

Trabajo Original

CONSENSO DELPHI INTERSOCIETARIO ARGENTINO SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES: FASEN | SAEM | AACCYC | AABYMN | AAOC

Pitoia, Fabián^{1}; Abelleira, Erika^{1*}; Galíndez, María Macarena²; Poenitz, Fernando³; Melado, Graciela Eva⁴; Falco, Agustín⁵; Califano, Inés¹; Sáez, María Elisa²; Zund, Santiago³; Mollerach, Ana María⁴; Carrera, Juan Manuel⁵; Jerkovich, Fernando¹; Barria, Graciela Edith²; Notti, Alberto³; Castro, Ricardo Belisario⁴; Geres, Alejandra Elba⁶; Guerra, Jorgelina Luz¹; Gonza, María Natalia²; Figari, Marcelo Fernando³; Gelman, Liliana Mabel⁶; Russo Picasso, María Fabiana¹; Damilano, Roxana Analía²; Ruggieri, Marcelo Alejandro³; Schiró, Laura M.¹; Ase, Eugenia María²; Smulever, Anabella¹; Torres, Eduardo Alejandro²; Sklate, Rosana Teresita¹; Brunas, Oscar Marcelo²; Cavallo, Andrea Camila¹; Bielski, Laila Yael¹; Damiano, Gabriel³; Ramírez Stieben, Luis Agustín^{2#}

¹ Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM).

² Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN).

³ Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello (AACCYC).

⁴ Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear (AABYMN).

⁵ Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC).

⁶ Sociedad de Endocrinología y Metabolismo de Córdoba (SEMC).

Comité organizador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 20 de mayo de 2026

Palabras clave:

Carcinoma diferenciado de tiroides
Consenso Delphi
Radioyodo
Estratificación dinámica del riesgo
Terapias sistémicas
Radioterapia externa

RESUMEN

El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) presenta un aumento sostenido de incidencia en el ámbito mundial, con una mortalidad específica baja, lo que ha impulsado un abordaje cada vez más individualizado. El objetivo fue desarrollar un Consenso Intersocietario nacional, mediante la metodología Delphi, para formular recomendaciones clínicas sobre la evaluación, el tratamiento y el seguimiento del CDT, adaptadas al contexto local. Materiales y métodos: Se realizó un estudio de consenso utilizando una metodología Delphi modificada. Un panel interdisciplinario de expertos, designados por FASEN, SAEM, AACCYC, AABYMN y AAOC, evaluó afirmaciones clínicas organizadas en dominios temáticos que abarcan todo el continuo asistencial del CDT. Cada enunciado fue puntuado mediante una escala de Likert de 9 puntos. Se definieron criterios de consenso a priori basados en la mediana, el rango intercuartílico (IQR) y el porcentaje de respuestas en el rango 7-9. Los ítems sin consenso fueron reevaluados en rondas posteriores. Resultados: Se evaluaron 196 enunciados organizados en 13 dominios temáticos. En el análisis final, se alcanzó consenso global en 99,5% de los ítems. Los mayores niveles de acuerdo se observaron en la evaluación inicial, la estandarización del informe anatomopatológico, la estratificación de riesgo (inicial y dinámica), la indicación y preparación para radioyodo, y el seguimiento guiado por respuesta. El ítem con menor acuerdo correspondió al rastreo diagnóstico pre-terapia con baja actividad de ¹³¹I en pacientes de riesgo intermedio/alto, lo que refleja la necesidad de individualización clínica y adaptación al contexto local. Conclusiones: Este Consenso Intersocietario establece recomendaciones clínicas, estructuradas y contextualizadas para el manejo integral del CDT. Asimismo, proporciona un marco para apoyar decisiones clínicas en escenarios heterogéneos y define prioridades para investigación y futuras actualizaciones.

Key words:

Differentiated Thyroid Carcinoma
Delphi Consensus
Radioiodine
Dynamic Risk Stratification
Systemic Therapies
External Beam Radiotherapy

ABSTRACT

Differentiated thyroid carcinoma (DTC) has shown a sustained worldwide increase in incidence, with low disease-specific mortality, which has driven an increasingly individualized approach. The aim of this study was to develop a national intersocietal Delphi consensus to formulate clinical recommendations on the evaluation, treatment, and follow-up of DTC, tailored to the local context. **Materials and methods:** We conducted a consensus study using a modified Delphi methodology. An interdisciplinary expert panel appointed by FASEN, SAEM, AACCyC, AABYMN, and AAOC assessed clinical statements organized into thematic domains spanning the entire DTC care continuum. Each statement was rated on a 9-point Likert scale. A priori consensus criteria were defined based on the median, interquartile range (IQR), and the proportion of ratings in the 7-9 range. Items not reaching consensus were re-evaluated in subsequent rounds. **Results.** A total of 196 statements were evaluated across 13 thematic domains. In the final analysis, overall consensus was achieved in 99.5% of the items. The highest levels of agreement were observed in initial evaluation, standardization of the pathology report, risk stratification (initial and dynamic), indications and preparation for radioiodine therapy, and response-guided follow-up. The item with the lowest level of agreement concerned the use of low-activity diagnostic ^{131}I scanning prior to therapy in intermediate- and high-risk patients, reflecting the need for clinical individualization and adaptation to the local context. **Conclusions:** This intersocietal consensus provides structured, context-specific clinical recommendations for comprehensive DTC management. It also offers a framework to support clinical decision-making in heterogeneous scenarios and delineates priorities for research and future updates.

Nota editorial: El presente artículo, correspondiente al Consenso Delphi Intersocietario Argentino sobre Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento del Carcinoma Diferenciado de Tiroides: FASEN | SAEM | AACCyC | AABYMN | AAOC, se publica en RAEM – Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo en carácter de copublicación oficial y también será o ha sido publicado en EndoAr – Endocrinología Argentina, de conformidad con el acuerdo suscripto entre FASEN y SAEM.

***Autor de correspondencia:** fpitoia@intramed.net

INTRODUCCIÓN

El carcinoma diferenciado de tiroides (CDT) comprende un grupo heterogéneo de neoplasias epiteliales originadas en las células foliculares tiroideas, con características clínicas, histopatológicas y moleculares específicas. Incluye principalmente al carcinoma papilar de tiroides, con sus distintos subtipos histológicos, al carcinoma folicular y al carcinoma oncocítico. Se diferencia de otras neoplasias tiroideas por su biología, pronóstico y abordaje terapéutico, en particular, de los carcinomas foliculares de alto grado, como el carcinoma pobremente diferenciado y el carcinoma diferenciado de alto grado, así como del carcinoma anaplásico y el medular. En términos generales, el CDT conserva en grado variable funciones propias de la célula folicular, como la producción de tiroglobulina y la capacidad de captar yodo, aspectos que sustentan parte de sus estrategias diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento⁽¹⁾.

Desde el punto de vista epidemiológico, el CDT se caracteriza por un incremento sostenido de su incidencia, en gran medida atribuible a la mayor detección de tumores pequeños mediante ecografía cervical y otros métodos de imágenes, mientras que la mortalidad específica se mantiene baja y relativamente estable⁽²⁾. Este escenario consolidó la transición desde estrategias uniformes y estáticas hacia un manejo más individualizado y dinámico, que busca equilibrar el control oncológico, la morbilidad del tratamiento y las preferencias del paciente^(3,4).

En la Argentina, el Consenso Intersocietario sobre CDT (SAEM–AACCyC–AABYMN), publicado en 2014, tuvo como objetivo homogeneizar las prácticas diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento en el contexto local⁽⁵⁾. A más de una década de ese antecedente, la expansión de la evidencia sobre desescalamiento quirúrgico, vigilancia activa, optimización del uso de radioyodo, nuevas definiciones de estratificación de riesgo y la aparición de nuevas terapias dirigidas han generado la necesidad de revisar umbrales, definiciones y algoritmos de decisión^(4,6).

En este contexto, la convergencia entre el Consenso nacional de 2014 y la actualización de las guías de la *American Thyroid Association* (ATA) 2025 ofrece una oportunidad para actualizar el consenso contemporáneo sobre CDT, incorporando definiciones operativas que faciliten una implementación más homogénea de las recomendaciones⁽⁴⁻⁶⁾. Asimismo, en países con recursos limitados o con marcadas disparidades en el acceso a la atención sanitaria, resulta fundamental adaptar algunas recomendaciones para evitar una presión desproporcionada sobre los equipos de salud y sobre los propios pacientes cuando no todas las alternativas diagnósticas o terapéuticas están disponibles. Este Consenso contempla tales realidades, reconociendo que la práctica en nuestro país puede requerir variantes pragmáticas respecto de la propuesta desarrollada en contextos con mayores recursos. En este marco, y dada la necesidad de integrar la mejor evidencia disponible con la factibilidad local, procurando no comprometer los estándares de calidad y seguridad en la atención, la metodología Delphi constituye una herramienta adecuada, ya que permite estructurar el juicio experto de manera sistemática, anónima y reproducible, identificar áreas de acuerdo sólido y reconocer explícitamente aquellos aspectos en los que persiste la falta de consenso⁽⁷⁾. Este documento se propone, por lo tanto, brindar un marco actualizado para la práctica clínica, orientado a la estandarización de conductas, la reducción de variabilidad

injustificada y la mejora de resultados clínicamente relevantes para las personas con CDT.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de consenso mediante la metodología Delphi modificada con el objetivo de establecer recomendaciones clínicas para la evaluación, el tratamiento y el seguimiento del CDT. La metodología Delphi se seleccionó por su capacidad para integrar el juicio de especialistas de manera estructurada, anónima y reproducible, minimizando la influencia de liderazgos individuales y favoreciendo la convergencia progresiva de opiniones⁽⁷⁾.

Panel de expertos

Los expertos fueron designados por cada una de las sociedades participantes de acuerdo con sus criterios institucionales con el objetivo de asegurar la representación de todas las disciplinas relevantes. Participaron especialistas propuestos por: la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN), la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo (SAEM), la Asociación Argentina de Cirugía de Cabeza y Cuello (AACCyC), la Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear (AABYMN) y la Asociación Argentina de Oncología Clínica (AAOC). La participación fue voluntaria y no remunerada. Todos los expertos aceptaron participar tras recibir información detallada sobre objetivos, alcance y la metodología del proceso.

