósticos. En el cáncer papilar de tiroides (CPT) la implementación de esta tecnología todavía es incipiente, a pesar de que algunas de las alteraciones moleculares accionables, como las

fusiones de *RET*, se encuentran en un porcentaje significativo de tumores.

Objetivos: Se ha analizado una serie de casos de CPT que no presentaban la mutación *BRAF V600E* (*BRAF-wt*) mediante un panel de NGS para detectar anomalías moleculares con potencial terapéutico.

Métodos: Se incluyeron 60 CPT *BRAF-wt* de dos hospitales diferentes y con subtipos histológicos diversos. El análisis molecular se realizó con el kit Oncomine Focus Assay en el sistema S5XL de ThermoFisher, que examina 52 genes (35 mutaciones, 19 variaciones en el número de copias y 23 fusiones). Las fusiones génicas se confirmaron por FISH. Adicionalmente, todas las muestras se analizaron mediante una RT-PCR comercial.

Resultados: De los 59 casos evaluables, en 19 no se encontró ninguna alteración molecular. En 16 muestras se identificaron alteraciones en el DNA (14 de ellas en el codón 61 de *NRAS*). En 21 tumores se detectaron genes de fusión en RNA (14 en *RET*, 2 en *ALK*, 3 en *NTRK3* y 1 en *PAX8* y en *MET*). En 3 casos se observaron anomalías tanto en DNA como en RNA.

Conclusiones: La implementación asistencial del análisis molecular mediante NGS en pacientes con CPT puede detectar anomalías que se beneficiarían de nuevas terapias dirigidas, como es el caso de las fusiones de *RET*, *ALK* y *NTRK*. Estos hallazgos resaltan el potencial de la NGS para mejorar la selección de tratamientos personalizados en el cáncer de tiroides.

Financiación: Este trabajo, ha sido parcialmente subvencionado mediante una ayuda de investigación de la empresa Lilly S.A.U.

123. DECONVOLUCIÓN DEL MICROAMBIENTE TUMORAL DEL CÁNCER DE TIROIDES BASADA EN LA METILACIÓN DEL DNA

H. Rodríguez-Lloveras¹, C. Iglesias², E.N. Klein Hesselink³, J. Hernando⁴, J. Capdevila⁴, J.L. Reverter⁵, T.P. Links³, C. Zafón⁶ y M. Jordà¹

¹Endocrine Tumors (E.T.), Institut Germans Trias i Pujol (IGTP), Badalona. ²Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ³Endocrinology and Nutrition, University Medical Center Groningen. ⁴Oncología Médica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁶Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

El cáncer de tiroides (CT) es el tumor endocrino más común. La mayoría de pacientes tienen un buen pronóstico, aunque hay casos que progresan y dejan de responder al tratamiento convencional con radioyodo, siendo más agresivos. Uno de los factores que puede influir en la evolución tumoral es el microambiente del tumor (TME), el cual está formado por distintos componentes celulares, incluidas células inmunitarias, y no celulares. Sin embargo, la contribución del TME en la progresión del CT no está muy estudiada. Los estudios de metilación del DNA han permitido comprender mejor el perfil epigenético del CT, pero estos estudios suelen basarse en "bulk data", y por lo tanto no analizan solo las células tumorales sino todas las células del TME. Nuestro objetivo es caracterizar el TME de los tumores tiroideos para entender mejor sus implicaciones biológicas y clínicas. Para ello, hemos usado métodos computacionales de deconvolución (*in silico*) basados en datos, propios (n = 125) y públicos (n = 960), de metilación del DNA derivados de *arrays* de metilación de muestras normales y tumorales de tiroides para estimar las proporciones relativas de distintos tipos celulares en varios tipos de tumores de tiroides. Hemos encontrado distintas composiciones celulares según el tipo o subtipo histológico, siendo los tumores foliculares y la variante folicular del carcinoma papilar los

que presentan menor infiltración, mientras que los tumores con más infiltración son los anaplásicos. También hemos observado una asociación de la infiltración y la progresión tumoral, ya que la infiltración inmunitaria en tumores metastáticos o de alto riesgo es mayor que en los de bajo riesgo, sugiriendo que el TME influye en la progresión del CT. Concluimos que el TME del CT es importante para su progresión, aunque tiene más peso en ciertos tipos histológicos. La elevada infiltración de células inmunitarias en tumores muy agresivos los haría potenciales candidatos para la inmunoterapia.

