

Nuestra Experiencia en el Tratamiento del Hipertiroidismo con Yodo Radiactivo

*Dr. Julián Peña Chaves**

Hace quince años, en abril de 1964, iniciamos en el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, los métodos de tratamiento del hipertiroidismo con yodo radiactivo. Desde entonces hasta mayo de 1979, hemos tratado 748 pacientes, 532 mujeres y 217 hombres, la mayoría de ellos adultos jóvenes o adultos, portadores de bocio difuso y tirotoxicosis.

Resulta obvio deducir, de las cifras anteriores, que una proporción muy elevada de todos los casos de hipertiroidismo que se han presentado en nuestro país en los últimos cinco lustros, han recibido esta forma de tratamiento del hipertiroidismo. Este hecho resulta doblemente satisfactorio para nosotros, toda vez que acumular una casuística de tal magnitud en un padecimiento y en una forma de tratarlo en un país pequeño como el nuestro, es altamente significativo.

Varios factores contribuyeron inicialmente a impulsar la aplicación del yodo radiactivo en el tratamiento del hipertiroidismo: 1) la creación, en 1964 en el Hospital Central, del primer Servicio de Medicina Nuclear en Costa Rica; 2) la organización asistencial de la Caja Costarricense de Seguro Social para esa época, en pleno desarrollo y

extensión de sus servicios médicos en diversas zonas del país y 3) la aceptación por parte de los médicos, internistas, endocrinólogos, médicos generales y cirujanos, de una muy buena alternativa, posiblemente la mejor para aquella época y para hoy, en el tratamiento del bocio difuso con hipertiroidismo, en relación con los dos métodos terapéuticos tradicionales, la cirugía, nunca exenta de riesgos, y la medicación anti-tiroidea, tampoco exenta de riesgos aunque escasos, pero desafortunadamente ineficaz aun a largo plazo, como tratamiento definitivo por su elevado porcentaje de recidivas.

Al lado de acumular experiencia con el uso del radioyodo durante estos últimos quince años, hemos tenido la afortunada oportunidad de observar la evolución en nuestro país de un padecimiento, cuya frecuencia y características clínicas variaron notablemente a partir de octubre de 1972, dos meses después de iniciados en forma sistemática y adecuadamente controlados, los programas de iodización de la sal en Costa Rica. Hasta setiembre de 1972, inicialmente y hasta agosto de 1969 en el Hospital Central (hoy Hospital Calderón Guardia) y desde entonces en el Hospital México, habíamos tratado 191 enfermos con hipertiroidismo. Desde octubre de 1972 a mayo de 1979, hemos tratado 557 enfermos, el mayor porcentaje de éstos 557 en el lustro comprendido entre 1972 y 1977.

Es comprensible aceptar que el número

*Jefe Servicios de Medicina Interna y Medicina Nuclear, Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social.
Profesor Asociado de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

mayor de pacientes de 1972 a 1979, casi el triple de los tratados entre 1964 y 1972, se relaciona con una mayor observación de casos por la extensión de los servicios médicos de la Caja. Sin embargo, la mayor frecuencia de casos de hipertiroidismo tratados con radioyodo, coincidió con un elevado número de enfermos hospitalizados en nuestros servicios de Medicina del Hospital México, especialmente en el quinquenio 72-77, en una proporción que superaba las cifras esperables de ingresos por dicho padecimiento, debido al incremento de la población costarricense asegurada. Estas observaciones fueron discutidas por nosotros en el Congreso Médico Nacional de 1976 y resultaron similares a las presentadas en el mismo evento por los médicos de los servicios de Endocrinología de los Hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia.

Dos de los rasgos clínicos más llamativos del hipertiroidismo que observamos a partir de octubre de 1972 y cuya frecuencia ha empezado a declinar en 1978 y en el primer semestre del presente año, son la ausencia en la mayoría de los casos de oftalmopatía infiltrativa (aun cuando la edad, sexo, tipo de bocio y otras características clínicas son similares a las de la enfermedad de Graves-Basedow) y la rápida y en ocasiones dramática respuesta inicial a las drogas antitiroideas y al propranolol. Estos hechos clínicos coincidieron, en el mismo tipo de pacientes, con una respuesta también rápida y dramática a las dosis usuales de yodo radiactivo que utilizábamos en el tipo clásico de hipertiroidismo con exoftalmos (u otros cambios infiltrativos) de la enfermedad de Graves-Basedow.

Para octubre de 1972, ocho y medio años después de iniciados los tratamientos con radioyodo, teníamos un porcentaje de hipotiroidismo, la única complicación estadísticamente importante que presenta nuestra serie de 748 pacientes, cercana al 20%. Este porcentaje subió rápidamente a partir de diciembre de 1972 y de los primeros meses de 1973. Consideramos por esta peculiar circunstancia, de la que no encontramos reportes en la literatura mundial, incluyendo la proveniente de brotes del llamado hipertiroidismo yódico (Jod-Basedow) en países con programas nacionales de iodización, y por los datos clínicos mencionados antes,

que debíamos reducir las dosis de yodo radiactivo que estábamos utilizando hasta entonces. Influyeron también en nuestra decisión, los reportes de la literatura que indicaban una indudable relación entre las dosis altas del radiofármaco y la mayor frecuencia de hipotiroidismo.