Elaboración del cuestionario

El cuestionario inicial fue elaborado por el comité coordinador a partir de la revisión de guías clínicas internacionales vigentes y documentos de posicionamiento relevantes, el análisis crítico de la literatura científica disponible y la discusión interna de aspectos controvertidos o no completamente estandarizados en la práctica. Los enunciados se formularon como afirmaciones clínicas claras y específicas, orientadas a la toma de decisiones. Se organizaron en dominios temáticos que incluyeron, entre otros: evaluación prequirúrgica; extensión de la cirugía tiroidea y vaciamiento ganglionar; estándares del informe anatomopatológico; estratificación inicial y dinámica del riesgo; indicación y preparación para radioyodo; necesidad de supresión de TSH; seguimiento bioquímico e imagenológico; manejo de enfermedad persistente o recurrente; terapias locales (incluyendo radioterapia externa) y terapias sistémicas; alta del seguimiento oncológico; y situaciones especiales (edad, comorbilidades y embarazo) (Tabla 1).

Proceso Delphi y rondas de consenso

Primera ronda

En la primera ronda, los expertos calificaron cada afirmación utilizando una escala de Likert de 9 puntos, donde:

- 1 = total desacuerdo
- 9 = total acuerdo

La encuesta fue administrada de manera electrónica y anónima. No se permitió la discusión entre participantes durante esta fase.

Tabla 1. Dominios temáticos incluidos en el consenso Delphi y eje clínico principal abordado en cada uno.

Dominio	Eje clínico principal
1. Evaluación prequirúrgica	Estadificación inicial, ecografía cervical, PAAF, estudios de laboratorio e imágenes complementarias.
2. Estrategia terapéutica y tratamiento quirúrgico	Vigilancia activa, extensión de la cirugía tiroidea, manejo ganglionar cervical, reoperación y técnicas ablativas.
3. Informe anatomopatológico	Estandarización del reporte anatomopatológico y consignación de variables tumorales y ganglionares clínicamente relevantes.
4. Estratificación inicial del riesgo de recurrencia	Clasificación inicial según hallazgos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos.
5. Estratificación dinámica del riesgo y respuesta al tratamiento	Reclasificación evolutiva según la respuesta al tratamiento e integración de la respuesta clínica, bioquímica y estructural.
6. Tratamiento con radioyodo (¹³¹ I)	Selección de candidatos, definición de objetivos terapéuticos, preparación previa y consideraciones prácticas.
7. Supresión de TSH y objetivos terapéuticos	Intensidad y duración de la supresión de TSH según el riesgo, la respuesta al tratamiento y los objetivos terapéuticos individuales.
8. Seguimiento bioquímico e imagenológico	Utilización de Tg, aTg, ecografía cervical y otros estudios en el seguimiento longitudinal.
9. Manejo de la enfermedad persistente o recurrente	Evaluación y manejo de la persistencia bioquímica, estructural locorregional o a distancia.
10. Terapias sistémicas, interrogación genómica y abordaje integrado	Indicaciones de IMQ, terapias dirigidas, neoadyuvancia, caracterización molecular y abordaje multidisciplinario de la enfermedad avanzada.
11. Radioterapia externa y técnicas avanzadas	Indicaciones de radioterapia externa, técnicas conformadas o avanzadas, tratamientos locales y control de enfermedad locorregional o metastásica seleccionada.
12. Alta del seguimiento oncológico y transición del cuidado	Criterios para desescalar controles, transición del seguimiento especializado al cuidado longitudinal y eventual alta del seguimiento oncológico.
13. Consideraciones transversales	Edad, comorbilidades, embarazo, acceso a recursos, preferencias del paciente y escenarios clínicos seleccionados.

Abreviaturas: PAAF, punción aspirativa con aguja fina; TSH, hormona estimulante de la tiroides; Tg, tiroglobulina; aTg, anticuerpos antitiroglobulina; IMQ, inhibidores multiquinasa; RTE, radioterapia externa.

Análisis de respuestas

Para cada enunciado se calcularon:

- Mediana, como medida de tendencia central.
- Rango intercuartílico (IQR), como medida de dispersión.
- Porcentaje de respuestas en el rango 7-9, como indicador de grado de acuerdo.

Definición de consenso

Se establecieron criterios a priori para la interpretación de los resultados:

- Consenso a favor:
 - ◊ Mediana ≥ 7
 - ◊ $\geq 80\%$ de las respuestas ubicadas en el rango 7-9
- Consenso fuerte a favor:
 - ◊ Mediana ≥ 8
 - ◊ IQR bajo (≤ 1)
 - ◊ Alta concentración de respuestas en 7-9
- Sin consenso:
 - ◊ Mediana ≥ 7 pero $< 80\%$ de respuestas en 7-9, o
 - ◊ Dispersión relevante de las respuestas (IQR > 1)

Los enunciados que no alcanzaron consenso fueron identificados explícitamente y seleccionados para una segunda ronda Delphi, con el objetivo de refinar su formulación y reevaluar el grado de acuerdo.

Segunda ronda Delphi

En la segunda ronda, los participantes recibieron:

- Los enunciados sin consenso de la primera ronda.
- Información resumida de los resultados grupales (mediana, rango intercuartílico y distribución de respuestas).
- En algunos casos, una reformulación del enunciado para mejorar su claridad.
- Nuevos enunciados incorporados a partir de los comentarios realizados por el panel de expertos.

Los expertos volvieron a puntuar los enunciados utilizando la misma escala de Likert de 1 a 9.

Tercera ronda Delphi

Se realizó una tercera ronda a partir de los comentarios efectuados por el panel de expertos. En esta instancia, se incorporó un nuevo enunciado, que fue sometido a valoración utilizando la misma escala de Likert de 1 a 9.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo con principios éticos aplicables a investigaciones basadas en consenso de expertos. La participación fue anónima, no se recolectaron datos personales sensibles y los resultados se presentaron de forma agregada. Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y el destino académico de los resultados.

RESULTADOS

El proceso Delphi comprendió 196 enunciados distribuidos en 13 dominios temáticos. En el análisis final se alcanzó consenso global en 99,5% de los ítems. Como muestra la Figura 1, el consenso fuerte predominó en la mayoría de los dominios, con acuerdo completo en varios de ellos. La Figura 2 presenta la distribución del porcentaje de respuestas en el rango 7-9 por

Figura 1. Grado de consenso por dominio temático en el Consenso Delphi sobre carcinoma diferenciado de tiroides. Proporción de enunciados clasificados como consenso fuerte, consenso o sin consenso en cada dominio temático. Las barras horizontales apiladas muestran el porcentaje de enunciados por categoría dentro de cada dominio. Entre paréntesis se indica el número total de enunciados evaluados en cada dominio.

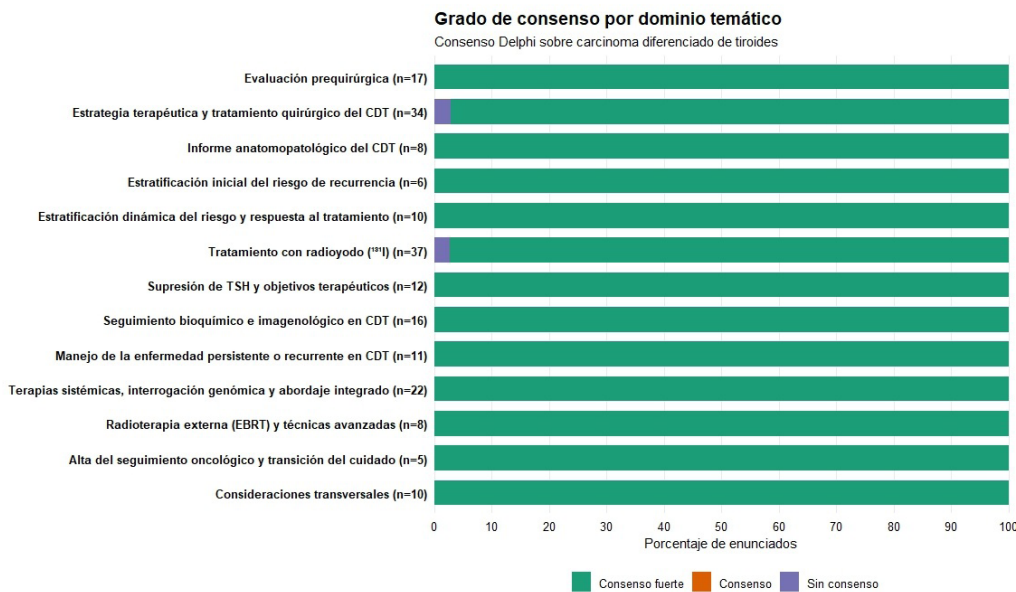
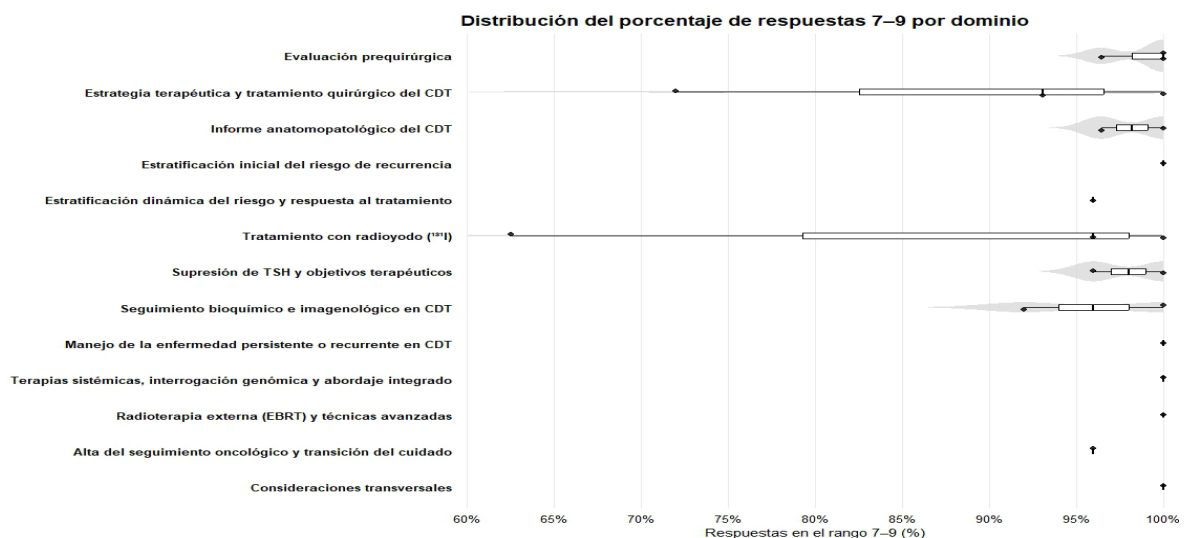


Figura 2. Distribución del porcentaje de respuestas en el rango 7–9 de la escala Likert para los enunciados incluidos en cada dominio temático. La densidad gris resume la distribución de los valores; la caja representa la mediana y el rango intercuartílico, y los puntos corresponden a enunciados individuales. La figura permite apreciar la concentración del acuerdo y la variabilidad entre enunciados dentro de cada dominio.



dominio, evidenciando una elevada concentración de acuerdo y una dispersión relativamente mayor en los dominios de estrategia terapéutica y tratamiento quirúrgico y de radioyodo, donde se ubicaron los pocos enunciados sin consenso. A continuación, se describen los resultados por dominio temático.