124. MÁS ALLÁ DEL CÁNCER DE TIROIDES, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Pérez, P. Herguedas Vela, S. Laiz Prieto, J. Castañón Alonso y A.M. Delgado Lucio

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: El carcinoma tiroideo cribiforme morular (CTCM) es un tumor poco frecuente que afecta casi exclusivamente a mujeres en las primeras décadas de la vida y se encuadra dentro de los tumores tiroideos de histogénesis desconocida. El mecanismo de tumorigénesis es la activación de la vía WNT y se caracteriza por una fuerte expresión de B-catenina en la inmunohistoquímica. Su presentación puede ser esporádica o en asociación a poliposis adenomatosa familiar, enfermedad de herencia autosómica dominante con mutación en el gen APC.

Caso clínico: Mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés que consulta por nódulo cervical. La ecografía evidencia un nódulo único 3 cm de alto riesgo ecográfico, con resultado citológico categoría V de Bethesda. El resultado histológico de la tiroidectomía es CTCM único, sin extensión extratiroidea, y ausencia de invasión vascular o linfática, pT2. Expresividad muy débil y focal para tiroglobulina y fuerte positividad para B-catenina, ki67 10%.

Discusión: La presentación, estratificación del riesgo ecográfico y pronóstico del CTCM no difiere significativamente del carcinoma diferenciado clásico. Dada su escasa expresividad, la determinación de tiroglobulina no es un marcador útil para el seguimiento. El I131 no es presumiblemente útil como terapia o método para la estadificación tumoral. Los factores que se asocian a mal pronóstico son las mutaciones en TERT y niveles de Ki67 elevados. Debido a la frecuente asociación con poliposis adenomatosa familiar, es necesario el estudio genético del gen APC y realización de una colonoscopia. La presencia de receptores estrogénicos y de progesterona como promotores del crecimiento tumoral explican la fuerte predisposición a presentarse en mujeres. Dichos receptores, así como activación de la vía WNT-catenina podrían ser futuras dianas terapéuticas en aquellos pacientes con tumores agresivos que no respondan a terapia convencional.

125. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DE LOS CÁNCERES DE TIROIDES ANTES DE LA CIRUGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA

V.K. Doulatram Gamgaram, V. Soria Utrilla, S.P. Alonso Gallardo, I. Ruiz García y G. Oliveira Fuster

Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente y su incidencia está aumentando en todo el mundo.

Objetivos: Observar la prevalencia de las características ecográficas y los hallazgos por PAAF de los nódulos en los pacientes opera-

dos de cáncer de tiroides en el Hospital Regional Universitario de Málaga.

Métodos: Estudio observacional transversal de pacientes operados de cáncer de tiroides en el Hospital Regional Universitario de Málaga entre 2018-2021, se recogieron datos sobre las características ecográficas de los nódulos y su clasificación según las escalas de riesgo ecográfico: ATA y ACR-TIRADS. El análisis se ha realizado mediante el programa JAMOV.

Resultados: 85 pacientes: 60 mujeres y 25 hombres, edad media: 50,8 años (rango 14-86 años), TSH media 2,47 (DE 2,98), media de diámetro de los nódulos: 25,8 mm (DE 15,5 mm), 87,1% son sólidos y 12,9% sólido-quísticos, 30,6% presentan microcalcificaciones y están mal definidos, los bordes son irregulares en el 39,5%, más alto que ancho en el 14,1%. Según la clasificación ACR-TIRADS: II: 1,2%, III: 17,6%, IV: 28,2% y V: 47,1%, según clasificación ATA: muy baja sospecha 1,2%, baja sospecha: 23,5%, sospecha intermedia: 28,2% y alta sospecha: 47,1%. Existe una concordancia entre ambas escalas de riesgo ecográfico en 77 de los 85 pacientes (correlación estadísticamente significativa $p < 0,05$).

Conclusiones: Tanto el ACR TI-RADS como los sistemas de estratificación de riesgo de ATA proporcionan una clasificación de riesgo de malignidad de la tiroides clínicamente factible, con una alta eficacia diagnóstica de riesgo de malignidad de nódulos tiroideos.

126. RADIOTERAPIA EN CÁNCER DE TIROIDES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: SERIE DE CASOS

J. García Fernández, B.E. Rivero Melián, M. Baudet León, P. Barroso Arteaga, M. Sicilia Le Pommellec, R. Darias Garzón, B.F. García Bray e I. Llorente Gómez de Segura

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La radioterapia (RT) es actualmente poco empleada en el manejo del carcinoma de tiroides, pero podría tener un papel destacado como tratamiento adyuvante o paliativo tanto del carcinoma diferenciado (CDT), como del pobremente diferenciado (PD) o del medular (CM) de tiroides, en aquellos casos en los que existiese evidencia de enfermedad locorregional o a distancia no subsidiaria de cirugía, termoablación o tratamiento con I-131.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con cáncer de tiroides que recibieron RT con intención adyuvante o paliativa y analizar su influencia en el pronóstico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo pacientes que recibieron RT en cualquier momento de la evolución y que asistieron a consulta en nuestro centro del 1/01/15 al 22/04/22. Se efectuó un análisis descriptivo y un análisis inferencial respecto a la mortalidad utilizando U de Mann Whitney (variables ordinales) y test de chi cuadrado (variables cuantitativas).

