



## REPERCUSIÓN DEL ESTADO DE HIPOTIROIDISMO PREVIO A LA ABLACIÓN DE RESTOS CON RADIOYODO, SOBRE LA FUNCIÓN RENAL DE PACIENTES CON CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

**J. Amaya Saumet**<sup>1</sup>, A. Repetto Repetto<sup>1</sup>, F. Cepa Camón<sup>1</sup>, C. Medina Soldado<sup>1</sup>, B. Luna Molero<sup>1</sup>, N. Orta Tomàs<sup>1,2</sup>, L. Nieto Morcillo<sup>1</sup> y C. Peña Viloria<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa), Palma de Mallorca, España.

### Resumen

**Objetivo:** Para conseguir la elevación de la hormona estimulante del tiroides (TSH) previo al tratamiento ablativo del cáncer diferenciado de tiroides (CDT) se debe provocar un hipotiroidismo ya sea suspendiendo la terapia sustitutiva con mantenimiento con liotironina (LT3) o administrando TSH recombinante humana (TSHrh) parenteral. Se sabe que el hipotiroidismo conlleva a una disminución de la tasa de filtrado glomerular (FG), por lo que hemos querido comparar su repercusión según el protocolo utilizado.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de 192 pacientes (M: 151, H: 41, edad media: 45a) con diagnóstico histológico de CDT remitidos al Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Son Espases, para ablación de restos con 131-I. Se seleccionaron 49 pacientes con protocolo TSHrh (grupo A) y 143 con protocolo de suspensión (grupo B) divididos en tres subgrupos según dosis de LT3 suministrada (B1: 45 comp [43p], B2: 30 comp [50p], B3: 20 comp [50p]). Utilizando la fórmula MDRD-4:  $FG = 186 \times [\text{creatinina plasmática (mg/dl)}] - 1,154 \times (\text{edad}) - 0,203 \times (0,742 \text{ si mujer}) \times (1,212 \text{ si raza negra})$ , calculamos el FG basal ( $FG^0$ ), el día del ingreso ( $FG^T$ ) y a los 6 meses posterapia ( $FG^{PT}$ ) de todos ellos correlacionándolo con las dosimetrías obtenidas durante su ingreso.

**Resultados:** La disminución del  $FG^T$  es del 2% en el grupo A y del 19,2% en el grupo B. La variación del  $FG^0/FG^T$  fue inferior a 1 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> en el grupo A mientras que en grupo B fue cercana a 3 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>, siendo el subgrupo: B1 quien presentó la disminución más significativa (6 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>). Las tasas de FG más bajas muestran una eliminación inferior al 50% a las 48h, que para algunos casos y según la dosis, implican la superación de los límites recomendados. La tasa de eliminación de radiofármaco resultó ligeramente superior en el grupo A.

**Conclusiones:** El grupo A presentó un menor deterioro del FG y consecuentemente una tasa de eliminación más rápida del radiofármaco respecto al grupo B. La administración de TSHrh evita la disminución del FG, por lo que debe considerarse como primera opción en pacientes con tasas basales limítrofes.