Evaluación prequirúrgica

Extensión anatómica y planificación quirúrgica

Existe consenso fuerte a favor de que la evaluación prequirúrgica del CDT debe orientarse a definir la extensión anatómica de la enfermedad y a planificar la estrategia quirúrgica inicial (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Ecografía cervical

Estudio de primera línea. Existe consenso fuerte a favor de que la ecografía cervical realizada por operadores experimentados constituye el estudio de primera línea y de elección en la evaluación prequirúrgica del CDT. En este consenso, se considera operador experimentado al profesional con entrenamiento específico y práctica habitual en ecografía tiroidea y cervical, capaz de documentar de manera sistemática y reproducible el tamaño, la localización y las características del tumor primario, así como la evaluación de los compartimentos ganglionares cervicales (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Evaluación ganglionar sistemática y reporte protocolizado. Existe consenso fuerte a favor de que la ecografía prequirúrgica debe evaluar de manera sistemática y protocolizada los compartimentos centrales y laterales del cuello, e informar la presencia, la localización por compartimentos y las características ecográficas de adenopatías sospechosas de malignidad (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Limitaciones para excluir micrometástasis y conducta quirúrgica. Existe consenso fuerte a favor de que la ausencia de adenopatías sospechosas en la ecografía prequirúrgica no excluye la presencia de metástasis ganglionares subclínicas y que la identificación incidental de micrometástasis en ganglios disecados no justifica, por sí sola, cirugías más extensas (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Punción aspirativa con aguja fina

Indicación según impacto en conducta. Existe consenso fuerte a favor de que la punción aspirativa con aguja fina (PAAF) es el método de elección para la evaluación citológica de ganglios cervicales sospechosos cuando su resultado pueda modificar la conducta terapéutica o la extensión de la cirugía inicial (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Confirmación previa a disección terapéutica

Existe consenso fuerte a favor de que, en presencia de ganglios cervicales con características ecográficas sospechosas, puede considerarse la PAAF ganglionar para confirmar el compromiso metastásico cuando esta información pueda impactar en la planificación quirúrgica (por ejemplo, en la indicación de disección ganglionar terapéutica) (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Tiroglobulina en lavado de aguja

Determinación complementaria. Existe consenso fuerte a favor de que la medición de tiroglobulina (Tg) en el lavado de aguja (Tg-LA) puede utilizarse como herramienta complementaria para apoyar el diagnóstico de compromiso ganglionar metastásico en ganglios sospechosos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Interpretación contextual y limitaciones

Existe consenso fuerte a favor de que el Tg-LA debe interpretarse con cautela y siempre en el contexto clínico. Su fiabilidad puede verse limitada en presencia de tiroides in situ, niveles séricos elevados de Tg o contaminación sanguínea. Es necesario correlacionar los resultados con los hallazgos ecográficos y citológicos, por lo que no debe utilizarse como único criterio diagnóstico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Laboratorio preoperatorio

Evaluación mínima preoperatoria. Existe consenso fuerte a favor de que el laboratorio preoperatorio mínimo en pacientes con CDT o con sospecha citológica de CDT debe incluir la medición de TSH sérica y calcemia basal (mediana 8; IQR 1; 89,29% de las respuestas en el rango 7-9).

Calcitonina. Se alcanzó consenso en que la medición de calcitonina sérica no está indicada de rutina. Puede considerarse en situaciones clínicas seleccionadas, cuando su resultado pueda modificar la estrategia quirúrgica (p. ej., sospecha clínica o ecográfica de carcinoma medular de tiroides [CMT], antecedentes familiares de CMT o de neoplasia endocrina múltiple, o citología correspondiente a las categorías Bethesda III, IV y VI con características atípicas o no concordantes) (mediana 8; IQR 2; 75,86% de las respuestas en el rango 7-9).

Imágenes transversales (TC/RMN)

No indicación rutinaria en enfermedad intratiroidea sin signos clínicos de extensión local. Existe consenso fuerte a favor de que la tomografía computarizada (TC) y/o la resonancia magnética nuclear (RMN) no están indicadas de rutina en tumores intratiroideos sin signos clínicos ni ecográficos de extensión extratiroidea o enfermedad ganglionar extensa demostrada por ecografía (mediana 9; IQR 0; 96,43% de las respuestas en el rango 7-9).

Uso selectivo según impacto en planificación. Existe consenso fuerte a favor de que las imágenes transversales (TC con contraste o RMN con gadolinio) deben reservarse para casos seleccionados en los que la información adicional pueda modificar la planificación quirúrgica o la estrategia terapéutica, principalmente en pacientes con síntomas (disnea, disfagia) o signos ecográficos de extensión extratiroidea; lesiones con extensión mediastinal; crecimiento rápido (semanas); nódulos con ubicación posterior o inferior y/o indicios clínicos o ecográficos de adenomegalias voluminosas (mediana 9; IQR 0; 96,43% de las respuestas en el rango 7-9).

PET/TC con ¹⁸F-FDG

No indicación rutinaria. Existe consenso fuerte a favor de que la tomografía por emisión de positrones (PET/TC) con ¹⁸F-FDG no

está indicada como parte de la evaluación preoperatoria rutinaria del CDT (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Indicaciones excepcionales. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de PET/TC con ¹⁸F-FDG debe restringirse a escenarios excepcionales en los que su resultado pueda modificar la conducta terapéutica, tales como la sospecha de enfermedad agresiva o desdiferenciada, o cuando los estudios convencionales no sean concluyentes. En pacientes con sospecha de carcinoma oncocítico, esta herramienta puede ser de utilidad ante la presencia de extensión local o metástasis a distancia demostrada, siempre que su realización no retrase sustancialmente la toma de decisiones terapéuticas (mediana 9; IQR 0; 96,43% de las respuestas en el rango 7-9).

Estudios moleculares en CDT confirmado

No indicación rutinaria prequirúrgica. Existe consenso fuerte a favor de que la solicitud de estudios moleculares prequirúrgicos en CDT ya confirmado citológicamente (Bethesda V-VI) no está indicada de rutina, dado que no existe evidencia consistente de impacto en la toma de decisiones quirúrgicas ni en resultados oncológicos, incluida la selección de pacientes para vigilancia activa. No obstante, esta recomendación no se extiende a situaciones de enfermedad localmente avanzada o metastásica, en las que la caracterización molecular pretratamiento puede ser de utilidad para identificar alteraciones accionables y orientar estrategias sistémicas o eventualmente neoadyuvantes (mediana 9; IQR 1; 92,86% de las respuestas en el rango 7-9).

Integración de la información

Enfoque integrador y multidisciplinario. Existe consenso fuerte a favor de que la planificación quirúrgica debe basarse en la integración de hallazgos clínicos, ecográficos, citológicos e imagenológicos, evitando decisiones basadas en un único parámetro aislado, idealmente en un contexto multidisciplinario (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Estrategia terapéutica y tratamiento quirúrgico del CDT

Vigilancia activa en carcinoma papilar de tiroides (CPT) de bajo riesgo

Criterios de selección. Existe consenso fuerte a favor de que la vigilancia activa puede considerarse en CPT de bajo riesgo en pacientes adultos seleccionados (tumores intratiroides ≤ 1 cm, cN0, sin extensión extratiroides ni citología sugestiva de subtipos histológicos agresivos) (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Condiciones de seguimiento. Existe consenso fuerte a favor de que la vigilancia activa no debe considerarse en pacientes sin posibilidad de seguimiento clínico y ecográfico fiable, particularmente en contextos con recursos limitados o alto riesgo de pérdida de seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Requisitos para la decisión. Existe consenso fuerte a favor de que la decisión de vigilancia activa requiere una ecografía cervical de alta calidad, realizada por un operador experimentado, y un proceso explícito de toma de decisiones compartido con el paciente (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Extensión de la cirugía tiroidea (hemitiroidectomía vs. tiroidectomía total)

Hemitiroidectomía en tumores sospechados de bajo riesgo < 2 cm.

Existe consenso fuerte a favor de que, en CDT sospechado de bajo riesgo con lesiones únicas < 2 cm, sin evidencia de compromiso ganglionar clínico ni por imágenes, la hemitiroidectomía constituye la opción quirúrgica de elección, en el marco de una discusión conjunta entre el equipo tratante, el cirujano y el paciente (mediana 9; IQR 1; 89,66% de las respuestas en el rango 7-9).

Tumores de 2 a 4 cm sin factores de alto riesgo. Existe consenso fuerte a favor de que, en tumores de 2-4 cm en ausencia de factores de alto riesgo, la hemitiroidectomía puede considerarse en pacientes seleccionados, particularmente cuando el contexto clínico y las preferencias informadas del paciente lo favorezcan (mediana 9; IQR 1; 86,21% de las respuestas en el rango 7-9).

Derivación y priorización de seguridad

(Ronda 2: incorporado por comentarios del panel). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con enfermedad localmente avanzada, la conducta recomendada es la derivación a centros de mayor complejidad para asegurar una adecuada planificación preoperatoria, abordaje multidisciplinario y manejo quirúrgico por equipos con experiencia (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Evaluación preoperatoria de las cuerdas vocales en enfermedad localmente avanzada

Existe consenso fuerte a favor de recomendar la evaluación preoperatoria de la motilidad de las cuerdas vocales en pacientes con enfermedad localmente avanzada o con síntomas sugestivos de compromiso laríngeo (disfonía, disnea o crecimiento tumoral significativo). Asimismo, se considera importante contar con imágenes transversales para evaluar la extensión de la enfermedad y optimizar la planificación quirúrgica (mediana 9; IQR 1; 85,71% de las respuestas en el rango 7-9).

Balance explícito de riesgos y objetivos

Existe consenso fuerte a favor de que la decisión entre hemitiroidectomía y tiroidectomía total debe basarse en un balance explícito entre el riesgo de complicaciones y los objetivos terapéuticos y de seguimiento (p. ej., eventual radioyodo o monitorización con Tg) (mediana 9; IQR 1; 89,66% de las respuestas en el rango 7-9).

Experiencia del cirujano

Existe consenso fuerte a favor de que la experiencia y el volumen de cirugías tiroideas del cirujano (habitualmente definidos como aquellos que realizan entre 25 y 50 cirugías tiroideas por año) deben considerarse determinantes relevantes del riesgo de complicaciones e incorporarse explícitamente en la decisión sobre la extensión quirúrgica (mediana 9; IQR 0; 92,86% de las respuestas en el rango 7-9).