Resultados: Del total de 8 pacientes $-66,5 \pm 17,52$ años de edad, mujeres (75%) presentaban: CDT papilar (5), CM (2) y PD (1). Todos con enfermedad ganglionar y solo 1 enfermedad a distancia. Al 87,5% se les practicó tiroidectomía total. El tratamiento con RT (rango de fecha entre 2010 y 2022), sobre todo con intención paliativa (75%), consistió de media en 24 sesiones para una dosis total media de 49,1 Gy. La mortalidad fue del 37,5%, y el análisis estadístico inferencial con el resto de variables mostró de forma estadísticamente significativa una menor supervivencia a menor dosis ($p = 0,024$) y a menor número de sesiones de RT ($p = 0,024$); con una tendencia a la significación a mayor edad ($p = 0,053$).

Conclusiones: La RT con intención adyuvante o paliativa en la serie de casos de nuestro centro presenta características similares a la escasa literatura existente y parece asociarse significativamente a una mejoría pronóstica.

127. FRECUENCIA DEL CÁNCER INCIDENTAL DE TIROIDES EN LAS TIROIDECTOMÍAS REALIZADAS POR PATOLOGÍA TIROIDEA BENIGNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Jiménez Hernando, A. López Guerra, M. Pérez Noguero, M. Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, I. Losada Gata, A. García Piorno, R.J. Añez Ramos, A. Rivas Montenegro y O. González Albarrán

Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El cáncer incidental de tiroides (CIT) se ha definido como una neoplasia de pequeño tamaño y no sospechada, identificada incidentalmente mediante el examen de la anatomía patológica de una pieza de tejido tiroideo extraído de forma quirúrgica en el seno de una enfermedad benigna de tiroides.

Objetivos: Describir la frecuencia del CIT en pacientes intervenidos por patología tiroidea benigna.

Métodos: Se tomaron en cuenta 428 procedimientos de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizados durante los años 2018, 2019 y 2020 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se excluyeron aquellas intervenciones que tuviesen PAAF previa con Bethesda 4, 5 o 6 o con indicación de tiroidectomía por sospecha/diagnóstico confirmado de cáncer de tiroides, obteniéndose un total de 232 piezas.

Resultados: El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue el bocio multinodular con 69,8% (n = 162); seguido de la EGB (13,0%; n = 30); el hiperparatiroidismo primario (10,8%; n = 20); y el MEN2 con 3,9% (n = 9). Hay una asociación estadísticamente significativa entre uso de PAAF y el diagnóstico prequirúrgico (chi cuadrado de 95,147; p = 0,000), siendo fundamentalmente los pacientes con bocio a los que se les realizaba la PAAF (88,3% sobre el total de bocios, n = 143), seguido del hiperparatiroidismo primario. Se encontró una incidencia de CIT del 15,9% (n = 37). Dentro de los incidentalomas, lo más frecuente es que se tratara de un microcarcinoma (70,3%; n = 26). Se encontró una asociación significativa (chi cuadrado de 11,044; p = 0,026) entre el diagnóstico prequirúrgico y el microcarcinoma, siendo los pacientes con MEN2 quienes tuvieron mayor frecuencia de microcarcinoma (44,4%) en tiroidectomía profiláctica sin sospecha de malignidad.

Conclusiones: Se ha encontrado un porcentaje similar de CIT al descrito en la literatura, el microcarcinoma fue el hallazgo más frecuente de los incidentalomas y los sujetos con MEN2 tienen mayor riesgo de presentar microcarcinoma.

128. SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRATADOS CON LOBECTOMÍA POR CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

H. Casal de Andrés, E. Chumbiauca Vela, M. Zaballós Mayor, M. García Goñi y J.C. Galofré Ferrater

Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: La incidencia de cáncer papilar de tiroides ha aumentado. El abordaje terapéutico ha evolucionado hacia un enfoque más conservador. La recurrencia de la enfermedad (RE) tras una hemitiroidectomía es baja, pero queda pendiente dilucidar el seguimiento y abordaje del paciente con nódulos en el remanente tiroideo.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de RE y factores de riesgo (anatomía patológica (AP) agresiva, invasión vascular, extensión extra-tiroidea, autoinmunidad y citología) e incidencia de hipotiroidismo los pacientes tratados con hemitiroidectomía.

