



OR-032 - LA ABLACIÓN CON YODO RADIACTIVO PUEDE AUMENTAR EL RIESGO DE HIPOPARATIROIDISMO PERMANENTE TRAS TIROIDECTOMÍA POR CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES

Lorente Poch, Leyre¹; Villarroya Marquina, Ines¹; de Miguel Palacio, Maite¹; Gallego Otaegui, Lander²; Sitges Serra, Antonio¹; Sancho Insenser, Juan José¹

¹Hospital del Mar, Barcelona; ²Hospital Donostia, San Sebastián.

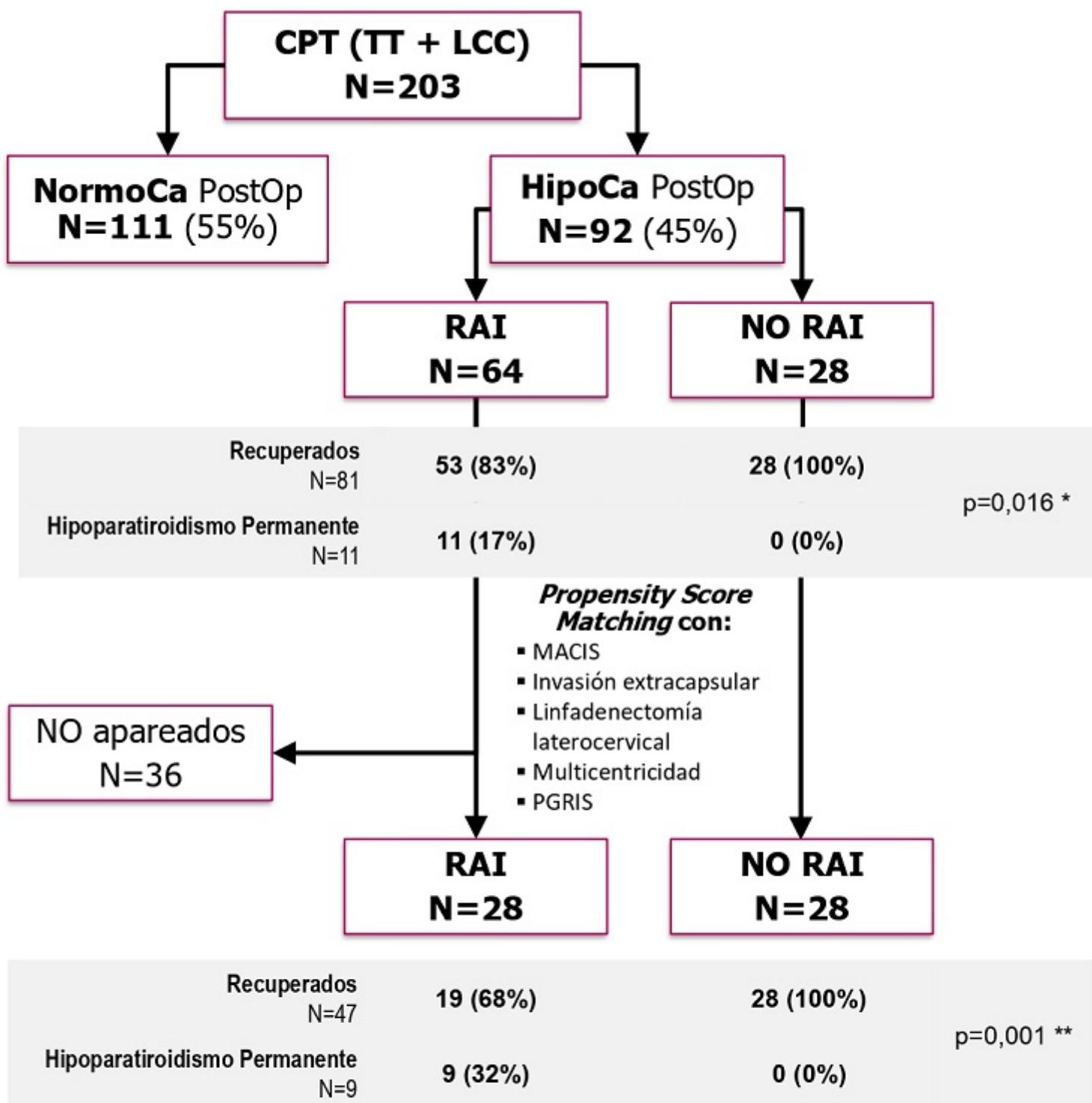
Resumen

Introducción: Los pacientes operados de carcinoma papilar de tiroides (CPT) tienen riesgo de hipoparatiroidismo permanente (hPT-P). Hasta el momento, no existe evidencia de las consecuencias de la ablación con yodo radiactivo en la función paratiroidea a largo plazo. Nuestro objetivo fue investigar si el tratamiento con I¹³¹ está asociado con hPT-P tras tiroidectomía total con linfadenectomía ganglionar cervical central.

Métodos: Se investigó la prevalencia del tratamiento con I¹³¹ e hPT-P (1 año tras la cirugía) en una base de datos mantenida prospectivamente de pacientes operados por cáncer de tiroides papilar avanzado (excluyendo microcarcino) entre 2000 y 2016. Todos los pacientes fueron sometidos a tiroidectomía total y linfadenectomía cervical central (62% unilateral) ya fuera profiláctico (n = 104; 51%) o terapéutico. Todos los pacientes con RAI recibieron dosis altas de I¹³¹ (100 a 140 mCi) dentro de los primeros seis meses posoperatorios. Únicamente se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que desarrollaron hipocalcemia posoperatoria (8 mg/dL). Se analizaron variables quirúrgicas, patológicas y clínicas potencialmente involucradas en el hipoparatiroidismo. La relación entre la administración de I¹³¹ y el hPT-P se estudió mediante análisis bivariante y multivariante, así como *propensity score matching* (PSM) ajustando la gravedad de la enfermedad y la extensión de la cirugía.

