Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 7153

Manejo inicial del Cáncer Diferenciado de Tiroides (CDT)

Recomendación 10: **No se recomienda la evaluación genómica antes de la cirugía de forma rutinaria.** Sin embargo, **si se conoce o se realiza el perfil genómico**, se pueden considerar la presencia o ausencia de combinaciones específicas de anomalías en el contexto de los datos clínicos, radiográficos y citopatológicos para determinar **la extensión de la cirugía.** (Recomendación condicional, Evidencia de certeza baja).

Recomendación 11: Se incluye como conducta posible la **vigilancia activa** en Cáncer Papilar Tiroideo (CPT) cT1aN0M0 que previamente tenía indicación de lobectomía. Como alternativa a la vigilancia se sugiere también la **ablación con radiofrecuencia.**

Vigilancia activa:

- _____
- No se recomienda el seguimiento con Tiroglobulina (Tg) y anticuerpos anti Tiroglobulina (aTg) (Recomendación 13).
- No se establece un valor óptimo de TSH en el seguimiento (Recomendación 46).
- La resección quirúrgica está indicada si: Nuevas metástasis ganglionares comprobadas por biopsia, crecimiento del tumor primario >3 mm, metástasis a distancia, evidencia de extensión extra tiroidea, crecimiento posterior, ansiedad del paciente, imposibilidad de seguimiento o preferencia expresa por la cirugía. (Declaración de Buenas Prácticas-Recomendación 14).

Conducta quirúrgica inicial (Recomendación 15):

Lobectomía/Hemitiroidectomía:

- Tumores ≤2cm sin extensión grosera, ganglios clínicamente evidentes o metástasis (previamente se decía que la tiroidectomía o la lobectomía eran una indicación posible), **(Recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).**
- En tumores >2cm y _____

Tiroidectomía total: En pacientes con cáncer de tiroides >4 cm (cT3a), cáncer de cualquier tamaño con extensión extra tiroidea macroscópica (cT3b o cT4), o enfermedad metastásica clínicamente evidente en ganglios linfáticos (cN1) o sitios distantes (cM1) (Recomendación fuerte, evidencia de certeza moderada).

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 7153

En vista del riesgo significativamente menor de complicaciones y la mejor calidad de vida con la lobectomía en comparación con la tiroidectomía total, así como del limitado beneficio oncológico de esta última, **la lobectomía para el CDT de bajo riesgo es la cirugía inicial preferida** cuando el tumor primario es clínicamente pequeño, unilateral, intra tiroideo y sin evidencia de metástasis regional o a distancia.

Estadio clínico	Extensión cirugía tiroidea[a]
cT1N0M0 (unilateral)	Lobectomía
cT1(m)N0M0 (bilateral)	Tiroidectomía
cT2N0M0 (unilateral)	Lobectomía o tiroidectomía total
cT2(m)N0M0 (bilateral)	Tiroidectomía total
cT3-4 o cN1 o cM1	Tiroidectomía total

¿Cuándo completar la cirugía?

- En caso de lobectomía, existe una probabilidad de un 20 % aproximadamente de conversión a tiroidectomía total intraoperatoria o a una tiroidectomía completa posterior.
- La
- Se puede
- También se puede considerar la completar la tiroidectomía en los casos de carcinoma oncocítico (COT), al igual que frente a otros tipos histológicos agresivos. (Recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja).

Post quirúrgico

- Los **Criterios de Respuesta al tratamiento (Ver Tabla 9)** deben utilizarse antes de determinar la intensidad de la terapia adicional o la monitorización, siempre en combinación con las Estimaciones del Riesgo de Recurrencia (Recomendación 29).
- Si bien inicialmente se propusieron para su uso durante el seguimiento a largo plazo, los estudios han demostrado que muchos pacientes considerados inicialmente con riesgo intermedio

Phoca PDF

o alto de recurrencia mediante los sistemas de estratificación inicial pueden reclasificarse posteriormente como de bajo riesgo de recurrencia en función de su excelente respuesta a la terapia inicial.