Métodos: Revisión de 38 historias clínicas de pacientes tratados con hemitiroidectomía tras citología sospechosa. Se recopilaron datos demográficos, citología, anatomía patológica, bioquímica y seguimiento ecográfico realizado.

Resultados: El 74% eran mujeres con media de 49 años (± 12). En todos los casos el resultado de AP fue carcinoma diferenciado, completando precozmente la tiroidectomía total (TT) en 4. Hubo 5 pérdidas; 27 continuaron el seguimiento (media 30 meses (± 19)). De ellos, 13 tenían uno o más nódulos en el lóbulo remanente. Se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) en 5: 4 benignos y 1 sospechoso. En éste se completó TT con resultado posoperatorio de carcinoma papilar. 2 pacientes tenían hipotiroidismo autoinmune previo. El 34% de las hemitiroidectomías desarrolló hipotiroidismo subclínico los primeros 4 meses (± 4), de las que un 44% tenían autoinmunidad positiva. El promedio de tiroglobulina en la última consulta en aquéllos con nódulo en el remanente fue de 41,5 ng/mL ($\pm 11,6$) y de aquéllos sin nódulo de 19,6 ng/mL ($\pm 31,5$), siendo esta diferencia no significativa (p = 0,88).

Conclusiones: La vigilancia del lóbulo remanente es una opción segura que requiere compromiso del equipo médico y del paciente. La alta incidencia de hipotiroidismo hace necesario un seguimiento estrecho. Las diferencias de tiroglobulina de los pacientes con y sin nódulos en el remanente fueron no significativas.

129. SARCOMA TIROIDEO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M. Viñes Raczkowski, S. Tofé Povedano, A. Sanmartín Sánchez, A. Campos Peris, G. Serra Soler, E. Mena Ribas, M. Noval Font, M. Codina Marcet e I. Argüelles Jiménez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción: Los sarcomas tiroideos son tumores primarios extremadamente poco frecuentes. Su tendencia a invadir estructuras adyacentes y dar metástasis a distancia confieren a este tipo de tumor un muy mal pronóstico. Descripción de un caso clínico de sarcoma tiroideo.

Caso clínico: Se trata de un varón de 57 años exfumador, hipertenso, dislipémico, con antecedentes de pancreatitis aguda. Acude a consultas de Endocrinología por tumoración cervical de 2 meses de evolución. A la exploración se objetiva masa cervical derecha de consistencia dura, adherida e indolora, de 3 cm de diámetro. No se palpan adenopatías. Se realiza una ecografía que muestra en lóbulo tiroideo derecho una lesión pseudonodular sólida, de 22 x 30 x 29 mm, lobulada, hipoecogénica e hipervascular, detectando alguna calcificación grosera. No se objetivan adenopatías en ganglios laterocervicales. Se clasifica como TIRADS 5. Se realiza PAAF con resultado de atipia de significado indeterminado (Categoría III de Bethesda). Dado el riesgo elevado de malignidad por criterios ecográficos, se decide realizar una tiroidectomía total. Durante el procedimiento se describe una masa con amplia extensión vascular, neural y a estructuras adyacentes. La cirugía R0 no fue posible dejando remanente tumoral en paquete yugulo-carotídeo derecho. Tras recibir 3 ciclos de quimioterapia se objetiva disminución del tamaño del resto. Se decide cirugía de rescate por respuesta parcial a quimioterapia. Un mes tras la primera cirugía el paciente presenta clínica de debilidad en brazo derecho diagnosticándose de metástasis cerebral. Se decide mantener cirugía de rescate por tratarse de metástasis única. Durante su seguimiento se objetiva progresión locorregional y pulmonar. Se decide mantener tratamiento quimioterápico por enfermedad avanzada.

Discusión: A pesar de su baja frecuencia hay que tener en cuenta el sarcoma tiroideo dentro del diagnóstico diferencial histológico del nódulo tiroideo con crecimiento infiltrativo.

130. COMPORTAMIENTO Y EVOLUCIÓN DEL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI: 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

I. Martínez Medina, C. Gil Mouce, M.A. Morales Posada, J.A. Castro Piñeiro, J.M. de Matias Leralta, R. Argüeso Armesto, N. Rodríguez Novo, M.A. Botana López, P. Álvarez Castro y J.I. Vidal Pardo

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) supone un 1-5% de los tumores primarios malignos de tiroides; si bien es un tumor raro (incidencia ajustada por edad de 1-2/millón de habitantes), es uno de los tumores sólidos más agresivos, con una mediana de supervivencia de 3-7 meses.