Resultados: De un total de 203 pacientes, 92 presentaron hipocalcemia posoperatoria, de los cuales 64 recibieron ablación con yodo radiactivo entre los 3 y 6 meses después de la cirugía. El hPT-P se diagnosticó en 11 de 92 casos tras al menos 1 año de seguimiento y todos habían recibido I¹³¹. El análisis univariante reveló que los pacientes que recibieron I¹³¹ tenían una enfermedad más avanzada (presencia de invasión extracapsular, mayor número de ganglios linfáticos positivos, mayor tamaño tumoral, necesidad de linfadenectomía laterocervical y mayor puntuación MACIS) pero un número similar de glándulas paratiroides preservadas *in situ* (3,2 ± 0,9 vs. 3,4 ± 0,8; NS). El análisis multivariante mostró que el I¹³¹ fue la variable predictora más relevante asociada a hPT-P, seguida de la invasión extracapsular y la multicentricidad. Incluso tras el análisis mediante PSM que seleccionó un subgrupo de 56 pacientes con similar gravedad de la enfermedad y extensión de la cirugía (n = 28 hPT-P vs. n = 28 controles), el yodo radiactivo resultó ser la variable más significativamente asociada con hPT-P (p 0,001), seguida de linfadenectomía laterocervical radical modificada.

Figura. Diagrama de flujo de pacientes y efecto del tratamiento



*Test exacto de Fisher, dos colas. **Test de McNemar.

CPT: Carcinoma Papilar de Tiroides. **TT + LCC:** Tiroidectomía total y linfadenectomía cervical central.

NormoCa: Normocalcemia Postoperatoria. **HipoCa:** Hipocalcemia postoperatoria ($\text{Ca}_s < 8\text{mg/dL}$ a las 24h tras tiroidectomía). **RAI:** Ablación con radioyodo I^{131} de 3 a 6 meses tras tiroidectomía.

Conclusiones: Aunque la asociación entre la radiación ionizante y el hiperparatiroidismo primario se reconoce desde hace años, no existe evidencia científica robusta que vincule el HP con el I¹³¹. Tras nuestro análisis, concluimos que el yodo radiactivo puede aumentar el riesgo de hPT-P en pacientes con cáncer papilar de tiroides que desarrollan hipocalcemia posoperatoria. Se necesitarán estudios más amplios y con un mejor ajuste del riesgo de enfermedad para aclarar este tema clínicamente relevante.