Manejo ganglionar cervical

Dissección profiláctica del compartimento central (cN0: sin ganglios clínicamente comprometidos). Existe consenso fuerte a favor de que la dissección profiláctica del compartimento central no está indicada de rutina en carcinomas papilares de tiroides

(CPT) intratiroides, y cN0 (cT1-T2, cN0), ni en la mayoría de los carcinomas foliculares (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Dissección central profiláctica selectiva en tumores primarios avanzados. Existe consenso fuerte a favor de que, en CPT cN0 con tumores primarios avanzados (p. ej., >4 cm y/o sospecha de extensión extratiroidea macroscópica), la dissección profiláctica central puede considerarse de manera selectiva cuando pueda modificar decisiones posteriores, ponderando el riesgo quirúrgico asociado (mediana 9; IQR 1; 92,59% de las respuestas en el rango 7-9).

Extensión (ipsilateral vs bilateral) cuando se indica vaciamiento del compartimento central. Existe consenso fuerte a favor de que, si se decide una dissección central en CPT cN0, la dissección ipsilateral es preferible a la bilateral en la mayoría de los casos para reducir el riesgo de hipoparatiroidismo y lesión del nervio recurrente laríngeo (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

cN1a (compartimento central): dissección terapéutica central. Existe consenso fuerte a favor de que, ante ganglios centrales clínicamente comprometidos (cN1a), debe realizarse una dissección terapéutica del compartimento central asociada a la tiroidectomía total (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

cN1b (compartimento lateral): dissección terapéutica lateral por compartimentos. Existe consenso fuerte a favor de que, ante compromiso ganglionar lateral clínico (cN1b), debe realizarse una dissección terapéutica lateral por compartimentos (habitualmente niveles IIa, III, IV y Vb) como parte del tratamiento inicial (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

cN1b sin evidencia de enfermedad central ipsilateral. Existe consenso fuerte a favor de asociar una dissección profiláctica central ipsilateral junto con la dissección lateral y la cirugía tiroidea, salvo que el riesgo intraoperatorio lo desaconseje (mediana 9; IQR 0,25; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Técnica: dissección compartimental vs “berry-picking”. Existe consenso fuerte a favor de que las dissecciones ganglionares deben ser compartimentales y no resecciones selectivas (“berry-picking”), con el objetivo de reducir persistencia o recidiva regional (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Manejo de enfermedad ganglionar persistente o recurrente

Existe consenso fuerte a favor de que la reoperación constituye la estrategia terapéutica de elección en la mayoría de los pacientes con enfermedad ganglionar macroscópica clínicamente evidente, documentada por imágenes y citología, reconociendo el mayor riesgo de esta reintervención quirúrgica (mediana 9; IQR 1; 93,10% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios integrales para indicar reoperación. Existe consenso fuerte a favor de que la decisión de reintervenir quirúrgicamente no debe basarse exclusivamente en el tamaño y debe integrar la localización y cercanía a estructuras vitales, la función de las cuerdas vocales, las comorbilidades, el riesgo acumulado y las preferencias informadas del paciente (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Radioyodo posterior a la reoperación. (Ronda 3: incorporado por sugerencias del panel). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar por recurrencia

estructural locorregional, no se recomienda indicar radioyodo de manera sistemática como conducta posterior. Su eventual utilización debe evaluarse en forma individualizada, considerando la presencia o sospecha de enfermedad residual, la afección por radioyodo, la extensión de la enfermedad, los tratamientos previos y la probabilidad de beneficio clínico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Monitorización como alternativa en bajo volumen seleccionado. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes cuidadosamente seleccionados con enfermedad ganglionar de bajo volumen (ganglios <15-20 mm alejados de estructuras vitales), estable y asintomática, la monitorización clínica, bioquímica y por imágenes de forma seriada puede constituir una alternativa a la reoperación (mediana 9; IQR 1; 96,30% de las respuestas en el rango 7-9).

Umbral de tamaño en compartimento central. Existe consenso fuerte a favor de que el umbral histórico de reoperación basado exclusivamente en el tamaño (p. ej., >8 mm de diámetro menor en el compartimento central) puede reconsiderarse en determinados contextos clínicos, y en algunos casos, utilizar umbrales mayores (p. ej., ≥15 mm), integrando la cinética de crecimiento, la localización y otros factores de riesgo (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Centro con experiencia en cirugía reoperatoria. Existe consenso fuerte a favor de que la cirugía de revisión debería planificarse y ejecutarse idealmente en centros con experiencia en estas intervenciones quirúrgicas (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Neuromonitorización intraoperatoria. Existe consenso fuerte a favor de considerar la neuromonitorización intraoperatoria del nervio laríngeo recurrente como una herramienta complementaria en escenarios quirúrgicos complejos, especialmente en reintervenciones o cirugía del compartimento central, cuando esté disponible. Su uso no reemplaza la identificación visual y anatómica cuidadosa del nervio ni la experiencia del cirujano, y no debe interpretarse como una estrategia que, por sí sola, reduzca de manera concluyente el riesgo de lesión recurrencial frente a la identificación visual realizada por equipos expertos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Técnicas ablativas percutáneas

Ablación percutánea con etanol (Ronda 2: reformulado y revaluado por acuerdo insuficiente previo). No se alcanzó consenso respecto de considerar la ablación percutánea con etanol como estrategia de control local focal en pacientes altamente seleccionados con enfermedad locorregional persistente o recurrente de bajo volumen, estable y sin riesgo funcional inmediato, en quienes la reoperación se considere de riesgo inaceptable o exista contraindicación quirúrgica, aun si se realiza en lesiones accesibles, preferentemente en centros con experiencia y tras evaluación multidisciplinaria (mediana 8; IQR 4; 72% de las respuestas en el rango 7-9).

Ablación por radiofrecuencia (ARF). Existe consenso fuerte a favor de que, en escenarios similares, la ARF puede considerarse con el mismo objetivo cuando la cirugía no sea factible o conlleve un riesgo inaceptable (mediana 9; IQR 1; 80,77% de las respuestas en el rango 7-9).

No uso rutinario ni estrategia seriada. Existe consenso fuerte

a favor de que estas técnicas no constituyen el manejo estándar, no deben indicarse de rutina en enfermedad mínima ni utilizarse como estrategia seriada “lesión por lesión” cuando el objetivo sea control regional, y no sustituyen la cirugía compartimental cuando esta es factible y segura (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Completar la tiroidectomía total luego de hemitiroidectomía

Revaluación por hallazgos adversos histopatológicos. Existe consenso fuerte a favor de que la identificación de hallazgos histopatológicos adversos no conocidos preoperatoriamente, en particular aquellos asociados a mayor riesgo de recurrencia como invasión vascular, extensión extratiroidea macroscópica, márgenes comprometidos o variantes histológicas agresivas, debe considerarse para reevaluar la indicación de completar la tiroidectomía total (mediana 9; IQR 1; 96,55% de las respuestas en el rango 7-9).

CDT incidental de bajo riesgo no justifica por sí sola tiroidectomía total. Existe consenso fuerte a favor de que el CDT de bajo riesgo identificado incidentalmente luego de hemitiroidectomía no justifica por sí solo la tiroidectomía total (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Impacto concreto en decisiones posteriores. Existe consenso fuerte a favor de que la compleción de la tiroidectomía debe considerarse cuando la información adicional impacte de manera directa en decisiones terapéuticas posteriores (p. ej., administración de radioyodo o necesidad de seguimiento bioquímico con Tg y anticuerpos antitiroglobulina [aTg]) (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Decisión compartida e integración de riesgos. Existe consenso fuerte a favor de integrar riesgo quirúrgico individual, volumen del remanente, experiencia del cirujano y preferencias del paciente en un proceso de decisión compartida cuando se decida la compleción de la tiroidectomía (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Seguimiento tras hemitiroidectomía como alternativa a tiroidectomía total. Existe consenso fuerte a favor de que, tras hemitiroidectomía, la conducta de seguimiento puede considerarse aun en pacientes con riesgo intermedio cuando se verifica ausencia de enfermedad estructural, márgenes quirúrgicos negativos y una estratificación dinámica inicial favorable. En este contexto, la ecografía cervical constituye el pilar del seguimiento, mientras que la evaluación bioquímica (Tg/aTg) puede utilizarse como herramienta complementaria para la monitorización longitudinal, interpretada en función del método analítico y de manera integrada con los hallazgos clínicos y ecográficos (mediana 9; IQR 1; 93,10% de las respuestas en el rango 7-9).

Tiroglobulina tras hemitiroidectomía. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes sometidos a hemitiroidectomía, la Tg sérica y los aTg pueden medirse en el postoperatorio inicial con TSH en rango normal, aunque su utilidad continúa siendo controvertida. No existen puntos de corte universalmente validados para definir respuesta al tratamiento o enfermedad residual tras hemitiroidectomía, por lo que la Tg no debe utilizarse como criterio aislado de persistencia o recurrencia. En caso de realizarse su medición, su interpretación debe basarse preferentemente en la tendencia longitudinal, integrada con los hallazgos clínicos y ecográficos. Sin embargo, valores marcadamente elevados,

inesperados para el volumen tiroideo remanente, o un incremento progresivo de la Tg durante el seguimiento pueden justificar estudios adicionales dirigidos a descartar enfermedad persistente o recurrente y, en casos seleccionados, contribuir a la discusión sobre la necesidad de completar la tiroidectomía (mediana 9; IQR 0,25; 95,83% de las respuestas en el rango 7-9).

Oportunidad diferida. Existe consenso fuerte a favor de que, cuando está indicado completar la tiroidectomía total, puede realizarse de manera diferida sin comprometer los resultados oncológicos, siempre que no exista enfermedad estructural demostrada (mediana 9; IQR 0,25; 96,43% de las respuestas en el rango 7-9).