Métodos: Este estudio analizamos la experiencia en nuestro centro en los últimos 20 años. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizaron datos de 20 pacientes con CAT entre 2001 y 2023. Se recogieron las características del paciente, tumor, tratamiento, evolución y supervivencia.

Resultados: De los pacientes, un 70% eran mujeres y la media de edad de 78 años. Un 45% presentaban patología tiroidea previa y un 20% había recibido tratamiento con I-131. El 85% presentaba síntomas compresivos al diagnóstico, siendo la disfagia y la disfonía los más frecuentes. La prueba de imagen diagnóstica más utilizada fue el TAC y la mediana de tamaño al diagnóstico de 6'25 cm. Un 11% presentaba un estadio IVA en el momento del diagnóstico, un 47% IVB y un 42% IVC; las metástasis más frecuentes fueron las pulmonares. Los marcadores inmunohistoquímicos más habituales fueron las citoqueratinas AE1/AE3; se encontró presencia de PAX8 en 4 pacientes y de TTF1 en 2; Ki-67 se midió en 7 pacientes y no se encontró positividad de BRAFV600 en ninguno de los pacientes estudiados. El 25% fue sometido a cirugía, obteniéndose R0 en un 5%. El 30% de los pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia y el 40% recibió radioterapia. La mediana de supervivencia fueron 7 meses, obteniéndose respuesta completa en 1 paciente.

Conclusiones: El CAT es un tumor muy agresivo con pobre supervivencia. La mayoría se presentan en estadios avanzados con clínica compresiva. El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para poder mejorar la supervivencia. Nuestro centro presenta alta incidencia de este tumor (1 caso/año), como corresponde a áreas de gran prevalencia de bocio.

131. BIOMARCADORES METABÓLICOS DIFERENCIALES DE MALIGNIDAD EN TUMORES FOLICULARES DE TIROIDES DETERMINADOS MEDIANTE METABOLÓMICA ESPACIAL

J. Rossell¹, E. Mato^{1,3,4}, M. García-Altares^{2,5}, C. Bookmeyer⁵, A. Moral¹, J.I. Perez¹ y D. Mauricio^{1,6}

¹Endocrinología i Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²CIBERDEM, CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. ³IIB Sant Pau, Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau, Barcelona. ⁴CIBERBBN, CIBER en Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina. ⁵Engineria electrònica, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona. ⁶Medicina, Universitat de Vic.

Introducción: Existe un problema clínico no resuelto en relación a la diferenciación diagnóstica entre el adenoma (AF) y carcinomas foliculares de tiroides (CFT). Estudios lipídicos recientes han identificado patrones diferenciales en neoplasias tiroideas en comparación con el tejido normal. La identificación de moléculas lipídicas como potenciales biomarcadores puede facilitar el

diagnóstico diferencial en fase preoperatoria mediante imágenes de espectrometría de masas (metabolómica espacial). Nuestro objetivo fue optimizar dicha metodología en tejido tiroideo, y realizar un análisis preliminar en CFT en comparación con tejido normal.

Métodos: Se realizó un análisis preliminar en 4 muestras tisulares (2 de CFT y 2 de tejido tiroideo normal) mediante metabolómica espacial, con MALDI acoplado a un Orbitrap Exploris 120. La identificación de las especies metabólicas y lipídicas se llevó a cabo en base a la masa exacta de su ion precursor y la base de datos Human Metabolome Database y LIPID MAPS Structure Database (tolerancia de error de masas > 5 ppm).

Resultados: Se ha identificado la existencia de una diversidad metabólica diferencial entre ambos tipos de tejido, en espectro medio, posibilitando la diferenciación entre ambos tejidos de manera no supervisada. Además, se han identificado dos especies lipídicas expresadas diferencialmente entre ambos tejidos: lisofosfolípidos (LPC 15:1 o LCE 18:1), y el fosfatidilglicerol 34:1. Estas moléculas lipídicas están significativamente más expresadas en el tejido tumoral versus tejido normal (*fold change* < 5 y *p*-valor < 0,001), como posibles candidatos para biomarcadores de diagnóstico. **Conclusión:** La metabolómica espacial nos permite identificar en este estudio preliminar patrones lipídicos diferenciales entre CFT y tejido sano, así como dos especies lipídicas elevadas en tejido CFT.

132. ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DE UNA VÍA CLÍNICA DE TRATAMIENTO CON RADIOYODO EN CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Á. Alonso Echarte¹, J. Naomi C. Vázquez², M. Martí Martínez¹, X. Ayarza-Marien Arrizabalaga¹, J. Yoldi Urdiroz¹, E. Anda Apiñaniz¹ e I. Blanco Saiz²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Medicina Nuclear, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: Una vía clínica (VC) representa un plan asistencial que se aplica a un proceso clínico de curso predecible, con el objetivo de disminuir la variabilidad asistencial y ayudar en la toma de decisiones. Tras el desarrollo e implementación en nuestro centro de la VC para la terapia con I-131 en carcinoma diferenciado de tiroides (CDT), el objetivo es evaluar las variaciones clínicas y la satisfacción de los pacientes para identificar posibles áreas de mejora.

Métodos: Se han analizado los datos de las VC y encuestas de satisfacción de todos los pacientes con CDT e indicación de terapia con I-131 entre diciembre de 2019 y 2022. Se ha evaluado el porcentaje de pacientes que presentan una variación inicial en consulta de Endocrinología y durante el ingreso. Las variaciones se dividen en 3 grupos: debidas al paciente, al personal sanitario y a la institución. Además, se ha evaluado la satisfacción global de los pacientes, así como tras consulta de Endocrinología y durante el ingreso.

Resultados: Se incluyen 131 pacientes, 84 mujeres (64,1%). Del total de pacientes, 22 (16,8%) presentaron variaciones iniciales en consulta de Endocrinología, siendo las más frecuentes las debidas al paciente, la mayoría por problemas de comunicación. Durante el ingreso, 17 pacientes (12,9%) presentaron variaciones, siendo, de nuevo, las más frecuentes las debidas al paciente, debidas en su mayoría a aparición de patología concomitante en el ingreso. Se facilitó encuesta de satisfacción, respondida por 98% de los pacientes, obteniendo una puntuación ≥ 8 en el 90%, tanto en satisfacción global como durante el ingreso y en el 86% tras consulta de Endocrinología.

Conclusiones: Del total de pacientes, 22 pacientes (16,8%) presentaron variaciones en consulta de Endocrinología y 17 (12,9%) durante el ingreso. Las más frecuentes en ambos casos son las intrínsecas al paciente, y por tanto inevitables. La satisfacción global

de los pacientes es alta, así como tras consulta de Endocrinología y durante el ingreso.

133. EXPRESIÓN DE RECEPTORES DE SOMATOSTATINA EN CARCINOMAS DE TIROIDES DERIVADOS DE CÉLULAS FOLICULARES REFRACTARIOS AL YODO RADIACTIVO DETECTADOS CON [68Ga]GA-DOTA-TOC

L.C. Barbarán Corral¹, E.J. Díaz-López², K. Vargas-Osorio³, A. Calatayud-Cubés¹, H. Lázare-Iglesias³, U. Anido-Herranz⁴, A. Fernández-Pombo², J.M. Cabezas-Agrícola², V. Pubul-Núñez¹ y J.M. Cameselle-Teijeiro³

¹Medicina Nuclear, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ²Endocrinología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ³Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ⁴Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

Introducción: Todavía hay datos limitados sobre la expresión inmunohistoquímica y la relevancia de los receptores de somatostatina (SST) en los carcinomas derivados de células foliculares. Describimos las características clínico-patológicas e inmunohistoquímicas de 3 casos cuyas metástasis se detectaron con [68Ga]Ga-DOTA-TOC (péptido sintético análogo de la somatostatina).

Métodos: Examinamos tres casos: carcinoma oncocítico ampliamente invasivo (caso 1), carcinoma de tiroides de células foliculares ampliamente invasivo (caso 2) y carcinoma oncocítico mínimamente invasivo (caso 3), presentado en 2 varones y 1 mujer de 41, 60 y 46 años, respectivamente. Se realizó tiroidectomía total y estudio inmunohistoquímico para SSTs (anticuerpo antisomatostatina receptor-2 [clon UMB1]). Todos los pacientes desarrollaron metástasis.

Resultados: El caso 1 (pT3b,N0,M1 [al diagnóstico]) fue tratado con I131, sorafenib, lenvatinib y quimioterapia. Dada la carga tumoral, intolerancia al tratamiento, elevación de los niveles de tiroglobulina sérica y positividad para [68Ga]Ga-DOTA-TOC, se administró tratamiento con [177Lu]Lu-DOTA-TATE. El paciente falleció a causa de la enfermedad 131 meses después del diagnóstico. En el caso 2 (pT3,N0,M1[al diagnóstico]), tras 2 dosis de I131 (250 mCi) los niveles de tiroglobulina aumentaron (5.162 ng/mL). En el caso 3 (pT1b,N0,M0 [en el momento del diagnóstico]), tras 2 dosis de I131 (150 mCi) también aumentaron los niveles de tiroglobulina (1.635 ng/mL). En ambos casos 2 y 3 se detectó positividad para [68Ga]Ga-DOTA-TOC. Las células tumorales en los 3 casos mostraron una fuerte inmunorreactividad para el receptor 2 de SST.

