

Controversias en el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides: un análisis desde el contexto cubano

Controversies in the Follow-up of Differentiated Thyroid Cancer: An Analysis from the Cuban Context

Adalberto Luis Infante Amorós^{1,2} <https://orcid.org/0000-0002-5432-1649>

Sergio Enrique Zayas Puig^{1,3*} <https://orcid.org/0000-0002-5660-7253>

Lester Rodríguez Paleo^{1,4} <http://orcid.org/0000-0003-1489-1310>

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: sergiozayaspuig@gmail.com

Recibido: 20/12/2025

Aceptado: 24/12/2025

El cáncer diferenciado de tiroides (CDT), que comprende las variantes papilar y folicular, constituye la neoplasia endocrina más frecuente a nivel global, con una incidencia en ascenso en las últimas décadas.⁽¹⁾ En Cuba, este patrón no es una excepción. Si bien su pronóstico es mayoritariamente excelente, con tasas de supervivencia específica a 10 años que superan el 90 %, el manejo a largo plazo de los pacientes está sujeto a debates internacionales sustanciales.⁽²⁾

El paradigma clásico, caracterizado por un abordaje uniforme y agresivo, ha evolucionado hacia uno de personalización terapéutica, en que el seguimiento se ajusta al riesgo dinámico de recurrencia. Este artículo analiza las principales controversias en el seguimiento del CDT, la estratificación dinámica del riesgo, el rol de la tiroglobulina, el uso del yodo radioactivo y el manejo del microcarcinoma, se discute su aplicabilidad y los desafíos para su implementación en el sistema de salud cubano, con el objetivo de promover un enfoque seguro, eficiente y centrado en el paciente.

Principales controversias en el seguimiento del CDT

_ Estratificación del riesgo: de un juicio estático a una evaluación continua

La piedra angular del manejo moderno es la clasificación inicial del riesgo de recurrencia (bajo, intermedio, alto). Sin embargo, la controversia surge al considerar esta clasificación como un evento inmutable. La evidencia actual demuestra que el riesgo debe reevaluarse de forma continua durante el seguimiento, en función de la respuesta al tratamiento inicial, en lo que se denomina estratificación de riesgo dinámico.⁽³⁾

Un paciente inicialmente de riesgo intermedio que después del tratamiento presenta una tiroglobulina (Tg) indetectable y estudios de imagen normales, puede ser reclasificado con una "respuesta excelente" y un riesgo de recurrencia muy bajo (< 2 %).

Este enfoque dinámico, validado incluso en pacientes seleccionados que no recibieron ablación con yodo radioactivo, permite adaptar la intensidad del seguimiento, evita procedimientos innecesarios, en quienes responden óptimamente y se focaliza los recursos en aquellos que muestran evidencia de enfermedad persistente.⁽⁴⁾

El rol de la tiroglobulina y la vigilancia ecográfica: la tiroglobulina (Tg) es el biomarcador fundamental para el seguimiento. El desarrollo de ensayos ultrasensibles ha permitido monitorizar la enfermedad sin necesidad de inducir hipotiroidismo (suspensión de levotiroxina), el cual mejora la calidad de vida del paciente. No obstante, persisten puntos de debate.⁽⁵⁾

- Interpretación de valores bajos o ascendentes: el manejo de la "recidiva bioquímica aislada" (Tg detectable y ascendente sin correlato estructural) no está estandarizado. Mientras algunos abogan por una actitud expectante con monitorización estrecha, otros proponen estudios de imagen avanzados.⁽⁶⁾
- Interferencia por anticuerpos: la presencia de anticuerpos anti-Tg, común en enfermedades autoinmunes tiroideas, puede interferir con la medición, lo que complica la interpretación.⁽⁷⁾ En estos casos, el seguimiento debe apoyarse más en la ecografía cervical de alta resolución, realizada por operadores experimentados, que es la herramienta de imagen de primera línea para detectar recurrencias cervicales.⁽⁸⁾