Terapia neoadyuvante en enfermedad localmente avanzada irresecable

Terapia neoadyuvante en escenarios seleccionados. Existe consenso fuerte a favor de que, en CDT localmente avanzado irresecable al diagnóstico o con alta probabilidad de resección incompleta (R2), puede considerarse terapia neoadyuvante sistémica para reducir el volumen tumoral, mejorar la resecabilidad y reducir la morbilidad quirúrgica. Esta estrategia debería definirse en un comité multidisciplinario basada en una evaluación anatómica detallada y, cuando sea posible, considerando el perfil molecular somático tumoral y el acceso a terapias dirigidas o a lenvatinib (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Informe anatomopatológico del carcinoma diferenciado de tiroides

Formato del informe (Tabla 2)

Estructura sinóptica/estructurada y sección única

Existe consenso fuerte a favor de que el informe anatomopatológico del CDT debe entregarse en un formato claro y ordenado (tipo lista o tabla), en una única sección, consignando explícitamente los datos imprescindibles para el tratamiento y el seguimiento. Debe incluir siempre los ítems básicos y agregar aquellos que correspondan según la muestra enviada (p. ej., información ganglionar solo si se analizaron ganglios), expresados como “dato: resultado” para facilitar la lectura e interpretación clínica (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Caracterización tumoral básica

Focalidad, sitio y tamaño. Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe consignar la focalidad tumoral (unifocal/multifocal), el sitio (lóbulo derecho/izquierdo/istmo u otros) y el tamaño tumoral (dimensión mayor y dimensiones adicionales cuando corresponda) (mediana 9; IQR 0; 92,86% de las respuestas en el rango 7-9).

Tipo histológico y subtipo; enfoque en multifocalidad. Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe consignar el tipo histológico y el subtipo tumoral. En casos multifocales de la misma línea celular, debe identificarse cada tumor clínicamente relevante y repetirse, cuando corresponda, el conjunto de elementos tumorales principales (sitio, tipo/subtipo, tamaño, proliferación/necrosis, invasiones, extensión extratiroidea y márgenes) (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Angioinvasión, invasión linfática y perineural. Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe consignar angioinvasión (incluyendo su extensión, idealmente por número de vasos), invasión linfática y, cuando corresponda, invasión perineural (mediana 9; IQR 0; 96,43% de las respuestas en el rango 7-9).

Extensión extratiroidea y márgenes

Extensión extratiroidea y correlación con categorías pT.

Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe consignar la extensión extratiroidea y diferenciar explícitamente entre ausencia de invasión, invasión microscópica aislada; y extensión clínica/macrocópica confirmada, incluyendo las categorías correspondientes de la clasificación pT (pT3b por invasión de músculos infrahioideos; pT4 por extensión más allá de estos)

(mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Márgenes quirúrgicos. Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe consignar el estado de los márgenes (negativos vs tumor en margen, anterior vs posterior); si son negativos, informar distancia al margen más cercano; si son positivos, especificar qué margen(es) están comprometidos (mediana 9; IQR 0; 96,30% de las respuestas en el rango 7-9).

Información ganglionar

Parámetros mínimos que deben considerarse en metástasis ganglionares.

Existe consenso fuerte a favor de que, si se incluyen ganglios linfáticos, el informe debe consignar: número de ganglios examinados, número de ganglios con metástasis, niveles comprometidos, tamaño del mayor foco metastásico ganglionar

Tabla 2. Elementos mínimos recomendados para el informe anatomopatológico del carcinoma diferenciado de tiroides.

Sección	Elementos por consignar	Especificaciones
Formato del informe	Estadificación	El informe debe presentarse en formato claro y ordenado, preferentemente tipo lista o tabla, en una única sección, con los datos expresados como "dato: resultado". Debe incluir siempre los ítems básicos y agregar aquellos que correspondan según la muestra enviada.
Caracterización tumoral básica	Focalidad	Informar si el tumor es unifocal o multifocal.
	Sitio	Consignar localización: lóbulo derecho, lóbulo izquierdo, istmo u otra localización pertinente.
	Tamaño tumoral	Informar la dimensión mayor y, cuando corresponda, las dimensiones adicionales.
Tipo histológico	Tipo histológico y subtipo	Informar el tipo histológico y el subtipo tumoral.
	Multifocalidad	En casos multifocales de la misma línea celular, identificar cada tumor clínicamente relevante y repetir, cuando corresponda, los principales elementos tumorales: sitio, tipo/subtipo, tamaño, proliferación/necrosis, invasiones, extensión extratiroidea y márgenes.
Invasión tumoral	Angioinvasión	Informar su presencia y, de ser posible, su extensión, idealmente por número de vasos comprometidos.
	Invasión linfática	Informar presencia o ausencia.
	Invasión perineural	Invasión perineural Informar cuando corresponda.
Extensión extratiroidea	Extensión extratiroidea	Diferenciar explícitamente entre: ausencia de invasión, invasión microscópica aislada y extensión clínica/macrocópica confirmada.
	Correlación con categoría pT	Incluir la categoría correspondiente según la clasificación patológica: por ejemplo, pT3b por invasión de músculos infrahioideos y pT4 por extensión más allá de éstos.
Márgenes quirúrgicos	Estado de los márgenes	Informar si los márgenes son negativos o si existe tumor en margen.
	Detalle del margen	Especificar qué margen está comprometido (por ejemplo, anterior o posterior). Si los márgenes son negativos, informar la distancia al margen más cercano.
Información ganglionar	Estado ganglionar	Informar si hay o no metástasis ganglionares, siempre que se hayan analizado ganglios linfáticos.
	Número de ganglios	Consignar número de ganglios examinados y número de ganglios con metástasis.
	Distribución y carga metastásica	Informar niveles ganglionares comprometidos, tamaño del mayor foco metastásico ganglionar y presencia de extensión extranodal.
Estadificación	Clasificación pTNM	Incluir la clasificación pTNM según la información disponible al momento del informe: pT, pN y pM cuando corresponda.

Abreviaturas: CDT, carcinoma diferenciado de tiroides; pTNM, clasificación patológica tumor-ganglio-metástasis; AJCC, American Joint Committee on Cancer; ENE, extensión extranodal.

y presencia de extensión extranodal (ENE) (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Estadificación

Clasificación pTNM (AJCC 8ª edición). Existe consenso fuerte a favor de que el informe debe incluir la clasificación patológica tumor-ganglio-metástasis (pTNM) (AJCC 8ª edición) (pT, pN y pM cuando corresponda) según la información disponible al momento del informe (mediana 9; IQR 0; 96,30% de las respuestas en el rango 7-9).

Estratificación inicial del riesgo de recurrencia en adultos con CDT

Sistemas de estratificación y principios generales

Uso de sistemas de riesgo de recurrencia ATA e integración de variables. Existe consenso fuerte a favor de que la estratificación inicial del riesgo de recurrencia en adultos con CDT puede realizarse utilizando los sistemas propuestos por la ATA (2009, 2015 o 2025), considerando que las 2 primeras han sido ampliamente validadas. Estos sistemas integran variables clínicas, histopatológicas y quirúrgicas y permiten estimar la probabilidad de recurrencia y orientar decisiones terapéuticas iniciales, que deben interpretarse en el contexto clínico individual (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Conducta cuando la estratificación inicial es incompleta. Existe consenso fuerte a favor de que, cuando la estratificación inicial del riesgo de recurrencia no sea posible o resulte incompleta, la conducta clínica debe apoyarse en la integración de los hallazgos disponibles y en la evaluación de la respuesta al tratamiento, aplicando los principios de la estratificación dinámica del riesgo para orientar el seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Momento y aplicabilidad

Realización en todos los pacientes, con o sin radioyodo. Existe consenso fuerte a favor de que la estratificación inicial del riesgo de recurrencia debe realizarse en todos los pacientes luego del tratamiento quirúrgico primario, independientemente de que se indique o no radioyodo adyuvante, y basarse principalmente en la integración de hallazgos quirúrgicos e histopatológicos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Factores ganglionares

Clasificación según tamaño de la metástasis y extensión extra ganglionar. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de metástasis ganglionares cervicales debe clasificarse considerando el número de ganglios comprometidos, el tamaño del mayor foco metastásico y la existencia de extensión extranodal (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Factores histopatológicos de mayor riesgo

Invasión vascular extensa. Existe consenso fuerte a favor de que la invasión vascular extensa (más de cuatro focos) debe considerarse un factor de mayor riesgo de recurrencia, independientemente del subtipo histológico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Histología agresiva: incorporación contextual. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de histología agresiva (p. ej., subtipos de CPT como el de células altas o el hobnail) debe incorporarse en la estratificación inicial. Sin embargo, no debe interpretarse de manera aislada y sí contextualizarse con otros factores clínicos, quirúrgicos e histopatológicos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Estratificación dinámica del riesgo y respuesta al tratamiento en CDT

Principios generales

Incorporación sistemática al seguimiento. Existe consenso fuerte a favor de que la estratificación dinámica del riesgo, basada en la respuesta al tratamiento inicial, debe incorporarse de manera sistemática al seguimiento de los pacientes con CDT (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Reevaluación periódica e iterativa. Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta al tratamiento debe reevaluarse periódicamente como un proceso iterativo, integrando datos clínicos, bioquímicos y estructurales (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Categorías de respuesta como guías de manejo. Existe consenso fuerte a favor de que las categorías de respuesta (excelente, indeterminada, bioquímica incompleta o estructural incompleta) deben guiar las decisiones terapéuticas y la intensidad del seguimiento, integrándose con el riesgo inicial y el contexto clínico individual (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Papel central para decisiones clínicas. Existe consenso fuerte a favor de que la estratificación dinámica del riesgo debe tener un papel central en la toma de decisiones durante el seguimiento, complementando la estratificación inicial. El uso aislado del riesgo inicial puede conducir a estrategias terapéuticas sin beneficio demostrado en los resultados oncológicos (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Desescalamiento en respuesta excelente (riesgo intermedio/alto inicial)

Revaluación individualizada con cautela. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes inicialmente clasificados como de riesgo intermedio o alto que alcanzan y mantienen una respuesta excelente, la intensidad del tratamiento y del seguimiento puede reevaluarse de manera individualizada. Sin embargo, el riesgo de respuesta estructural en el seguimiento no se equipará completamente al de los pacientes de bajo riesgo, por lo que se recomienda un seguimiento clínico y bioquímico más estrecho (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Interpretación de categorías de respuesta y dinámica temporal (Figura 3)

Riesgo diferencial y valor de las tendencias. Existe consenso fuerte a favor de que las categorías de respuesta se asocian a diferentes frecuencias de recurrencia estructural y deben interpretarse en el contexto del riesgo inicial. En la estratificación dinámica, la tendencia temporal de marcadores bioquímicos y de los hallazgos estructurales es más relevante que los valores aislados para la toma de decisiones (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Definición e implicancias de las categorías de respuestas en pacientes que recibieron tiroidectomía total, con o sin ablación con radioyodo (Tabla 3; Figura 3)

Respuesta excelente

Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta excelente (niveles indetectables de Tg y aTg y ecografía cervical sin alteraciones) se asocia a baja frecuencia de recurrencia estructural incompleta (estimada entre 1-15% según el riesgo inicial) y permite desescalar progresivamente la intensidad del tratamiento y del seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta indeterminada

Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta indeterminada se define por hallazgos bioquímicos y/o estructurales equívocos que no confirman ni descartan enfermedad. Incluye: Tg detectable baja (en términos generales ≤ 1 ng/mL en pacientes ablacionados y $\leq 2,5$ ng/mL en no ablacionados), aTg positivos estables o en descenso, y/o hallazgos ecográficos inespecíficos sin criterios claros de malignidad. Esta categoría requiere seguimiento evolutivo, ya que puede reclasificarse con el tiempo, y se asocia a un riesgo estimado de recurrencia estructural de aproximadamente 5-20% (mediana 9; IQR 0.25; 91,67% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta bioquímica incompleta

Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta bioquímica incompleta se caracteriza por niveles de Tg detectables (>1 ng/mL en ablacionados o mayor de 2,5 ng/mL en no ablacionados) y/o aTg elevados o en ascenso en ausencia de evidencia estructural de enfermedad. Esta categoría se asocia a una probabilidad de recurrencia estructural de alrededor del 30-50% (mediana 9; IQR 0; 95,65% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta estructural incompleta

Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta estructural incompleta se caracteriza por la presencia de enfermedad estructural persistente o recurrente (locorregional y/o a distancia), documentada mediante estudios por imágenes y/o confirmación

citológica o histológica, habitualmente acompañada de niveles elevados de Tg o aTg. Se asocia con una alta probabilidad de persistencia o recurrencia tras el tratamiento inicial y con una frecuencia elevada de requerir tratamientos adicionales durante el seguimiento (aproximadamente 50-70%, según el riesgo inicial, la localización y la carga tumoral), por lo que suele requerir reevaluación terapéutica y un seguimiento estrecho e individualizado.