Conclusiones: En las lesiones metastásicas refractarias al I radiactivo de los carcinomas de tiroides derivados de células foliculares, la expresión de SST se puede detectar mediante el uso de análogos de SST radiomarcados o mediante estudios inmunohistoquímicos. En estos casos, [177Lu]Lu-DOTA-TATE es una modalidad de tratamiento alternativa.

134. NUESTRA EXPERIENCIA ABORDANDO EL CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

S. González González, L. Pérez García, C.R. Fuentes Gómez, L. Ruiz Arnal, A. Galarza Montes, C. Zazpe Zabalza, O. Pérez Alonso, L. Garaizabal Azkué, M. Vega Blanco y M. González Fernández

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Araba, Vitoria-Gasteiz.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides es una variante poco frecuente con alta agresividad y mal pronóstico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los casos de carcinoma anaplásico de tiroides en el HUA desde 1997.

Resultados: De los 18 pacientes, el 72,2% son mujeres y el 27,8% varones, con una edad media de $73,22 \pm 10,41$ años. La clínica fue de bultoma en el 44,4%, dolor/disfagia en el 33,3% e incidentaloma en imagen en el 11,1%. El 83,3% de los nódulos fueron unilaterales, el 44,4% infiltraban tejidos y el 44,4% tenía adenopatías sospechosas. El tamaño medio del nódulo fue de $4,69 \pm 2,05$ cm. Se realizó PAAF en el 72,2% y BAG en el 16,7%. En cuanto a la anatomía patológica, en el 66,7% no se extrajo el tumor, el 5,6% era intratiroideo, el 5,6% tenía extensión intracapsular y en el 16,7% existía infiltración de tejidos. En el momento del diagnóstico solo el 22,2% se encontraba libre de enfermedad metastásica. El 33,3% no recibió ningún tratamiento, el 5,6% radioterapia, cirugía o cirugía con quimioterapia, el 11,1% cirugía con radioterapia y un 22,2% recibió quimio y radioterapia combinadas. Se realizó tiroidectomía total en el 27,8%. El tiempo medio de supervivencia fue de $16,32 \pm 45,01$ meses. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo de supervivencia y la presencia de metástasis a distancia al diagnóstico ($p = 0,205$), adenopatías ($p = 0,103$) o infiltración de tejidos ($p = 0,067$) en la ecografía. El tiempo de supervivencia es mayor en los que se realiza tiroidectomía total ($p = 0,05$), quimioterapia ($p = 0,03$) y/o radioterapia ($p = 0,002$) tras la cirugía.

Casos clínicos: En la mayoría de pacientes (77,8%) se detectaron metástasis al diagnóstico. El pronóstico de este tipo de cáncer es malo, pero el tiempo de supervivencia es mayor si se realiza algún tipo de tratamiento (tiroidectomía total ($p = 0,05$), quimioterapia postquirúrgica ($p = 0,03$) y/o radioterapia postquirúrgica ($p = 0,002$)).

PÓSTER CANCELADO

GÓNADAS, IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL

136. DESTANSICIONES DE GÉNERO EN ESPAÑA: AVANCE DE RESULTADOS DEL PRIMER REGISTRO NACIONAL DE DESTANSICIONES DEL GRUPO DE TRABAJO DE IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL (GIDSEEN) (PÓSTER SELECCIONADO)

M. Pazos Guerra¹, P. Expósito Campos², L. Cuadrado Clemente³, N. Asenjo Araque⁴, E. Gómez Hoyos⁵, E. Gómez Gil⁶, M. Toni García⁷, P. Cabrera García⁸, F. Hurtado Murillo⁹ y M. Gómez Balaguer³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ²Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y Metodología de Investigación, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco. ³Unidad de Identidad de Género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia. ⁴Unidad de Identidad de género, Psicología clínica, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁵Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico de Valladolid. ⁶Unidad de Identidad de género, Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínic de Barcelona. ⁷Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ⁸Unidad de Identidad de género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ⁹Unidad de Identidad de Género, Centro de Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Salud Valencia Doctor Peset, Valencia.

