

CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT): PRIMER TIROGLOBULINA BAJO INHIBICIÓN, RELACIÓN CON Tg PREABLACIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL (RTI).

GARCÍA ROEL, Valerial; ZUNINO, Anabella1; ILLERA, Verónica1; DIOS, Alicia2; GAUNA, Alicia1. División endocrinológica, Laboratorio2. Hospital JM Ramos Mejía, CABA, Argentina.

CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT): PRIMER TIROGLOBULINA BAJO INHIBICIÓN, RELACIÓN CON Tg PREABLACIÓN Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO INICIAL (RTI).

#### Introducción:

En los últimos años se ampliaron los estudios sobre CDT. La Tiroglobulina (Tg) preablación ha cobrado importancia en el seguimiento de estos pacientes. En el Consenso Argentino (2014) se recomienda su medición como elemento adicional predictivo de la RTI.<sup>1</sup> La Tg bajo inhibición ha sido menos estudiada a este respecto.

#### Objetivos:

a) Evaluar primer Tg bajo inhibición de pacientes operados por CDT que hayan sido ablacionados. b) Evaluar RTI a dos años. c) Analizar Tg bajo inhibición en relación a RTI. d) Evaluar correlación entre Tg preablación y primer Tg bajo inhibición.

#### Material y Métodos:

Se reclutaron 84 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides sometidos a tiroidectomía total en nuestro hospital entre 1-09 y 6-15. 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, 11 con anticuerpo antitiroglobulina (TgAb) positivo y 9 por faltar datos. El "n" de la población fue de 32. La X±DS de edad: 44,7 ± 13 años, 27 ♀ y 5 ♂. Los 32 pacientes tuvieron diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides. El riesgo inicial de recurrencia fue: en 3 muy bajo, en 18 bajo, en 9 intermedio y en 2 alto riesgo. Se evaluaron por quimioluminiscencia: TSH sérica (VN: 0,4-4 uUI/ml), TgAb (VN: <40UI/ml), y Tg (SF<0,9 ng/ml) preablación y dentro del primer año de seguimiento. En todos se buscó valor de primer Tg bajo inhibición. Se evaluó RTI de estos pacientes a los dos años y 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 ( $\alpha=0,05$ ), Anova de 1 factor, pruebas post hoc (Scheffé) y correlación de Pearson.

#### Resultados:

La mediana de la primer Tg bajo inhibición fue 0,8 ng/ml (rango 0,8 - 35,2). Se encontró una RE en 18 pacientes, A en 2, PB en 3, PE en 8 y en 1 faltaron datos. Al evaluar Tg bajo inhibición en relación a RTI la diferencia fue significativa entre grupos con una  $p=0,00$  (RE: <0,9 ng/ml (<0,9-1,06); A: <0,9 y 1,8; PB: 3,4ng/ml (<0,9-3,7) y PE: 7,6 ng/ml (<0,9-35,2). En el análisis post hoc por Scheffé se evidenció una diferencia significativa entre RE y PE ( $p=0,01$ ). La primer Tg bajo inhibición correlacionó con la Tg preablación significativamente ( $r=0,41$ ;  $p< 0,05$ ).

#### Conclusiones:

La primer Tg bajo inhibición dentro del primer año de seguimiento correlacionó con la Tg preablación, se relacionó con la RTI y diferenció respuesta excelente de persistencia estructural. Consideramos que la Tg bajo inhibición en los primeros estadios de seguimiento puede ser de utilidad como marcador pronóstico de RTI, fundamentalmente en aquellos pacientes en quienes la Tg preablación no es referida o los TgAb preablación fueron positivos.

1Pitoina F y col. Consenso intersocietario sobre tratamiento y seguimiento de pacientes con CDT. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. Vol 51. N 2. 2014.