



# Endocrinología y Nutrición



## 113 - VALOR PREDICTIVO DE LA TIROGLOBULINA POSQUIRÚRGICA 'EN ON' SOBRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN EL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

E. Moya Chimenti<sup>a</sup>, A. Paniagua Ruiz<sup>b</sup>, J.I. Lara Capellán<sup>c</sup>, G. Lapeña Villarroya<sup>c</sup>, R. Domínguez Fernández<sup>c</sup>, A. Estrella Santos<sup>c</sup>, J.S. Chacín Coz<sup>b</sup>, C. Torán Ranero<sup>b</sup>, R. Barba Martín<sup>b</sup> y C. Vázquez Martínez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Hospital Infanta Cristina. Madrid. España. <sup>b</sup>Hospital Rey Juan Carlos. Madrid. España. <sup>c</sup>Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

### Resumen

**Introducción:** El valor sérico postoperatorio de tiroglobulina (TGPO) obtenido 1-2 meses PO parece un factor pronóstico independiente de respuesta terapéutica. No está establecido el punto de corte ideal por multitud de fallos metodológicos en bibliografía disponible: metaanálisis analizando TGPO de distintos laboratorios, pacientes AC-Tg (+) con momento y evaluación de la respuesta heterogéneos. El análisis de la respuesta según ATA 2015 a los 2 años del I<sup>131</sup> tiene 84% de varianza explicada (PVE).

**Objetivos:** En una muestra homogénea respecto al ensayo de laboratorio, AC-Tg (-), análisis de respuesta según ATA 2015, a los 2 años de I<sup>131</sup>, confirmar si la TGPO estimulada es un factor de riesgo independiente de respuesta terapéutica y establecer el mejor punto de corte discriminatorio de respuesta excelente (RE).

**Métodos:** Retrospectivo multicéntrico de todos los registros de yodo ablación en 1 hospital de nivel III y 2 de nivel II con laboratorio común (ensayo Tg CRM 457). Criterios de selección: tiroidectomía total, I<sup>131</sup> posterior e información completa acerca del riesgo inicial de recidiva (RIR) y de la respuesta terapéutica. Exclusión: carcinomas pobremente diferenciados, AC-Tg+ e información incompleta. 99 pacientes fueron incluidos.

**Resultados:** Respuestas: RE 65%, no excelente (RNE: indeterminada 14%, incompleta 21%). Entre RE y RNE no hubo diferencias significativas de sexo, edad, subtipo histológico (AP), tamaño ni TSH. El RIR, la enfermedad ganglionar y TGPO (0,28 [0,2-1,4] vs 5,9 [1,12-15,8] µg/l) fueron significativamente superiores en RNE. El modelo de regresión logística ajustado por confusores (edad, sexo, TSH, AP, tamaño, N significativa, RIR) mostró asociación negativa entre niveles de TGPO y RE (OR -1,02 [-1,00;-1,04]). El punto de corte de la TGPO 0,21 µg/l para predecir RE mostró S: 92%, E: 45%, VPN: 97%, VPP: 41%, con área bajo la curva 0,86.

**Conclusiones:** Nuestro punto de corte es menor al comentado en guías ATA 2015 con similar VPN que en la literatura.