

## Entrevista al Doctor David Cooper. Segunda parte

*Director, Division of Endocrinology  
Sinai Hospital of Baltimore  
Professor of Medicine and International Health, Johns  
Hopkins University School of Medicine*



**1. ¿Es su opinión tratar, cuando la malignidad ha sido descartada, el bocio multinodular eutiroideo (BMNE) en un país donde la suplementación de yodo es adecuada, como es el caso de los EEUU o Chile? ¿Considera otros elementos para tomar una decisión (edad, sexo, autoinmunidad, etc)?**

Creo que los factores que influyen en la decisión de tratar el BMNE son probablemente los mismos en los EEUU y en Chile, ya que ambos países no tienen deficiencia de yodo o incluso pudieran tener algún exceso en alguna zona de su territorio. Si existe evidencia de compresión anatómica por el bocio (con alteraciones de la deglución o la respiración) o de autoinmunidad alterada, ellas constituyen razones para tratar. En el mismo sentido, hay evidencia que el bocio de la enfermedad de Hashimoto puede reducir su tamaño con el tratamiento. Volviendo a la pregunta, yo no trato a los pacientes sin bocio y asintomáticos.

**2. Y si se trata de un bocio enorme ¿ordena usted algunas pruebas o exámenes?**

Hago una prueba radiológica de deglución con bario, o una curva flujo volumen respiratorio, o un TAC para evaluar el lumen traqueal. En los EEUU muchos médicos piensan, especialmente los más jóvenes, que si el bocio está en posición retroesternal debe ser extirpado, aunque sea asintomático y la función normal. Mientras más grande y significativo el componente intratorácico mayor es la tendencia a operar. La razón para esta conducta es que si existiera malignidad no lo detectaríamos porque no se puede biopsiar la parte intratorácica; además, este bocio podría crecer significativamente en una cavidad cerrada inextensible, con las consecuencias negativas correspondientes.

Generalmente, la cirugía se efectúa a través de una cervicotomía sin necesidad de llegar a la esternotomía.

**3. ¿Qué hace usted con una persona con anticuerpos anti TPO positivos, pero con TSH y examen físico tiroideo normales? ¿Pide información comple-**

**mentaria para tomar la decisión (historia familiar, ultrasonido)? En Chile, muchos médicos generales piden anticuerpos anti-tiroideos, además de T4, T4 libre, T3, TSH.**

Mi respuesta es que si esa teórica paciente se embaraza o tiene posibilidades de hacerlo, puede correr riesgo de aborto y prematuridad del niño. El trabajo de Negro mostró que mujeres con TSH normal y anticuerpos anti TPO positivos, tratadas durante el embarazo son más normales en sus TSH que las no tratadas, aunque en ambos grupos las TSH estén dentro de los límites de la normalidad. En el grupo tratado el TSH es  $< 2,0 \mu\text{IU/mL}$  y en el grupo no tratado 2,5 a  $3,0 \mu\text{IU/mL}$ . A pesar de esta normalidad, el tratamiento fue capaz de revertir el aumento de las tasas de aborto hasta el nivel que el grupo tratado alcanza la misma tasa de abortos que los controles. El grupo no tratado, con anticuerpos positivos, tuvo una mayor tasa de abortos. Basado en lo anterior la respuesta es que si la persona es mujer y piensa embarazarse o está embarazada yo la trataría.

**4. Existe una publicación señalando que a veces los anticuerpos son negativos pero el ultrasonido es positivo.**

Claro, hay gente que piensa que las anomalías del ultrasonido preceden a la positividad de los anticuerpos. Pero, si los anticuerpos son positivos la persona tendrá un ultrasonido anormal, así que no veo la indicación en este caso de hacer un ultrasonido.

**5. ¿Podría usted resumir las indicaciones actuales de la TSH recombinante en enfermedades tiroideas? ¿Tiene la r-TSH algún lugar en el tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides metastásico?**

Me remitiré a la FDA. Este organismo acepta que la TSH recombinante puede ser usada para la ablación del remanente tiroideo después de la cirugía; eso se aprobó en los EEUU en el año 2006. También se usa en los exámenes de seguimiento de los pacientes operados de cáncer tiroideo.

## Entrevista

Estas son las dos indicaciones. Para el futuro se está buscando otras aplicaciones del r-TSH respecto del cáncer de tiroides e incluso en enfermedades tiroideas benignas.

### **6. En Europa especialmente, se han generado muchas publicaciones respecto de usar r-TSH en patología benigna.**

He sabido de algunos efectos colaterales que no se han comunicado: muerte y tirotoxicosis; sin embargo, hubo disminución de 50 a 60% en el tamaño del bocio y ello importa; así lo comunican estudios daneses que muestran que la r-TSH podría ayudar a la disminución del tamaño del bocio. Sin embargo, en términos de calidad de vida esto no es importante porque no tenían síntomas, ni antes ni después de ser tratados.

Con respecto a la aplicación del r-TSH en el cáncer metastático, no sé cuál es el futuro. Respecto de un paciente que tiene un cáncer papilar metastásico al pulmón y al hueso, si las lesiones son ávidas de yodo se debe suspender la hormona tiroidea. No tenemos suficiente evidencia para demostrar que la TSH recombinante es efectiva o tan efectiva como el "gold standard" de la suspensión de hormona tiroidea.

### **7. ¿Y si se trata de un paciente con un cáncer folicular con metástasis pulmonares extensas, con TSH suprimida?**

En los casos en que el cáncer está sintetizando hormona tiroidea, o hay hipopituitarismo o una comorbilidad como depresión, o está postrado, se usará r-TSH. Pero para la

situación habitual no tenemos evidencia suficiente. Por supuesto, usar r-TSH es más fácil y también más seguro por la menor exposición a la radiación (exposición de la médula ósea, por ejemplo) debido al "turnover" más rápido por no estar en situación de hipotiroidismo. Sin embargo, el "turnover" rápido puede no ser tan bueno cuando se está tratando de eliminar la enfermedad. Es decir, ese algo bueno puede ser llegar a ser perjudicial. Existe un estudio pequeño donde se dió yodo radioactivo a gente con enfermedad metastásica y se midió la radiación sobre una lesión en particular tras suspender la hormona tiroidea, y luego se repitió usando r-TSH. La dosis de radiación en la lesión, después del r-TSH, era menor que la obtenida con la suspensión de tiroxina. Este estudio sugiere que la eficacia del tratamiento puede no ser tan buena con el r-TSH, comparativamente a la suspensión de tiroxina.

Necesitamos estudios aleatorios. Por ahora, a menos que haya alguna razón para no suspender la hormona tiroidea, creo que esa es la mejor opción. Hace algunos años decíamos "no es tan malo" suspender la hormona tiroidea. Así se hizo por 50 años y los efectos colaterales fueron bastante pocos.

Cuando se usa r-TSH se debe cuidar el eventual aumento de volumen de lesiones que están en ciertas partes críticas del cuerpo. Al respecto, tuve una paciente con una lesión en la tráquea que requirió ser intervenida quirúrgicamente; también casos de metástasis cerebrales que aumentaron de volumen; también se comunicó un caso del John's Hopkins con metástasis femoral la cual creció y el fémur se fracturó. Si hay enfermedad metastásica y se pretende usar r-TSH está indicado usar corticoides. Incluso, también esta postura podría extenderse a la suspensión de tiroxina.