- La **primera evaluación tras la terapia inicial** debe realizarse **dentro de los tres meses posteriores a la resección.** De esta manera, puede utilizarse para fundamentar la toma de decisiones del paciente y del médico sobre el uso de yodo radioactivo (RAI) o para individualizar la dosis administrada.
- Se formaliza la indicación de la **medición de Tg y ATg entre las 6–12 semanas post tiroidectomía** con el fin de guiar la elección de los tratamientos a seguir. Se establecen los valores óptimos según el tipo de cirugía (y si fue ablacionado o no).
- Esta guía agrega la respuesta al tratamiento en pacientes con Tiroidectomía total sin RAI y aquellos sometidos a lobectomía/hemitiroidectomía. Además, sugiere el valor objetivo de TSH según respuesta.
- En caso de Lobectomía/Hemitiroidectomía: **No toma en cuenta la Tg**. Por otra parte, sólo se establecen dos posibles respuestas, excelente o estructural incompleta.

Tabla 9. Respuesta al tratamiento inicial (luego de la cirugía).

Respuesta al tratamiento	Post tiroidectomía y/o disección cervical con ablación con RAI	Post tiroidectomía y/o disección cervical sin ablación con RAI	Post hemitiroidectomía	Objetivo TSH
Excelente	Tg no estimulada < 0.2ng/mL o Tg estim	Tg no estimulada < 2.5ng/mL	Normal o nódulos de bajo riesgo en el lóbulo contralat	TSH en el rango normal

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 7153

	ulada < 1ng/mL e Imágenes negativas		eral, o nódulos contralaterales con biopsia benigna y no ganglios anormales en imágenes	
Indeterminada	Sin hallazgos específicos en imágenes o TG no estimulada 0.2-1 o Tg estimulada 1-10 o Niveles de ATg estables o en descenso	Sin hallazgos específicos en imágenes o Tg no estimulada 2.5-5 Niveles de ATg estables o en descenso	N/A[a]	TSH en el rango normal[b]
Bioquímicamente incomple	Tg no estimulada >1 o	Tg no estimulada >5 o	N/A[a]	TSH debajo del

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 7153

ta	Tg estimulada >10 o Niveles de ATg en ascenso. Con imágenes negativas	Niveles de ATg en ascenso. Con imágenes negativas		rango normal[C]
Estructuralmente incompleta	Evidencia estructural de enfermedad (imágenes locales sospechosas o comprobadas con biopsia o mts a distancia)	Evidencia estructural de enfermedad (imágenes locales sospechosas o comprobadas con biopsia o mts a distancia)	Evidencia estructural de enfermedad (imágenes locales sospechosas o comprobadas con biopsia o mts a distancia)	TSH debajo del rango normal[C]

[a] *La recomendación 48 explica que no es de utilidad la utilización del nivel de Tg para el seguimiento de los pacientes tratados con hemitiroidectomía.*

Phoca PDF

[b] *La información sobre el valor objetivo de TSH en inclusa.*

[c] *La información sobre el valor objetivo de TSH inclusa y/o conflictiva. Si existe progresión de la enfermedad residual o desarrollo de nueva recurrencia, el objetivo de TSH por debajo del valor de referencia puede ser razonable. Sin embargo, comorbilidades como fabricación auricular y osteoporosis deben ser sopesados en el proceso de toma de decisiones.*

Variables a analizar en el seguimiento del CDT

Tiroglobulina (Tg)

- Recomendación 30: Medir Tg 6–12 semanas post cirugía (tiempo que alcanza su nadir) ya sea bajo levotiroxina (LT4) o estimulada. (Recomendación Fuerte, bajo calidad evidencia).
- **En caso de Lobectomía/Hemitiroidectomía: Medir Tg 6–12 semanas con TSH normal si bien no hay cut off específico (Buena práctica). La Tg no sirve para detectar recurrencia o metástasis en estos pacientes.**
- La Tg en pacientes con Tiroidectomía total sin RAI tiene pocos estudios y en general es baja o estable.
- Si aumenta la Tg en el COT o en el pobremente diferenciado y no se ve nada en ecografía, pedir PET TC (Recomendación condicional, bajo nivel evidencia).

