

# 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) cT1aNOM0 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).

Categoría: Publicaciones destacadas  
 Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00  
 Escrito por: Sofia  
 Visitas: 2606

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 <sup>a</sup>
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

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

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 contralateral	TSH en el rango normal

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

	<p>ulada &lt; 1ng/mL e</p> <p>Imágenes negativas</p>		<p>eral, o nódulos contralaterales con biopsia benigna y no ganglios anormales en imágenes</p>	
Indeterminada	<p>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</p>	<p>Sin hallazgos específicos en imágenes o Tg no estimulada 2.5-5 Niveles de ATg estables o en descenso</p>	N/A <sup>a</sup>	TSH en el rango normal <sup>b</sup>
Bioquímicamente incompleta	<p>Tg no estimulada &gt;1 o</p>	<p>Tg no estimulada &gt;5 o</p>	N/A <sup>a</sup>	TSH debajo del

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

ta	Tg estimulada >10 o Niveles de ATg en ascenso. Con imágenes negativas	Niveles de ATg en ascenso. Con imágenes negativas		rango normal <sup>c</sup>
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 <sup>c</sup>

<sup>a</sup> La recomendación 48 explica que no es de utilidad la utilización del nivel de Tg para el seguimiento de los pacientes tratados con hemitiroidectomía.

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

---

<sup>b</sup> *La información sobre el valor objetivo de TSH en inclusiva.*

<sup>c</sup> *La información sobre el valor objetivo de TSH inclusiva 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)

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

---

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).

Categoría: Publicaciones destacadas

Publicado: Viernes, 19 Diciembre 2025 12:00

Escrito por: Sofia

Visitas: 2606

---

- 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*