**P 63
HIPOTIROIDISMO POR NIVOLUMAB: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**
Nicole Lustig1, Javier Jaramillo1, Francisco Guarda1, Francisco Acevedo2
1Departamento Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento Oncología Médica, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** La inmunoterapia ha surgido como una alternativa terapéutica en el tratamiento de diferentes tipos de cáncer y se espera que su uso se masifique durante los próximos años. Es por esto que es imperativo conocer los diversos efectos adversos inmuno relacionados (IRAEs), particularmente sus efectos a nivel tiroideo. Se presenta el siguiente caso clínico a modo de reconocer la forma de presentación de estos efectos adversos.

**Caso clínico**: Paciente de sexo masculino, 42 años. Antecedentes de Melanoma labio superior diagnosticado y operado el año 2014. En su seguimiento el año 2016 se realiza PET-CT de control que informa metástasis de melanoma a cabeza páncreas, retroperitoneo, omento y apófisis espinosa L5. Se realiza biopsia de lesión pancreática compatible con metástasis de melanoma, motivo por el cual en Julio del 2016 es discutido en comité oncológico y se decide inicio de inmunoterapia con Nivolumab. Un mes posterior al inicio del medicamento evoluciona con compromiso del estado general, baja energía y somnolencia. Se solicita TSH 164 uU/mL, T4 2.6 ug/dL, anticuerpos anti TPO 750 uI/mL (+), sin otras alteraciones en exámenes generales. Se interpreta como Hipotiroidismo primario, gatillado por uso de Nivolumab por lo que se inicia Levotiroxina 100 mcg al día. El paciente evoluciona en forma satisfactoria, con mejoría de su sintomatología. Requiere aumento de dosis hasta 150 mcg al día para lograr eutiroidismo.

**Discusión:** Hoy en día existen distintas inmunoterapias disponibles para el tratamiento del Cáncer, tales como los anticuerpos bloqueadores de antígeno citotóxico de linfocitos T4 (CTLA4) y la proteína de muerte celular programada 1 (PD1) que son dos receptores coinhibitorios expresados en células T activadas, utilizados por las células tumorales para evadir los efectos de la respuesta inmune del huésped.

Se ha visto que el uso de estas terapias puede asociarse a diversos IRAEs entre ellos alteraciones endocrinológicas donde se destacan alteraciones tiroideas, hipofisitis, insuficiencia suprarrenal y diabetes mellitus.

En cuanto a las alteraciones tiroideas se ha visto hipertiroidismo subclínico y clínico hasta en un 3% de los usuarios de inmunoterapia, Hipotiroidismo primario, secundario y tiroiditis hasta en un 7%. En su manifestación clínica, los síntomas no difieren del cuadro habitual de cada patología y el tiempo de presentación de la patología tiroídea es variable con reportes que van desde 3 semanas a 3 años.

Con respecto al tratamiento de Hipotiroidismo, los pacientes deben ser manejados con suplementación habitual. Se deben controlar hormonas tiroideas en forma protocolizada, inicialmente todos los meses por 6 meses, luego cada 3 meses hasta el año y posteriormente cada 6-12 meses.

El presente caso clínico ejemplifica los efectos de estas terapias y el manejo correspondiente.