Introducción: La destransición es la detención/reversión de los cambios implicados en un proceso de transición de género. Se denomina primaria, si conlleva una reidentificación con el sexo natal, o secundaria, si se mantiene la identidad trans. Aunque se trata de un fenómeno creciente y de interés sanitario, existen pocos datos sobre las características y necesidades derivadas del proceso. El objetivo es describir las características de la muestra para dar respuesta a estas cuestiones y mejorar la atención a este colectivo.

Método: Se recogieron datos preliminares sobre características demográficas, identitarias, comorbilidades, causas, necesidades y apoyos durante la destransición en el primer registro español de la SEEN (plataforma web REDCap).

Resultados: Se incluyeron 83 personas ($M_{edad} = 27,3$). Al inicio de la transición, el 53% eran mujeres trans, 42,2% hombres trans y 4,4% personas no binarias. El 94,4% realizó una transición social,

el 75,9% hormonal, el 21,5% quirúrgica y el 63,3% administrativa. La mayoría (79,5%) recibió acompañamiento psicológico. Se observó una alta tasa de comorbilidades de salud mental antes (58,8%) y durante (46,6%) la transición principalmente ansiedad, depresión e ideación/actos autolíticos. El intervalo medio entre la transición y la destransición fue de 34,5 meses. El 51,9% fueron destransiciones primarias (25,3% por un cambio en su identidad de género) y el 48,1% secundarias (26,5% por refuerzo identitario). Al destransicionar, la medida más frecuente fue detener el tratamiento hormonal (72,3%). La mayoría de las personas recibió apoyo de familiares (42,7%) y profesionales (61%), aunque un 26,8% no percibió apoyos. Las principales necesidades expresadas fueron médicas y psicológicas (42%).

Conclusión: La destransición es un fenómeno heterogéneo que precisa de un adecuado soporte médico y acompañamiento psicológico. Destacamos la necesidad de nuevos estudios para adecuar y garantizar suficientes recursos de atención sanitaria.

137. EL BLOQUEO ANDROGÉNICO CON ACETATO DE CIPROTERONA MANTENIDO DURANTE 5 AÑOS AUMENTA LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA DE FORMA DOSIS-DEPENDIENTE EN MUJERES TRANSGÉNERO JÓVENES

A. Kuzior¹, A. Hernández Lázaro², R.J. de León Durango², C. Ríos Gómez², B. Santana Ojeda², I. Molinero Marcos², P.M. Fernández-Trujillo Comenge², A.D. Santana Suárez², C. Arnás León^{1,2} y F.J. Martínez Martín^{1,2}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospitales Universitarios San Roque, Las Palmas de Gran Canaria. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Actualmente el uso de acetato de ciproterona (CPA) como bloqueante androgénico está cuestionado. Se ha reportado que dosis muy bajas (10 mg/día) pueden ser seguras y efectivas, pero su impacto sobre la presión arterial es desconocido. Nuestro estudio observacional ha demostrado un aumento muy significativo de la incidencia de HTA en mujeres transexuales jóvenes tratadas con estradiol + CPA lo que no se observa con estradiol en monoterapia (población de referencia) ni combinado con otros bloqueantes androgénicos. Puesto que esta observación está sujeta a sesgo de indicación, nos propusimos reforzarla mediante el estudio dosis/respuesta para CPA e incremento de PA sistólica.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de mujeres transgénero con < 30 años al inicio de la terapia hormonal tratadas durante 5 años con estradiol + CPA, estratificadas por cuartiles de dosis acumulada de CPA. Actualmente EMA recomienda evitar dosis > 10 mg/día si es posible, pero los comprimidos disponibles son de 50 mg por lo que no hemos prescrito dosis < 25 mg/día. Las pacientes otorgaron consentimiento para la difusión anónima de los datos.

Resultados: Se obtuvieron datos de 49 pacientes. El aumento de PAS fue 14 ± 6 mmHg (Q1, 25-37 mg/día de CPA, 6 ± 3 mmHg; Q2, 37-50, 11 ± 5 ; Q3 50-68, 17 ± 6 ; Q4, 68-100, 22 ± 8), vs. 3 ± 2 mmHg en la población de referencia ($p < 0,001$ globalmente y para Q2-Q4, $p < 0,01$ para Q1, ANOVA unidimensional/Tukey HSD).

Conclusiones: Encontramos clara dosis-dependencia en el aumento de PAS asociada al uso prolongado de CPA en mujeres transgénero jóvenes, lo que refuerza la sospecha de asociación causal, pero incluso las dosis más bajas utilizadas resultan en un aumento significativo de PAS. Estimamos que las actuales recomendaciones de dosis elevadas de CPA como bloqueante androgénico en mujeres transgénero deben ser reconsideradas. Sin embargo, no podemos