



104 - ADECUACIÓN DEL NIVEL DE SUPRESIÓN DE TSH EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT)

L.E. Lander Lobariñas¹, M. Delgado Fernández-Valdés¹, V. Alcázar Lázaro¹ y E. Olmos del Carmen²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ²Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: en el CDT el riesgo de recidiva se evalúa con los criterios de la ATA. Dichos criterios, junto con la clasificación de Tuttle (CT), determinan el nivel de supresión de TSH en cada visita. Hasta las guías ATA-2015, todos los pacientes debían tener $TSH < 0,01$ mU/L, actualmente, dicho nivel solo se recomienda en los pacientes de alto riesgo o con enfermedad estructural. Objetivo principal: evaluar si la supresión de TSH es adecuada al riesgo de recidiva y CT, al año de tratamiento inicial y en la última revisión disponible (UV) en los pacientes intervenidos por CDT en el Hospital Severo Ochoa entre 1976 y 2022. Objetivo secundario: analizar la prevalencia de patología ósea (PO) y cardiaca (PC), y su posible relación con el nivel de TSH.

Métodos: Estudio retrospectivo. Revisión de historias clínicas en Selene, Horus e Infoarco. Análisis descriptivo con media, desviación estándar y rango en variables cuantitativas y porcentaje en cualitativas. Análisis bivariado con t de Student para variables cuantitativas y chi cuadrado para cualitativas.

Resultados: n = 610. Seguimiento: 13 ± 8 años. Al año y UV, la TSH era mayor al objetivo en el 24,9 y 25,4%, adecuada en el 48,5 y 58,4% y menor en el 26,6 y 16,2%. Los pacientes seguidos tras 2015 estaban más infradosificados al año (26,5 vs. 7,2%, p = 0,023) y UV (27 vs. 12%, p < 0,01). Existe relación significativa entre un nivel de TSH adecuado y la CT en la UV (excelente 63,3%, indeterminada 38%, bioquímica incompleta 36% y estructural incompleta 50%, p < 0,01). El 32% tenían densitometría (38% osteopenia y 33% osteoporosis) y el 12% tenían PC. El nivel de TSH no se relaciona con la PO (p = 0,37) ni con la PC (p = 0,57).

Conclusiones: Tras las guías ATA-2015, existe un porcentaje mayor de pacientes infradosificados. Los pacientes con respuesta excelente tienen un nivel de TSH adecuado en la UV. Relación no significativa entre prevalencia de PO o PC y nivel de TSH, pero es necesario implementar un *screening* en el seguimiento.