# Impacto del cambio en el protocolo de tratamiento con $I^{131}$ en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides de bajo riesgo en el Hospital San Juan de Dios

Dr. Chih Hao Chen Ku[1], Dr. Alejandro Cob Sánchez[1], Dra. Gabriela Muñoz Gabayet[1], Dr. Carlos Fonseca Zamora[2], Dr. Luis Espinoza Brilla[3], Dr. Fernando Andrés Jiménez[1], Dr. Ezra Cabal Jiménez[1], Dr. Gerardo Barrantes Chaves[1], Dr. Olger López Salas[1]

## Introducción

En el año 2009 se cambió el protocolo para seleccionar aquellos pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides que erantributarios para tratamiento con $I^{131}$. La diferencia principal fue que se decidió no dar tratamiento ablativo a pacientes con bajo riesgo. Aquellos pacientes que bajo el protocolo anterior hubieran sido candidatos a tratamiento y ahora se excluyeron son: invasión de cápsula, vascular o linfática, invasión microscópica extratiroidea, multifocalidad, lesiones entre 1.5 y 4 cm en menores de 45 años y entre 1.5 y 2 cm en mayores de 45 años. El objetivo del presente estudio es comparar la evolución clínica de los pacientes con carcinoma de bajo riesgo con y sin tratamiento ablativo.

## Materiales y métodos

Este es un estudio retrospectivo de casos y controles. Los casos corresponden a aquellos que bajo el nuevo protocolo no son candidatos a tratamiento con I131 y los controles son aquellos con las mismas características y que recibieron ablación antes del año 2009. Los pacientes se seleccionaron de la base de datos de carcinoma diferenciado de tiroides del Hospital San Juan de Dios. Se excluyeron los pacientes que presentaban cualquier de los siguientes criterios: lesiones mayores de 4 cm en menores de 45 años o lesiones mayores de 2 cm en mayores de 45 años, metástasis a distancia, metástasis ganglionares, lesiones menores de 1.5 cm. El análisis estadístico se realizó usando el programa SPSS 20.

## Resultados

| Característica | Casos (n=98) | Controles (n=117) | P |
|---|---|---|---|
| Edad promedio | 43.89 años | 43.16 años | 0.67 |
| % mujeres | 90.7% | 94.8% | 0.185 |
| Tamaño de lesión | 1.64 cm | 1.72 cm | 0.495 |
| Invasión linfática microscópica | 14.4% | 12.6% | 0.409 |
| Invasión de cápsula (microscópica) | 51.7% | 21.6% | <0.001 |
| Invasión vascular (microscópica) | 20.3% | 12.4% | 0.084 |
| Multifocalidad | 28% | 28.9% | 0.502 |
| Invasión extratiroidea microscópica | 33.9% | 22.7% | 0.12 |
| Tiempo seguimiento | 33.4 meses | 76.5 meses | <0.001 |
| Recidiva clínica | 3.1% | 17.8% | 0.047 |

Dado que el tiempo de seguimiento fue diferente en ambos grupos, si se ajusta a un período de 3 años en el grupo control para tener un tiempo comparable, en ese período 6.83% tuvieron recidiva, lo que hace que la diferencia sea no significatvia.
El tiempo promedio para la aparición de recidiva clínica fue de 809 ± 579 días en los controles y de 874 ± 555 días en los casos, diferencia que no fue significativa (p=0,888)

## Discusión de resultados

La tendencia mundial en estos momentos es ser más conservador en el uso de $I^{131}$ como terapia ablativa. Guías como las de la Asociación Americana de Tiroides[1] indican que en población de bajo riesgo, no se ha demostrado reducción de morbilidad o mortalidad con el tratamiento con $I^{131}$. En algunas series se ha reportado que estos pacientes incluso pueden manejarse con tiroidectomía subtotal siendo el riesgo de recurrencia entre 2 y 4% a 5 años, un poco más bajo de lo que obtuvimos en el presente estudio.

## Conclusiones

La tasa de recidiva clínica en los pacientes de bajo riesgo es baja y al compararla con el control histórico, hay una menor tasa de recidivas en los casos (bajo el protocolo nuevo). Se debe tomar en cuenta que los controles han tenido un mayor tiempo de seguimiento lo que puede sesgar los resultados pero al limitarlo a 3 años de seguimiento, no hubo diferencia en la tasa de recidiva.

## Bibliografía

1. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ et al. Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules And Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2009;19(11): 1167-1214.
2. Vaisman F, Shaha A, Fish S, Tuttle M. Initial therapy with either thyroid lobectomy or total thyroidectomy without radioative iodine remnant ablation is associated with very low rates of structural disease recurrence in properly selected patients with differentiated thyroid cancer. Clin Endocrinol. 2011;75(1):112-9

1.Servicio de Endocrinología, Hospital San Juan de Dios. 2. Servicio de Medicina Nuclear, Hospital San Juan de Dios.
3. Servicio de Patología, Hospital San Juan de Dios. Email: chenku2409@gmail.com