Tratamiento con radioyodo (^{131}I) en CDT luego de la tiroidectomía total

Indicación según riesgo

Criterio general. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de radioyodo debe basarse en la estratificación inicial del riesgo de recurrencia según la ATA y en la reestratificación dinámica según la respuesta al tratamiento, evitando su uso sistemático en todos los pacientes (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Bajo riesgo. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de bajo riesgo con resección quirúrgica completa, no está indicada la administración de radioyodo de rutina (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo intermedio: individualización. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de riesgo intermedio, la indicación de radioyodo debe individualizarse, integrando características histopatológicas adversas, carga tumoral residual, niveles y tendencia de Tg y aTg postoperatorios, extensión ganglionar, edad y respuesta inicial al tratamiento (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Alto riesgo. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de alto riesgo, la administración de radioyodo con intención adyuvante está generalmente indicada, salvo contraindicaciones específicas (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

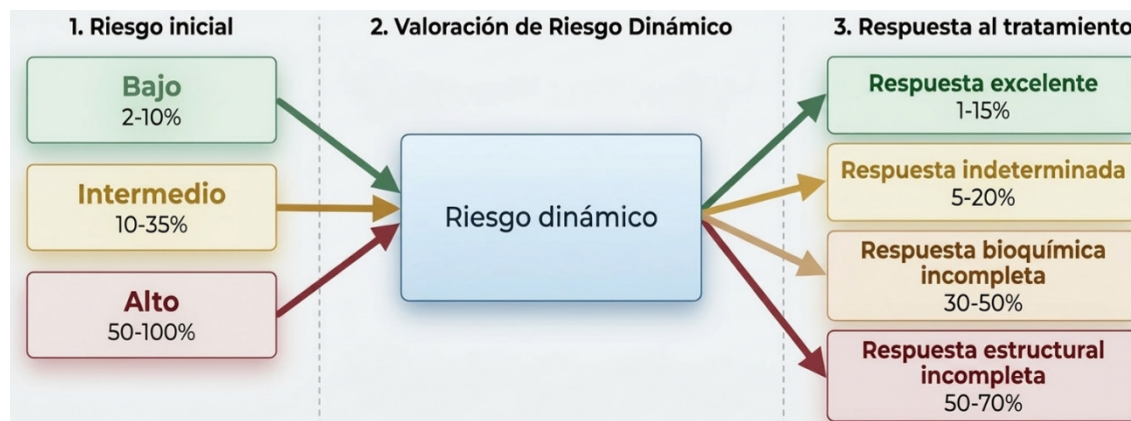
Enfermedad ganglionar microscópica de bajo volumen. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de enfermedad ganglionar microscópica de bajo volumen, en ausencia de otros factores de riesgo, no justifica por sí sola la indicación de radioyodo

Tabla 3. Categorías de respuesta al tratamiento en pacientes tratados con tiroidectomía total, con o sin ablación con radioyodo.

Categoría de respuesta	Definición conceptual	Hallazgos característicos
Respuesta excelente	Ausencia de evidencia bioquímica y estructural de enfermedad.	Tg indetectable, aTg negativos y ecografía cervical sin alteraciones.
Respuesta indeterminada	Presencia de hallazgos bioquímicos y/o estructurales equívocos que no permiten confirmar ni descartar enfermedad.	Tg detectable baja; aTg positivos estables o en descenso; y/o hallazgos ecográficos inespecíficos sin criterios claros de malignidad.
Respuesta bioquímica incompleta	Alteración bioquímica persistente en ausencia de evidencia estructural de enfermedad.	Tg detectable por encima de los umbrales esperados según se haya realizado o no ablación con radioyodo, y/o aTg elevados o en ascenso, sin correlato estructural.
Respuesta estructural incompleta	Persistencia o recurrencia de enfermedad estructural documentada.	Enfermedad locorregional y/o a distancia evidenciada por imágenes y/o confirmación citológica o histológica, habitualmente con Tg o aTg elevados.

Abreviaturas: Tg, tiroglobulina; aTg, anticuerpos antitiroglobulina.

Figura 3. Estratificación inicial del riesgo de recurrencia y reestratificación dinámica según la respuesta al tratamiento. Los porcentajes expresan el riesgo estimado de presentar una respuesta estructural incompleta durante el seguimiento, de acuerdo con la categoría de riesgo inicial y con la clasificación dinámica de la respuesta al tratamiento.



(mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Rastreo diagnóstico preterapia con baja actividad de ^{131}I . (Ronda 2: incorporado por sugerencias del panel). No se alcanzó consenso respecto de que, en pacientes con CDT de riesgo intermedio y alto riesgo, el rastreo diagnóstico preterapia con baja actividad de ^{131}I (p. ej., ~1 mCi), asociado a SPECT/TC, pueda considerarse en forma selectiva cuando su resultado tenga potencial de modificar la indicación o la actividad de radioyodo para administrar (mediana 8; IQR 5,25; 62,5% de las respuestas en el rango 7-9).

Objetivo del tratamiento (Tabla 4)

Definición explícita del objetivo. Existe consenso fuerte a favor de que, al indicar radioyodo, debe definirse explícitamente el objetivo del tratamiento: ablación de remanente tiroideo, tratamiento adyuvante o tratamiento terapéutico de enfermedad persistente o metastásica (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Ablación de remanente: rol limitado en bajo riesgo. Existe consenso fuerte a favor de que la ablación de remanente tiene un rol limitado y no debe considerarse un objetivo en sí mismo en pacientes de bajo riesgo, en ausencia de otros factores de riesgo que la justifiquen (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Enfermedad estructural persistente o metastásica. Existe consenso fuerte a favor de que, en presencia de enfermedad estructural persistente o metastásica, el radioyodo debe considerarse una modalidad terapéutica más que adyuvante (mediana 9; IQR 0; 91,67% de las respuestas en el rango 7-9).

Actividad administrada

Ajuste por objetivo/riesgo/enfermedad estructural. Existe consenso fuerte a favor de que la actividad administrada debe ajustarse al objetivo terapéutico, al riesgo de recurrencia y a la presencia o ausencia de enfermedad estructural (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Rangos orientativos de actividad. Existe consenso fuerte a favor de que, de manera orientativa, la actividad puede seleccionarse según objetivo terapéutico: ablación de remanente (~30-50 mCi), tratamiento adyuvante (~100 mCi), y tratamiento de enfermedad conocida (100-200 mCi) o mediante dosimetría individualizada,

cuando esté disponible. La selección debe ajustarse según el riesgo, la carga tumoral, la avidez por yodo y el contexto clínico (mediana 9; IQR 1; 84% de las respuestas en el rango 7-9).

Dosis ≥ 100 mCi. Existe consenso fuerte a favor de que el uso de dosis de radioyodo ≥ 100 mCi debe considerarse principalmente en pacientes de alto riesgo y/o con enfermedad estructural persistente o metastásica captante, ajustando al objetivo terapéutico y al contexto clínico individual (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo intermedio con respuesta excelente temprana

Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de riesgo intermedio que alcanzan una respuesta excelente temprana en la estratificación dinámica, puede considerarse omitir la ablación con radioyodo en el marco de una decisión individualizada (mediana 8,5; IQR 1; 87,50% de las respuestas en el rango 7-9).

Preparación del paciente para radioyodo

Dieta con bajo contenido en yodo y revisión de exposiciones. Existe consenso fuerte a favor de indicar dieta baja en yodo durante los 7 días previos y los 2 días posteriores a la administración de radioyodo, así como revisar exposiciones recientes a yodo (contraste yodado, amiodarona, suplementos) con el objetivo de optimizar la captación y la utilidad diagnóstico-terapéutica (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Estimulación de TSH. Existe consenso fuerte a favor de que, para la ablación de remanente o el tratamiento de enfermedad residual o locorregional, se recomienda alcanzar niveles de TSH >30 mUI/L mediante suspensión de hormona tiroidea o tras la administración de TSH recombinante humana (rhTSH), administrada en dos inyecciones intramusculares en días consecutivos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Tiempos esperables de elevación de TSH. Existe consenso fuerte a favor de que, tras tiroidectomía total, debido a la vida media de la hormona tiroidea, su depuración completa puede requerir aproximadamente 4-6 semanas. En ausencia de tratamiento con hormona tiroidea, la TSH endógena suele elevarse por encima de 30 mUI/L en aproximadamente 2-3 semanas (mediana 9; IQR 1; 95,65% de las respuestas en el rango 7-9).

Tabla 4. Objetivos del tratamiento con radioyodo en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides.

