

TIROGLOBULINA PREABLACIÓN COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL (RTI) EN CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT).  
 GARCÍA ROEL, Valerial; ILERA, Verónica; ZUNINO, Anabella1; DIOS, Alicia2; GAUNA, Alicial.  
 División endocrinológica, Laboratorio2. Hospital JM Ramos Mejia, CABA, Argentina.

TIROGLOBULINA PREABLACIÓN COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL (RTI) EN CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT).

#### Introducción:

La Tiroglobulina preablación (Tg preab) ha cobrado importancia en el seguimiento de pacientes con CDT. En el Consenso Argentino (2014) se recomienda su medición como elemento adicional predictivo de la RTI. Niveles <10 ng/ml tienen alto valor predictivo negativo, identificando pacientes con bajo riesgo de presentar recurrencia. Si bien existe consenso en cuanto a su utilidad como factor predictor de estado de enfermedad, la evidencia es insuficiente para modificar la indicación de ablación con I131 tomando en cuenta sólo Tg.

#### Objetivos:

a) Evaluar Tg preab de los pacientes operados por CDT. b) Evaluar su RTI a dos años. c) Analizar Tg preab en relación a RTI. d) Definir si existe un nivel de corte de Tg en nuestra población que pronostique RTI.

#### Material y Métodos:

Se revisaron las historias clínicas de pacientes sometidos a tiroidectomía total en nuestro hospital entre 1-09 y 6-15. Se reclutaron 84 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides. Se excluyeron 7 por presentar carcinomas de tiroides no diferenciados. De los 77 pacientes con CDT se excluyeron 22 por no tener suficiente tiempo de seguimiento, 3 no ablacionados y 16 con anticuerpo antitiroglobulina (TgAb) positivo. El "n" de la población fue de 36. La X±DS de edad: 43,7 ± 11,9 años, 32 ♀ y 4 ♂. 35 pacientes tuvieron diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides y 1 de folicular. El riesgo inicial de recurrencia fue: en 4 muy bajo, en 18 bajo, en 12 intermedio y en 2 alto riesgo. En todos se evaluó preablación (quimioluminiscencia): TSH sérica (VN: 0,4-4 uUI/ml), TgAb (VN: <40UI/ml), y Tg (SF<0,9 ng/ml). Dentro de la RTI se consideró: Respuesta excelente (RE): paciente sin evidencia clínica de enfermedad, ecografía de partes blandas de cuello negativa, Tg indetectable (<1ng/ml) bajo terapia hormonal y luego del estímulo (suspensión o rhTSH) en ausencia de TgAb por método ultrasensible. Aceptable (A): Tg bajo inhibición <1, pero estimulada entre 1 y 10. Persistencia bioquímica (PB): valores de Tg persistentemente altos sin evidencia clínica o por imágenes de enfermedad y Persistencia estructural (PE): enfermedad persistente demostrable clínicamente o por imágenes, en general con niveles estimulados o bajo terapia de Tg >1 ng/ml.

Se utilizó el programa estadístico SPSS v21 para calcular los estadísticos descriptivos. Para las comparaciones se utilizó la prueba no paramétrica para muestras independientes: Mann-Whitney ( $\alpha=0,05$ ). Se buscó nivel de corte de Tg mediante curva ROC.

#### Resultados:

La mediana de Tg preab fue 13,25 ng/ml (0,46- 252). Se encontró una RE en 14 pacientes, A en 2, PB en 3, PE en 9 y en 8 faltaron datos. En la tabla 1 se muestran los resultados en cuanto a Tg preab y RTI (dividida por cada tipo de respuesta primero y en dos grupos extremos de respuesta luego). La curva ROC arrojó un valor de corte de Tg preab de 14,8 ng/ml (S= 90%; E= 89%).

#### Conclusiones:

a) Se encontró gran dispersión de valores de Tg, esperable en una población con distintos estadios de enfermedad. b) El 57,2% tuvo respuesta excelente al tratamiento inicial. c) Si bien la diferencia de Tg preab no llegó a ser significativa entre todas las RTI, al agruparlas en los dos extremos - libre de enfermedad/aceptable o persistencia, la Tg fue significativamente más alta en pacientes con persistencia bioquímica o estructural. d) En nuestra población, se halló un punto de corte de Tg preablación en relación a RTI cercano al de la bibliografía. Consideramos de relevancia disponer de un valor de corte de alta sensibilidad y especificidad, para definir un marcador precoz de la RTI y por consiguiente el seguimiento más o menos ofensivo.

**Tabla 1: Tg preab en relación a RTI**

RTI	Tg preab (p)
RE/ A/ PB/ PE	P=0,06
RE-A vs PB-PE	P=0,00