Ecografía de cuello y Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF)

- Recomendación 31: La ecografía método de imágenes preferido (Recomendación Fuerte, moderada calidad evidencia). Repetirla a los 6–12 meses luego del tratamiento inicial (Buena práctica).
- Si aparecen ganglios o lesiones < 8–10 mm en su diámetro menor: Control sin PAAF (Recomendación condicional, bajo nivel evidencia).
- **Si lesiones o ganglios > 8–10 mm diámetro sospechosas (quistes, focos hiperecogénicos, vascularización periférica) y eso cambia el manejo, hacer PAAF con Tg en lavado de aguja**
- La forma redonda, la hipoecogenicidad y la pérdida de la hiperecogenicidad del hilio del ganglio no justifican su PAAF si aparecen como datos aislados.
- La Tg en lavado de aguja sigue siendo válida aún si hay aTg positivos. La Tg en lavado tiene que ser comparada con la sérica medida el mismo día antes de la PAAF.

Radioyodo (RAI)

Phoca PDF

Criterios de su administración basados en las guías de Martinique. Algunos conceptos importantes:

- **Ablación remanente: Destruir tejido benigno para facilitar el monitoreo del tratamiento**
- **Adyuvante: Reducir la recurrencia**
- **Tratamiento enfermedad: Tratamiento enfermedad residual o metástasis**

  - **Bajo riesgo: NO (Recomendación fuerte, alta evidencia).** Si eventualmente se da serían dosis entre 30-50 mCI
  - **Riesgo intermedio bajo e intermedio alto:** Podría darse como adyuvante (30-100 mCI) (Recomendación condicional, bajo nivel evidencia)
  - **Alto riesgo: Siempre como adyuvante** (Recomendación fuerte, moderada evidencia) **(100-150 mCI)**
  - **Metástasis a distancia: Siempre** (Recomendación fuerte, moderada evidencia) **(100-200 mCI o dosimetría)**

Dosimetría basada en máxima actividad tolerada (MTA): Identificar la máxima dosis tolerada sin exceder valores de corte determinados en forma empírica asociados a alta toxicidad (Dosis de 2 Gy para la sangre o dosis de 4,5-3 Gy para el organismo en general). Idealmente en pacientes añosos y con metástasis pulmonares difusas.

- Recomendación 33: RAI en COT. Se desconoce su utilidad. (Recomendación condicional, muy bajo nivel evidencia)
- Recomendación 34: **Preparación RAI. Se prefiere el uso de TSH recombinante humana (TSHrh) (Recomendación fuerte, Alto nivel de evidencia).** Si es con suspensión de LT4, discontinuar por 3-4 semanas. Si LT4 se suspende por > 4 semanas agregar T3 y suspender 2 semanas antes de RAI. Medir TSH antes de dar RAI. Objetivo TSH > 30 mUI/L. **Con metástasis a distancia: Suspender LT4 o TSHrh (Recomendación condicional, bajo nivel evidencia).**
- Recomendación 35: Dieta baja en yodo 1-2 semanas antes (Buena práctica).
- Recomendación 36: Rastreo Corporal Total (RCT) diagnóstico: Pueden ser considerado previo a la dosis (Recomendación condicional, bajo nivel evidencia), y se hace con misma preparación que para dar tratamiento con RAI. La guía no establece qué dosis utilizar, sólo que se debe dar una dosis baja de Yodo
- Recomendación 37: Hacer RCT post RAI (Recomendación fuerte, evidencia moderada).
- R
- Recomendación 40: Hidratación para prevenir lesión glándulas salivales (Buena práctica).

Phoca PDF

- Recomendación 41: _____
- Recomendación 43_____

Radioterapia (RT)

- Recomendación 44: Se considera **si hay enfermedad locoregional avanzada progresiva que no pueda ser operada** (Condicional, bajo nivel evidencia). También se podría dar en el post quirúrgico. Con o sin quimioterapia concurrente.
- Factores relacionados a enfermedad progresiva: Edad avanzada, histología desfavorable, márgenes macroscópicos positivos o enfermedad residual grosera, afectación del nervio laríngeo recurrente, tráquea, laringe o extensión extra tiroidea grosera.
- Dosis que suele darse: 6000-6600 cGy. Se usa Radioterapia de intensidad modulada (IMRT) que suele dañar menos los tejidos sanos.
- No se puede recomendar la RT en todos los casos de recurrencia loco regional por sus efectos adversos. Debe ser elegida según el caso.
- Otra opción es tratamiento neoadyuvante con inhibidores multikinasa (ITK)

Copyright 2025. Endoweb.net

Phoca PDF