Objetivo del tratamiento con radioyodo	Definición conceptual	Contexto de indicación
Ablación de remanente tiroideo	Administración de radioyodo con el objetivo de eliminar tejido tiroideo remanente posquirúrgico, sin evidencia de enfermedad persistente conocida.	Puede considerarse en situaciones seleccionadas, pero su rol es limitado en pacientes de bajo riesgo sin factores adicionales que la justifiquen.
Tratamiento adyuvante	Administración de radioyodo con la finalidad de reducir el riesgo de persistencia o recurrencia al tratar posible enfermedad microscópica residual no demostrable por métodos convencionales.	Se plantea en pacientes con características clinicopatológicas asociadas a mayor riesgo de recurrencia, aun en ausencia de enfermedad estructural demostrada.
Tratamiento terapéutico de enfermedad persistente o metastásica	Administración de radioyodo con intención de tratar enfermedad estructural persistente, recurrente o metastásica demostrada.	Indicado cuando existe enfermedad locorregional o a distancia con potencial captación de radioyodo.

rhTSH vs. suspensión hormonal

Metástasis a distancia: preparación indistinta. Existe consenso fuerte a favor de que, en la mayoría de los pacientes con metástasis a distancia, se prefiere la preparación mediante suspensión hormonal, dado que la evidencia prospectiva disponible con rhTSH en este contexto es limitada. No obstante, su empleo puede considerarse apropiado en casos seleccionados (mediana 9; IQR 1; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Metástasis a distancia: uso selectivo de rhTSH. Existe consenso fuerte a favor de que la rhTSH puede considerarse como alternativa cuando el hipotiroidismo inducido implique un riesgo clínico relevante o una tolerancia inaceptable (p. ej., cardiopatía significativa, fragilidad, edad avanzada, comorbilidades graves, deterioro funcional o cognitivo o barreras logísticas relevantes). Su indicación no debe ser rutinaria y debe basarse en un adecuado balance beneficio-riesgo (mediana 9; IQR 0; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo intermedio sin enfermedad estructural: preferencia por rhTSH. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de riesgo intermedio sin evidencia de enfermedad estructural en quienes se indique radioyodo con el objetivo de ablación de remanente, la preparación con rhTSH es preferible a la suspensión hormonal, salvo contraindicaciones o situaciones clínicas específicas (mediana 9; IQR 1; 91.30% de las respuestas en el rango 7-9).

Situaciones especiales

Metástasis en sistema nervioso central o metástasis vertebrales: glucocorticoides. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con metástasis del sistema nervioso central o vertebrales que recibirán radioyodo, debe considerarse la administración previa de dosis altas de corticoides (p. ej., prednisona 40 mg iniciada 1 día antes y continuada durante 5 días posteriores), especialmente ante riesgo de edema o compromiso neurológico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Contraste yodado para TC: diferir radioyodo. Existe consenso fuerte a favor de que, tras la administración de contraste yodado hidrosoluble no iónico para TC, el radioyodo debe diferirse aproximadamente 4-6 semanas. En casos seleccionados, puede considerarse la medición de yodo urinario para verificar su depuración (mediana 9; IQR 1; 91,30% de las respuestas en el rango 7-9).

Rastreo luego del tratamiento con radioyodo

Existe consenso fuerte a favor de realizar rastreo corporal total 5-7 días después de la terapia (idealmente con SPECT/TC, si está disponible), con el objetivo de documentar la distribución y captación, identificar focos no detectados, completar la estadificación y orientar el seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Rastreo temprano y tardío en escenarios seleccionados. Existe consenso fuerte a favor de que, ante sospecha o evidencia de enfermedad metastásica, puede considerarse rastreo posterior a terapia en tiempos temprano (3 días) y tardío (10-14 días), especialmente en centros con experiencia, para aumentar la sensibilidad diagnóstica y evaluar la persistencia de captación o su “washout” (mediana 8; IQR 2; 94,12% de las respuestas en el rango 7-9).

Repetición empírica y refractariedad al radioyodo

No retratamiento empírico sin beneficio. Existe consenso fuerte a favor de que la administración repetida de radioyodo con fines empíricos, sin evidencia de beneficio clínico o estructural, no está justificada, independientemente de la dosis acumulada (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios de refractariedad al radioyodo. Existe consenso fuerte a favor de considerar refractario al radioyodo a un CDT cuando se cumple al menos uno de los siguientes criterios: a) ausencia de captación significativa en lesiones estructuralmente demostradas luego de una dosis terapéutica de radioyodo desde el primer tratamiento; b) pérdida de captación con persistencia o progresión estructural; c) progresión estructural dentro de los primeros 6 meses según RECIST 1.1 a pesar de captación posterior a una dosis terapéutica de radioyodo; d) captación heterogénea, con lesiones no captantes que sean dominantes o progresivas; y e) baja probabilidad de beneficio con nuevas administraciones de radioyodo en el contexto de dosis acumuladas elevadas, típicamente >600 mCi, aunque con un umbral final individualizado. Los tumores irresecables son siempre considerados refractarios al radioyodo (mediana 9; IQR 0.25; 100% de las respuestas en el rango 7-9) (Tabla 5).

Decidir continuar vs. suspender administración de radioyodo.

Tabla 5. Criterios de refractariedad al radioyodo en el carcinoma diferenciado de tiroides.

Criterio de refractariedad	Definición/descripción
Ausencia de captación significativa desde el primer tratamiento	Ausencia de captación significativa en lesiones estructuralmente demostradas luego de una dosis terapéutica de radioyodo desde el primer tratamiento.
Pérdida de captación con persistencia o progresión estructural	Pérdida de la capacidad de captación de radioyodo en lesiones previamente captantes, acompañada de persistencia o progresión estructural de la enfermedad.
Progresión estructural precoz pese a captación	Progresión estructural dentro de los primeros 6 meses, según RECIST 1.1, a pesar de captación posterior a una dosis terapéutica de radioyodo.
Captación heterogénea	Presencia de captación heterogénea, con lesiones no captantes que sean dominantes o progresivas.
Baja probabilidad de beneficio con nuevas dosis	Baja probabilidad de beneficio con nuevas administraciones de radioyodo en el contexto de dosis acumuladas elevadas, típicamente >600 mCi, aunque con un umbral final individualizado.
Tumores irresecables	Los tumores irresecables son siempre considerados refractarios al radioyodo.

Existe consenso fuerte a favor de que la decisión de continuar o suspender nuevas administraciones de radioyodo debe basarse en una evaluación integrada que incluya la respuesta estructural y bioquímica, la captación tumoral, la dosis acumulada, la toxicidad potencial y las alternativas terapéuticas (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Implicancias de identificar refractariedad. Existe consenso fuerte a favor de que identificar enfermedad refractaria debe conducir a la reconsideración de la estrategia global (tratamientos locales dirigidos, terapias sistémicas o vigilancia activa según el escenario), evitando la exposición innecesaria a dosis de radioyodo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Eventos adversos del radioyodo y medidas preventivas

Consejo y decisión compartida. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de radioyodo debe considerar explícitamente los eventos adversos potenciales a corto y largo plazo, los cuales deben discutirse con el paciente como parte del proceso de la decisión compartida (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Eventos adversos frecuentes. Existe consenso fuerte a favor de que los eventos adversos más frecuentes incluyen sialadenitis, xerostomía, alteraciones del gusto u olfato, náuseas o vómitos, dolor o tumefacción cervical (tiroiditis por radiación) y fatiga transitoria. Estos deben anticiparse y abordarse durante el consejo previo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9). *Prevención y manejo de disfunción salival.* Existe consenso fuerte a favor de recomendar hidratación adecuada, estimulación del flujo salival y cuidado oral. Ante síntomas persistentes o graves, debe considerarse evaluación específica (odontología u otorrinolaringología) y tratamiento sintomático (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Compromiso ocular. Existe consenso fuerte a favor de que la administración de radioyodo puede asociarse a xeroftalmia y, con menor frecuencia, a obstrucción nasolagrimal. Se recomienda interrogar síntomas oculares e indicar medidas locales o derivación según corresponda (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Toxicidad hematológica y dosimetría interna.

Dosimetría para individualizar actividad terapéutica. (Ronda 2: incorporado por sugerencias del panel). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con CDT con indicación de radioyodo terapéutico en quienes se consideren actividades empíricas elevadas (>5.5 GBq [150 mCi]) y/o retratamientos con alta actividad, especialmente en mayores de 70 años, con insuficiencia renal y/o metástasis pulmonares difusas o enfermedad metastásica extensa, la dosimetría (máxima actividad tolerada y/o dosimetría lesional) puede considerarse, cuando sea factible y en centros con experiencia, para individualizar la actividad administrada y optimizar la seguridad del tratamiento. Se recomienda procurar no exceder 2 Gy a sangre/médula ósea y limitar la retención corporal a 48 h, según corresponda (mediana 9; IQR 1; 85,71% de las respuestas en el rango 7-9).

Dosis acumuladas altas: monitorización. Existe consenso fuerte a favor de que, con actividades acumuladas elevadas de radioyodo (p. ej., >600 mCi), se recomienda monitorización hematológica periódica y la reevaluación del balance riesgo/beneficio antes de nuevas administraciones (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Fertilidad, embarazo y lactancia

Varones: concepción. Existe consenso fuerte a favor de recomendar evitar la concepción durante al menos 3 meses tras radioyodo en varones (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Mujeres en edad fértil: embarazo previo. Existe consenso fuerte a favor de documentar una prueba cuantitativa de embarazo negativa antes del radioyodo (mediana 9; IQR 0,75; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Mujeres: evitar embarazo tras radioyodo. Existe consenso fuerte a favor de recomendar evitar el embarazo durante al menos 6 meses tras radioyodo (mediana 9; IQR 0; 95,65% de las respuestas en el rango 7-9).