1. El yodo radioactivo (I-131) ¿ablación rutinaria o selectiva?

Esta es quizás la controversia más profunda. Durante décadas, la administración de I-131 después de la tiroidectomía total fue práctica habitual. Hoy, su uso se cuestiona, especialmente en pacientes de bajo riesgo.⁽⁹⁾ Las guías actuales

recomiendan un enfoque más conservador, omiten la ablación en muchos casos de bajo riesgo, dado que no mejora la supervivencia y evita efectos secundarios potenciales. Esta desescalada ha generado desacuerdos entre endocrinólogos y médicos nucleares, lo que motivó la creación de consensos como los "Principios de La Martinica".⁽¹⁰⁾ Estos principios subrayan la necesidad de una evaluación posquirúrgica estandarizada (con Tg y ecografía) para seleccionar pacientes, y enfatizan que la decisión debe ser multidisciplinaria, se considera las preferencias del paciente, los efectos secundarios y los recursos disponibles.⁽¹⁰⁾

2. El microcarcinoma papilar (≤ 1 cm) ¿tratamiento inmediato o vigilancia activa?

La "epidemia" de diagnósticos por imágenes de nódulos pequeños ha puesto en primer plano la estrategia de vigilancia activa.⁽¹¹⁾ Originada en Japón, consiste en monitorizar con ecografías seriadas sin intervención quirúrgica inicial, reservándola para el subgrupo (minoritario) que muestra crecimiento tumoral. Esta opción, válida para tumores de muy bajo riesgo, desafía la noción cultural de que todo cáncer debe extirparse de inmediato. Su implementación exitosa requiere protocolos estrictos, ecografistas expertos y pacientes bien informados y adherentes.⁽¹¹⁾

Desafíos y oportunidades un análisis desde el contexto cubano

La aplicación de estos paradigmas modernos en Cuba debe considerar la realidad del Sistema Nacional de Salud, caracterizado por su cobertura universal, pero con variabilidad en el acceso a tecnologías de punta entre diferentes regiones.

Factores facilitadores y limitaciones:

- _ Fortalezas: la existencia de una red de salud pública integrada y de instituciones de referencia facilita la creación de protocolos nacionales y el enfoque multidisciplinario, que es esencial.⁽¹²⁾ La formación de especialistas en endocrinología, cirugía y medicina nuclear es un pilar sólido.
- _ Desafíos: la disponibilidad generalizada de ensayos de tiroglobulina ultrasensible y de ecógrafos de alta gama con operadores entrenados en todos los niveles de atención no es uniforme.⁽¹³⁾ La vigilancia activa requeriría una inversión inicial en capacitación y un cambio cultural, tanto en médicos como en pacientes. La decisión de omitir el I-131 en pacientes de bajo riesgo, depende críticamente de la garantía de un seguimiento

riguroso, lo que puede ser un reto en áreas con dificultades de acceso a controles frecuentes.⁽¹⁴⁾

Propuestas para una práctica actualizada

1.- Adoptar oficialmente la estratificación dinámica del riesgo: las guías y protocolos terapéuticos nacionales deben incorporar formalmente la reclasificación del riesgo basada en la respuesta al tratamiento (por ejemplo, criterios de la ATA). Esto permitirá destinar recursos de seguimiento intensivo (I-131, imágenes avanzadas) solo a quienes lo necesiten.^(3,4)

2.- Fortalecer el pilar diagnóstico: es prioritario garantizar el acceso a la medición de tiroglobulina ultrasensible y potenciar la capacitación continua en ecografía cervical de alta resolución a nivel nacional. La ecografía debe ser la columna vertebral del seguimiento.^(8,13)

3.- Individualizar el uso del yodo radioactivo con consenso multidisciplinario: se debe promover la discusión en los comités de tumores para seleccionar pacientes de bajo riesgo que pueden evitar el I-131 de forma segura, para seguir los principios de evaluación posquirúrgica estandarizada.^(10,14)

4.- Evaluar un programa piloto de vigilancia activa: La Sociedad Cubana de Endocrinología podría liderar, junto con otros centros de referencia, un estudio de factibilidad para implementar los protocolos de vigilancia activa en microcarcinomas seleccionados, con un riguroso proceso de consentimiento informado.⁽¹¹⁾

