

Mesa Redonda. Actualidad del Cáncer de Tiroides.

Diagnóstico, seguimiento y manejo de las recurrencias del cáncer de tiroides

Diagnosis, follow-up, and management of thyroid cancer recurrences

García Alemán J

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

El cáncer de tiroides representa actualmente el 10º cáncer más común en incidencia a nivel mundial y el 5º más común en términos de prevalencia en España según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

En los últimos 30 años la incidencia de este tipo de cánceres ha experimentado un gran aumento hasta estabilizarse en la última década en torno a los 13-16 casos por cada 1000000 habitantes. Sin embargo, pese a este incremento de incidencia, la mortalidad permanece muy estable en valores muy bajos, por lo que el cáncer de tiroides se considera en líneas generales un cáncer de excelente pronóstico.

No obstante, una pequeña proporción de estos cánceres tendrán una evolución más agresiva causando importante morbilidad y mortalidad. El principal factor que marca un empeoramiento en la

supervivencia es la extensión más allá de la región cervical, por lo que hacer una adecuada evaluación de cada caso y tener una correcta estrategia de detección de las recurrencias o progresiones es vital para evitar un fatal desenlace.

Las bases de la correcta evaluación del paciente intervenido de un cáncer de tiroides es la detección de enfermedad a 2 posibles niveles:

- radiológico, principalmente a través de la ecografía tiroidea, pero también con el uso de rastreos gammagráficos con yodo radioactivo, PET -FDG, TC o RM
- bioquímico: a través de la medición de la Tiroglobulina (Tg) a la vez que junto a los Anticuerpos Anti Tiroglobulina (Actg), con valor de "marcador tumoral" que nos hablará de la presencia de tejido tiroideo.

En función de los resultados de estas valoraciones, y siguiendo las recomendaciones de la guía ATA, los pacientes serán clasificados en 4 tipos de respuesta al tratamiento inicial:

- **Respuesta excelente:** cuando tanto la Tg (y los Actg) son negativos, así como las pruebas de imagen

CORRESPONDENCIA

Jorge García Alemán
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
jgarcialeman@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

García Alemán J. Diagnóstico, seguimiento y manejo de las recurrencias del cáncer de tiroides. Cir Andal. 2025;36(3):336-337. DOI: 10.37351/2025363.15

- **Respuesta bioquímica incompleta:** pruebas de imagen negativas pero presencia bioquímica de valores de Tg significativos

- **Respuesta estructural incompleta:** hallazgos radiológicos confirmados de recurrencia o metástasis.

- **Respuesta indeterminada:** valores muy bajos de Tg o presencia de Actg positivos que impiden la correcta interpretación de la Tg. Tb hallazgos inespecíficos o difícilmente clasificables en pbs de imagen.

Para todos los casos en los que no podamos establecer una respuesta excelente, es mandatorio estudiarlos con ecografía (realizada a ser posible por ecografista experto) y hacer un correcto análisis de la evolución de sus marcadores bioquímicos.

La elevación progresiva de la Tg (o de los Actg) son indicadoras de progresión y nos deben orientar hacia una vigilancia más estrecha.

Según una reciente guía de la sociedad japonesa de cirujanos endocrinos, hay que prestar especial atención al tiempo de duplicación de los valores de Tg o volumen tumoral, pues tiempos de duplicación < 1 año se asocian con peor pronóstico y mayor mortalidad, al igual que la presencia de un índice Neutrófilos/linfocitos >3.

En todos los casos en los que no haya una respuesta excelente, es mandatorio tratar de mantener el tratamiento hormonal en dosis altas que aseguren una correcta frenación de los valores de TSH, para evitar el posible estímulo trófico sobre las células foliculares (cancerígenas o sanas) que puedan quedar.

Una vez tengamos diagnosticada y localizada la recurrencia, el tratamiento dependerá de la localización de la misma.

Para recurrencias locales a nivel cervical, siempre que sea posible, el tratamiento de elección ha de ser quirúrgico, a ser posible un adecuado vaciamiento de los espacios afectos (si no se hizo en la primera cirugía).

No obstante, la actitud cada vez más conservadora actualmente predominante en el manejo de esta patología, recomienda valorar bien los pros y contras de cirugías agresivas.

Recientemente, el grupo francés de la ENDOCAN-TUTHYREF ha publicado una guía sobre el manejo de las recurrencias del carcinoma de tiroides, donde, entre otras recomendaciones propone un score de riesgo de morbilidad para valorar si la cirugía es una opción adecuada.

Además, cada vez existen más trabajos que están documentando que hasta el 70% de las recidivas ganglionares de pequeño tamaño (< 1,5 cm) permanecen sin cambios en la mayor parte de series donde se ha ofertado hacer vigilancia activa de recurrencias locales.

Por otro lado, las técnicas mínimamente invasivas como la cirugía radioguiada, la radiofrecuencia, termoablación o enolización, están demostrando tb ser una opción con las mismas tasas de recurrencia y morbilidad que la cirugía convencional pero a un coste mucho menor y con un claro perfil de seguridad mejor que la cirugía convencional.

La decisión de la mejor técnica para cada caso habrá de ser un acto individualizado que debe tomarse siempre que sea posible en el seno de los comités multidisciplinares donde todos los especialistas involucrados puedan aportar su conocimiento para llegar a la mejor actitud.

Cuando las recurrencias ya son a distancia, el tratamiento de elección, siempre que sea posible será el yodo radioactivo. Cuando este no sea eficaz (yodoradiofractividad), la decisión del tratamiento dependerá de la localización y los síntomas que genere, así como de evolución de dicha recurrencia y su capacidad de progresión.

Para lesiones asintomáticas de lenta o nula progresión, la vigilancia activa es la opción recomendada.

Cuando la enfermedad es sintomática y tenga posible abordaje quirúrgico o por técnicas ablativas correctamente balanceado con los riesgos, es razonable optar por la intervención.

Para aquellos casos de enfermedad abundante, o aquellos en los que los riesgos de la intervención no son asumibles, los pacientes deben de ir a tratamiento quimioterápico, pues en la actualidad disponemos de diferentes moléculas con resultados muy prometedores en el carcinoma diferenciado de tiroides.

Especialmente importante es el estudio de secuenciación de genes para detectar posibles dianas terapéuticas como las mutaciones de RET, BRAF o NTRAK que ya disponen de moléculas específicas que han demostrado altas tasas de respuesta en cánceres que expresen dichas mutaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2016 Jan 1;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
- Filetti S, Durante C, Hartl D, Leboulleux S, Locati LD, Newbold K, et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2019;30(12):1856-83. doi:10.1093/annonc/mdz400.
- Ito Y, Miyauchi A, Kudo T, Kobayashi K, Masuoka H, Higashiyama T, et al. The 2024 revised clinical guidelines on the management of thyroid tumors by the Japan Association of Endocrine Surgery. *Endocr J*. 2025;72(5):545-635. doi:10.1507/endocrj.EJ24-0644.
- Bournaud C, Dahan H, Do Cao C, Giraudet AL, Joly C, Massicotte MH, et al. ENDOCAN-TUTHYREF guidelines: Locoregional therapies for locally advanced and/or metastatic thyroid cancer. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2025 May 14;86(4):101790.
- de Vries L, van Kemenade FJ, Feelders RA, van Ginhoven TM, van den Hout M, van der Horst-Schrivers AN, et al. Active surveillance of nodal metastasis in differentiated thyroid carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Endocrine*. 2024;86:293-301. doi:10.1007/s12020-024-03837.