



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-104 - Tiroglobulina tras la cirugía en el cáncer de tiroides ¿Cuándo nos ayuda a identificar la recidiva?

Osorio Silla, Irene; Gómez Ramírez, Joaquín; Tejedor, Patricia; López Rojo, Irene; Salido, Sergio; Rivas Fidalgo, Sonia; Díaz Miguel Maseda, Mariano

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La estratificación del riesgo en el cáncer diferenciado de tiroides (CDT) se basa en una evaluación continua y dinámica durante el seguimiento. Hoy en día, además de tener en cuenta las características histopatológicas y la clasificación TNM, se tienen en cuenta otros factores clínicos como la determinación de TG basal y estimulada y la respuesta al tratamiento administrado. Sin embargo, los factores pronósticos más precisos para establecer el riesgo de recaída todavía están por definir. El objetivo de nuestro estudio es establecer la utilidad de la determinación de TG en diferentes momentos del seguimiento en el CDT, así como de la ecografía cervical y el rastreo corporal para predecir la recidiva tumoral.

Métodos: Estudio retrospectivo de 123 pacientes con diagnóstico de CDT, entre 2010-2014. Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico (tiroidectomía total ± linfadenectomía), y en la mayoría de los casos tratamiento ablativo con I131. Los pacientes se dividen en dos grupos en función de la presencia de recidiva tumoral. Se compararon los niveles de TG posquirúrgica, postablación y al año de la intervención, los niveles de anticuerpos antiTG, así como los resultados de la ecografía cervical y del rastreo corporal postablación entre ambos grupos establecidos.

Resultados: Del total de pacientes, se excluyen 4 pacientes por presencia de metástasis a distancia al diagnóstico; 14 (12%) presentaron recidiva local. Los niveles de TG posquirúrgica, postablación y al año de la intervención se asoció directamente con la recidiva tumoral, como se muestra en la tabla. La ecografía cervical mostró alteraciones en el 77% de las recidiva y en el 16% de los casos sin recidiva ($p = 0,001$). La captación del rastreo corporal fue positiva en el 93% de las recidivas y en el 63% de los casos sin recidiva ($p = 0,037$). La primera alteración que se observó en los pacientes con recidiva tumoral fue la elevación de la TG basal y estimulada postquirúrgica, con niveles de TG > 10 ng/ml en el 50% y 83,3% de los casos respectivamente. En dos casos, la ecografía cervical es patológica con niveles de TG $< 0,2$ ng/ml; y en un caso el rastreo corporal postablación.

Comparación de la mediana de los niveles de TG			
Niveles de TG (ng/ml) *	Recidiva tumoral (N = 14)	No recidiva tumoral (N = 119)	p
TG basal posquirúrgica	9,7 (1,3-55,3)	0,26 (0,2-1,85)	0,001

TG estimulada posquirúrgica	18,7 (6,5-92,4)	2,03 (0,53-4,53)	0,001
TG post-I131	9,6 (0,4-23)	0,22 (0,2-1,34)	0,016
TG basal al año de la intervención	0,6 (0,2-3,7)	0,2 (0,2-0,2)	0,003
TG estimulada al año de la intervención	3,34(0,2-27,8)	0,2 (0,2-0,52)	0,001
*Mediana de los niveles de TG.			

Conclusiones: La TG basal y estimulada posquirúrgica son factores a tener en cuenta para predecir la recidiva de forma precoz. Según los resultados de nuestro estudio, cuando los niveles son > 10 ng/ml indican una recidiva con una especificidad del 93% y 85% respectivamente.