Se concluye que el seguimiento del cáncer diferenciado de tiroides transita hacia una medicina de precisión que equilibra el control oncológico con la calidad de vida y la racionalización de recursos. Para Cuba, el camino no es la adopción acrítica de guías internacionales, sino su adaptación inteligente al contexto nacional. Esto implica consolidar un modelo de seguimiento seguro y personalizado, que aproveche las fortalezas del sistema de salud y aborde estratégicamente sus limitaciones, principalmente en el acceso homogéneo a tecnologías diagnósticas de avanzada. El objetivo final es mantener los excelentes resultados oncológicos históricos, mientras se avanza hacia una oncología tiroidea menos invasiva, más humana y sostenible.

Referencias bibliográficas

1. Hoff AO, de Castro ALF, Oliveira TBO. Differentiated thyroid carcinoma: what the nonspecialists needs to know. Arch Endocrinol Metab. 2024;68:e230375. DOI: <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2023-0375>
2. Reverter JL. Thyroid cancer. Med Clin (Barc). 2025;164(8):421-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2024.12.005>
3. Abelleira E, Bueno F, Smulever A, Pitoia F. Riesgo dinámico en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides no ablacionados. Rev Argent Endocrinol Metab. [acceso 13/11/2025];2017;54(2):69-75. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-30342017000200003
4. Alshehri M, Aljada A, Alsaif F, Alsaadi M. Controversies in the Management and Followup of Differentiated Thyroid Cancer: A Review. Int J Endocrinol. 2012;2012:512401. DOI: <https://doi.org/10.1155/2012/512401>
5. Celnovte. Descifrando los anticuerpos contra la tiroglobulina: una guía clínica. 2024. [acceso 13/11/2025]. Disponible en: <https://www.celnovte.com/es/solution/unraveling-thyroglobulin-antibody-a-clinical-guide/>
6. Orosa A, Mora M, Halperin I, Oriola J. Carcinoma diferenciado de tiroides familiar: más allá de las formas sindrómicas. Endocrinol Diabetes Nutr. 2021;68(4):260-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.07.009>
7. Noboa M, Figueredo A, de León A. Insufficient elevation of TSH before therapy with I131 in a patient with follicular thyroid carcinoma and bone metastasis. Rev Argent Endocrinol Metab. 2023;80(2):149-52. DOI: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.38112>
8. Tamayo-Alonso P, Martín-Gómez E, García-Talavera P, Cañadas-Salazar J, Peñaherrera-Cepeda C, Díaz-González L. Actualización del tratamiento del cáncer de tiroides con radioyodo. Rev ORL. 2021;12(4). DOI: <https://doi.org/10.14201/orl.25746>
9. American Thyroid Association. Controversies, consensus, and collaboration in the use of radioactive iodine therapy for the treatment of thyroid cancer. Clin Thyroidol Public. 2020 [acceso 13/11/2025];13(5):15-6. Disponible en: <https://www.thyroid.org/patient-thyroid-information/ct-for-patients/may-2020/vol-13-issue-5-p-15-16/>
10. Russell Center for Thyroid Surgery. Microcarcinoma papilar de tiroides (PTMC). [acceso 13/11/2025]. Disponible en: <https://russell-center.com/es/conditions/papillary-thyroid-microcarcinoma-ptmc/>

11. Leite AKN, Bufalo NE, Carvalho GA. Importance of dynamic risk stratification and long-term follow-up in thyroid cancer. Arch Endocrinol Metab. 2023;67(2):e000602. DOI: <https://doi.org/10.20945/2359-399700000602>
12. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Informe anual 2023. La Habana: INOR. 2024 [acceso 13/11/2025]. Disponible en: <https://especialidades.sld.cu/oncologia/category/actualidad/>
13. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023. La Habana: MINSAP; 2024 [acceso 13/11/2025]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2025/09/30/an>
14. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26(1):1-133. DOI: <https://doi.org/10.1089/thy.2015.0020>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.