Semáforo amarillo: yodo radiactivo en orbitopatía de Graves: ¿un riesgo real?

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 13 Junio 2025 12:46
Escrito por: Sofia
Visitas: 4360

Este estudio compara el impacto clínico de estrategias ablativas y conservadoras para el manejo del hipertiroidismo en pacientes con orbitopatía de Graves moderada a severa tratados con glucocorticoides.

Abordaje ablativo versus conservador para el tratamiento del hipertiroidismo en pacientes con orbitopatía de Graves: un estudio de cohortes retrospectivo.

Ablative Versus Conservative Approach for Hyperthyroidism Treatment in Patients with Gravesâ Orbitopathy: A Retrospective Cohort Study

Giada Cosentino y col. Thyroid. Marzo 2025.

Disculpe su navegador web no soporta audios.
Descargar Abordaje ablativo versus conservador para el tratamiento del hipertiroidismo en pacientes con orbitopatía de Graves: un estudio de cohortes retrospectivo.

Puntos de interés: En pacientes con orbitopatía de Graves moderada a severa tratados con glucocorticoides endovenosos, el tratamiento con yodo radiactivo mostró una respuesta ocular más temprana en comparación con metimazol, sin diferencias a largo plazo. Ambos enfoques fueron seguros.

Resumen

Contexto: El tratamiento del hipertiroidismo de Graves (HG) en pacientes con orbitopatía de Graves (OG) sigue siendo un tema de debate. El objetivo fue investigar los resultados de la GO después del tratamiento con glucocorticoides, dependiendo del tratamiento tiroideo elegido.

Métodos: Este estudio de cohortes retrospectivo incluyó a 49 pacientes consecutivos con HG y OG activa de moderada a severa, según la definición de las directrices del Grupo Europeo de Orbitopatía de Graves (EUGOGO). Veinticuatro pacientes fueron tratados con yodo radiactivo (RAI) y 25 con metimazol (MMI). A todos los pacientes se les administró metilprednisolona intravenosa. Las visitas de seguimiento tuvieron lugar en las semanas 24, 48 y 72. El criterio de valoración primario fue el resultado global de la OG en la semana 24. La respuesta se definió como un cambio en al menos dos de las siguientes características oculares: reducción de â¥1 punto en la puntuación de actividad clínica; reducción de la proptosis â¥2 mm; reducción de la apertura del párpado â¥2 mm; aumento de las ducciones oculares â¥8 grados.

Phoca PDF

Resultados: La duración del seguimiento fue de 72 semanas para ambos grupos (rango intercuartílico 66–72 para RAI y 48–72 para MMI). **La proporción de respondedores para el resultado global de OG en la semana 24 fue mayor con RAI** (54,1% frente a 16%; odds ratio [OR] 6,2 [intervalo de confianza (IC): 1,6–23,6], p= 0,0075), **pero aumentó con MMI en las semanas 48 y 72, sin diferencias entre grupos.** Hubo una tendencia que indicaba una mejor respuesta con RAI con respecto a las características oculares individuales. **La mejoría en el cuestionario de calidad de vida específico de OG en la semana 24 fue tendencialmente más pronunciada con RAI** (respondedores 50% frente a 28% con MMI; OR= 2,5 [IC: 0,7–8,4], p= 0,11), **aunque los resultados fueron similares en ambos grupos en puntos temporales posteriores.** En la semana 24, sólo un paciente (4%) tratado con RAI y tres (12%) con MMI experimentaron empeoramiento de la OG. Se registraron 59 acontecimientos adversos en 36 pacientes, sin diferencias entre los grupos, excepto en el caso de las infecciones, que fueron más frecuentes con RAI (53,8% frente a 15,3% con MMI; OR= 6,41 [IC: 1,7–23,9], p= 0,0056).

Conclusiones: El RAI parece asociarse a una respuesta más precoz de la OG a los glucocorticoides intravenosos. A largo plazo, un enfoque conservador también parece ser eficaz. El RAI parece ser relativamente seguro cuando los pacientes son tratados simultáneamente con glucocorticoides. Sin embargo, son necesarios ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos resultados.

Puntos de interés

- La estrategia óptima para el manejo del hipertiroidismo en el contexto de OG activa sigue siendo motivo de debate. Algunos grupos favorecen un enfoque conservador con antitiroideos, mientras que otros promueven una estrategia ablativa (RAI o tiroidectomía), basada en la hipótesis de que la eliminación del tejido tiroideo reduciría la carga de autoantígenos compartidos con la órbita, como el receptor de TSH.
- Aunque el RAI puede inducir o empeorar una OG leve si no se acompaña de esteroides, su impacto en OG activa moderada-severa no ha sido adecuadamente evaluado.
- En el grupo tratado con RAI, los pulsos de GC se iniciaron a las 2 semanas luego de administrado el yodo y los pacientes no recibieron GC orales previo a los mismos.
- **Los anticuerpos anti-receptor de TSH (TRAb) aumentaron transitoriamente en RAI y disminuyeron sostenidamente en MMI.**

Phoca PDF

Este aumento de TRAb tras RAI no pareció tener un impacto clínico adverso en el corto plazo, probablemente por el efecto modulador de los glucocorticoides.

- **La progresión o recaída de la OG y la necesidad de tratamientos adicionales fueron similares entre ambos grupos.**
- **Ambos enfoques resultaron eficaces a largo plazo**, lo que sugiere que RAI puede ser una opción segura incluso en OG activa si se administra con cobertura glucocorticoidea.
- Se destaca la necesidad de ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos hallazgos debido al carácter retrospectivo del estudio.

Copyright 2025. Endoweb.net

Phoca PDF