De este modo, nuestra experiencia con el yodo radiactivo en el tratamiento del hipertiroidismo, ha pasado por dos etapas en relación con las dosis del medicamento y enmarcadas por la aparición, a partir de octubre de 1972 en una gran cantidad de pacientes, de un tipo de hipertiroidismo más "sensible" a los efectos de la radiación ionizante. En los dos últimos años hemos reducido aún más las dosis, con objeto de disminuir la frecuencia del hipotiroidismo, utilizando carbonato de litio ocho días antes y después de la fecha de la dosis ablativa de radioyodo. Como se sabe, el litio prolonga la vida media biológica del isótopo dentro de la glándula tiroidea y aumenta, de ese modo, los efectos de su radiación beta.

Reducir al máximo las dosis de sustancias radiactivas empleadas en el tratamiento y en el diagnóstico, constituye un principio fundamental en la práctica de la medicina nuclear. Hemos tenido en mente siempre este principio al usar el yodo radiactivo en el tratamiento de nuestros enfermos con hipertiroidismo y por fortuna la experiencia que hemos adquirido durante quince años nos ha demostrado, al igual que a todos los clínicos que usan esta forma de tratamiento, que su única y real complicación es el hipotiroidismo. La frecuencia de este trastorno en los casos que tratamos en los primeros diez años, desde 1964 a 1973, alcanza cerca del 40%. Tendremos que esperar unos años más para comparar esta cifra con la que corresponde a la década 74-83, para observar los efectos a largo plazo de las dosis menores de radioyodo que usamos en la actualidad.

Sin embargo, junto con considerar los efectos nocivos de la radiación, siempre pensamos y hemos sostenido, al defender la práctica del tratamiento del hipertiroidismo con yodo radiactivo, que el hipertiroidismo es una enfermedad frecuentemente grave y a menudo mortal y que, mientras no se disponga de una forma de tratamiento etiológica, la radiación ionizante en las dosis utilizadas antes y ahora del I^{131} constituye

una forma segura, eficaz y prácticamente libre de riesgos, excepto el hipotiroidismo fácilmente corregible, de tratarla en forma definitiva.

Por las dos premisas mencionadas antes, hemos sido menos agresivos que otros clínicos que utilizan dosis altas y únicas del I^{131} para curar rápidamente el hipertiroidismo, e intruyen a sus pacientes para que empleen tratamiento sustitutivo con hormona tiroidea en forma permanente, a partir del primer mes de la dosis ablativa del isótopo. Tampoco compartimos el criterio del límite arbitrario de 30 o 40 años para indicar el tratamiento, por las eventualidades, nunca demostradas en forma inequívoca, de provocar con el tiempo el desarrollo de neoplasias tiroidea, o de alteraciones genéticas en los niños o jóvenes expuestos a los efectos de la radiación beta del I^{131} . En nuestra casuística, 48 de las mujeres tratadas (14 de ellas con dos dosis de I^{131}), han tenido embarazos, parto y productos normales. De ellas, 22 han tenido dos embarazos después de la curación del hipertiroidismo.

Solamente en dos, de los 748 pacientes, hubo agravamiento del exoftalmos después

del tratamiento con radioyodo. En uno de ellos, sin embargo, la oftalmopatía se alivió y estabilizó al mejorar paulatinamente la tirotoxicosis. No hemos observado ningún caso con lesiones temporales o definitivas de los nervios recurrentes o de las glándulas paratiroides o tiroiditis de importancia clínica. Antes del uso del propranolol, como coadyuvante en la terapéutica del hipertiroidismo, tuvimos varios casos de agravamiento de la tirotoxicosis y aun de "tormentas tiroideas", pero no tenemos, en toda nuestra casuística, ningún caso de fallecimiento en relación directa con el tratamiento con radioyodo.

La disminución actual del hipertiroidismo que hemos tenido la oportunidad de estudiar en los últimos seis años y los nuevos conceptos, cada día más definidos, acerca del carácter inmunológico de la enfermedad de Graves-Basedow, han de cambiar, posiblemente, el papel del yodo radiactivo en el tratamiento de la tirotoxicosis. Su aplicación en el bocio uni o multinodular con hipertiroidismo, seguirá estando relacionada con los casos que no puedan ser tratados por cirugía. Por ahora, sigue siendo, en nuestro criterio, el tratamiento de elección para la mayor parte de los pacientes portadores de bocio difuso e hipertiroidismo.