Lactancia. Existe consenso fuerte a favor de que la lactancia debe suspenderse 6-8 semanas antes del radioyodo y no reiniciarse tras la administración (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Supresión de TSH y objetivos terapéuticos en el seguimiento del CDT

Principios generales

Balance beneficio–riesgo e individualización. Existe consenso fuerte a favor de que la decisión de iniciar supresión de TSH por debajo del rango de referencia debe individualizarse según el balance beneficio–riesgo, reconociendo que los pacientes con alto riesgo de recurrencia pueden beneficiarse más que aquellos de bajo riesgo (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Definición explícita y reevaluación longitudinal. Existe consenso fuerte a favor de que los objetivos de TSH deben definirse explícitamente en función del riesgo inicial de recurrencia y de la respuesta dinámica al tratamiento, y reevaluarse periódicamente a lo largo del tiempo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Objetivos de TSH según riesgo y estado de enfermedad (Tabla 6)

Alto riesgo y/o enfermedad estructural persistente o progresiva. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con alto riesgo de recurrencia y/o con enfermedad estructural persistente o progresiva, es apropiado considerar objetivos de TSH en rangos subnormales siempre que el perfil de riesgo cardiovascular y óseo lo permita (mediana 9; IQR 1; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo intermedio sin enfermedad estructural. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con riesgo intermedio sin evidencia estructural de enfermedad, es apropiado considerar objetivos de TSH en el rango 0,1–0,5 mIU/L durante el seguimiento inicial, con reevaluación según la respuesta al tratamiento (mediana 9; IQR 1; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Bajo riesgo sin evidencia bioquímica o estructural. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con bajo riesgo sin evidencia bioquímica o estructural de enfermedad, el objetivo de TSH debe mantenerse dentro del rango de referencia o en el rango bajo-normal, y no se sugiere supresión sostenida por debajo del rango normal (mediana 9; IQR 0; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Desescalamiento de supresión

Respuesta excelente sostenida en riesgo intermedio/alto inicial. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes inicialmente

clasificados como de riesgo intermedio o alto que alcanzan y mantienen una respuesta excelente, es apropiado desescalar progresivamente la supresión de TSH hacia valores normales o bajo-normales, salvo que existan factores clínicos que justifiquen mantener un mayor grado de supresión (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Ausencia de supresión sostenida en bajo/intermedio sin recurrencia. Existe consenso fuerte a favor de que no se sugiere mantener una supresión de TSH a largo plazo por debajo del rango de referencia en pacientes de bajo o intermedio riesgo sin evidencia bioquímica o estructural de recurrencia (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Reevaluación periódica de objetivos y comorbilidades. Existe consenso fuerte a favor de que los riesgos y beneficios de la supresión, así como los objetivos terapéuticos, deben reevaluarse periódicamente durante el seguimiento considerando la evolución clínica y la aparición de comorbilidades (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuestas incompletas

Respuesta bioquímica incompleta. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con respuesta bioquímica incompleta, los objetivos de TSH deben individualizarse y no implican necesariamente supresión intensa ni indefinida (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta estructural incompleta o progresión. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con respuesta estructural incompleta o con progresión documentada, se recomienda mantener objetivos de TSH en rango subnormal, siempre que el riesgo de efectos adversos sea aceptable (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Evitar supresión innecesaria y seguimiento del riesgo

Riesgo cardiovascular. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con cardiopatía isquémica, arritmias, edad avanzada o alto riesgo cardiovascular, debe evitarse la supresión intensa (p. ej., TSH <0,1 mIU/L) salvo que exista un beneficio oncológico claro y documentado (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo óseo (posmenopausia/osteoporosis). Existe consenso fuerte a favor de que, en mujeres posmenopáusicas y/o en pacientes

Tabla 6. Objetivos terapéuticos de TSH según riesgo de recurrencia y estado de enfermedad.

Escenario clínico	Objetivo de TSH	Consideraciones
Alto riesgo de recurrencia y/o enfermedad estructural persistente o progresiva	Considerar rangos subnormales de TSH	La indicación debe individualizarse según el perfil de riesgo cardiovascular y óseo.
Riesgo intermedio sin evidencia estructural de enfermedad	Considerar TSH en el rango de 0,1–0,5 mIU/L	Aplicable durante el seguimiento inicial, con reevaluación posterior según la respuesta al tratamiento.
Bajo riesgo sin evidencia bioquímica o estructural de enfermedad	Mantener TSH dentro del rango de referencia o en el rango bajo-normal	No se sugiere supresión sostenida por debajo del rango normal.

Abreviaturas: TSH, hormona estimulante de la tiroides; CDT, carcinoma diferenciado de tiroides.

con osteoporosis, el grado de supresión de TSH debe ponderarse cuidadosamente debido al aumento del riesgo de pérdida ósea asociado a niveles de TSH por debajo del rango normal (mediana 9; IQR 0,25; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Seguimiento bioquímico e imagenológico en CDT

Principios del seguimiento

Intensidad según riesgo inicial y respuesta dinámica. Existe consenso fuerte a favor de que la intensidad del seguimiento bioquímico e imagenológico debe definirse integrando el riesgo inicial de recurrencia con la respuesta al tratamiento (estratificación dinámica) (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta dinámica como guía; no esquemas fijos. Existe consenso fuerte a favor de que la respuesta dinámica (excelente, indeterminada, bioquímica incompleta o estructural incompleta) debe guiar la frecuencia de seguimiento y la indicación de estudios complementarios; no se recomiendan esquemas de seguimiento fijos (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Evaluación posoperatoria temprana (Tabla 7)

Primera evaluación posoperatoria (3-6 meses) (Ronda 2: reformulado para acotar aplicabilidad). Existe consenso fuerte a favor de que, en ausencia de hallazgos clínicos, bioquímicos o imagenológicos sugestivos de alto riesgo, se recomienda realizar una primera evaluación dentro de los 3-6 meses posteriores a la cirugía. Esta evaluación permite reclasificar el riesgo con la información posoperatoria, orientar la necesidad de tratamiento adicional (incluido radioyodo, cuando corresponda) e individualizar la estrategia inicial de seguimiento (mediana 9; IQR 1; 92,31% de las respuestas en el rango 7-9).

Tiroglobulina y TSH tras tiroidectomía total (bajo/intermedio riesgo). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes de bajo o intermedio riesgo sometidos a tiroidectomía total, se recomienda medir Tg sérica, aTg y TSH entre las 6 y 12 semanas del posoperatorio, bajo tratamiento con hormona tiroidea. (mediana 9; IQR 0; 91,67% de las respuestas en el rango 7-9).

Monitorización de TSH y ajustes de levotiroxina. Existe consenso fuerte a favor de que la TSH debe medirse aproximadamente a las 6 semanas del postoperatorio y repetirse entre 6 y 8 semanas después de cada ajuste de levotiroxina, con metas acordes con el riesgo y la respuesta al tratamiento (mediana 9; IQR 0,5; 95,65% de las respuestas en el rango 7-9).

Tiroglobulina tras hemitiroidectomía. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes sometidos a hemitiroidectomía, la Tg sérica puede medirse en el posoperatorio inicial con TSH en rango normal. Sin embargo, no existen puntos de corte universalmente validados para definir una respuesta al tratamiento basados en este único parámetro (mediana 9; IQR 0,25; 95,83% de las respuestas en el rango 7-9).

Interpretación junto con anticuerpos antitiroglobulina. Existe consenso fuerte a favor de que la interpretación de la Tg debe realizarse junto con los aTg. En presencia de aTg positivos, en pacientes que recibieron tiroidectomía total, debe priorizarse la tendencia temporal por sobre valores aislados (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Ecografía cervical

Integración con marcadores bioquímicos. Existe consenso fuerte a favor de que la ecografía cervical debe integrarse con Tg y aTg en la evaluación postoperatoria (aproximadamente a los 6 meses) y durante el seguimiento, para definir respuesta y ajustar la intensidad de la monitorización (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Respuesta excelente: evitar ecografía sistemática. Existe consenso a favor de que, en pacientes con respuesta excelente, no se recomienda realizar ecografía cervical sistemática durante el seguimiento en ausencia de cambios clínicos o bioquímicos (mediana 8; IQR 2; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Rastreo diagnóstico con radioyodo durante el seguimiento

Respuesta excelente posterior a radioyodo: no rutinario. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes tratados con radioyodo que alcanzan una respuesta excelente, no se recomienda realizar rastreo diagnóstico con radioyodo de rutina durante el seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Imágenes adicionales ante discordancia bioquímica-ecográfica

Tg elevada o aTg en ascenso sin hallazgos por ecografía. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con Tg elevada o aTg en ascenso sin enfermedad identificable por ecografía cervical, debe considerarse la indicación de imágenes adicionales según la sospecha clínica, bioquímica y topográfica, con el objetivo de localizar enfermedad estructural y redefinir los objetivos terapéuticos. En este contexto, puede considerarse una TC de cuello y/o tórax con contraste intravenoso y cortes finos, incluyendo reconstrucciones en ventana mediastínica y pulmonar cuando corresponda, para evaluar de manera integrada el lecho tiroideo, los compartimentos cervicales profundos, el mediastino y el parénquima pulmonar. En pacientes con contraindicación para contraste yodado, la estrategia de imagen deberá individualizarse, pudiendo considerarse TC sin contraste con cortes finos, RMN u otras modalidades según el escenario clínico (mediana 9; IQR 0; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Uso selectivo de imágenes seccionales. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de imágenes transversales (TC o RMN) debe reservarse para escenarios con alta probabilidad de enfermedad estructural y no como parte del seguimiento de rutina en pacientes con respuesta excelente (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

PET/TC con ¹⁸F-FDG en el seguimiento.

Indicación individualizada. Existe consenso fuerte a favor de que, ante respuesta bioquímica incompleta o sospecha de enfermedad persistente con métodos convencionales negativos, la indicación de PET/TC con ¹⁸F-FDG debe individualizarse según su potencial para modificar la conducta terapéutica; su realización no requiere estimulación con TSH (mediana 9; IQR 0; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Factores histopatológicos de alto riesgo: reducción del umbral. Existe consenso fuerte a favor de que los factores histopatológicos de alto riesgo pueden reducir el umbral para considerar PET/TC

Tabla 7. Evaluación postoperatoria temprana y rol de la ecografía cervical en el seguimiento inicial del CDT.

Eje	Situación / evaluación	Contenido conceptual
Evaluación postoperatoria temprana	Primera evaluación posoperatoria (3–6 meses)	En ausencia de hallazgos clínicos, bioquímicos o imagenológicos sugestivos de alto riesgo, se recomienda realizar una primera evaluación dentro de los 3–6 meses posteriores a la cirugía. Esta instancia permite reclasificar el riesgo con la información posoperatoria, orientar la necesidad de tratamiento adicional, incluido radioyodo cuando corresponda, e individualizar la estrategia inicial de seguimiento.
Evaluación bioquímica	Tiroglobulina, anticuerpos antitiroglobulina y TSH tras tiroidectomía total	En pacientes de bajo o intermedio riesgo sometidos a tiroidectomía total, se recomienda medir Tg sérica, aTg y TSH entre las 6 y 12 semanas del postoperatorio, bajo tratamiento con hormona tiroidea.
Evaluación bioquímica	Monitoreo de TSH y ajustes de levotiroxina	La TSH debe medirse aproximadamente a las 6 semanas del postoperatorio y repetirse entre 6 y 8 semanas después de cada ajuste de levotiroxina, con metas acordes al riesgo y a la respuesta al tratamiento.
Interpretación de biomarcadores	Interpretación conjunta de Tg y aTg	La interpretación de la Tg debe realizarse junto con los aTg. En presencia de aTg positivos, en pacientes sometidos a tiroidectomía total, debe priorizarse la tendencia temporal por sobre los valores aislados.
Ecografía cervical	Integración con marcadores bioquímicos	La ecografía cervical debe integrarse con Tg y aTg en la evaluación postoperatoria, aproximadamente a los 6 meses, y durante el seguimiento, para definir la respuesta al tratamiento y ajustar la intensidad del monitoreo. En pacientes con respuesta excelente, no se recomienda realizar ecografía cervical sistemática durante el seguimiento en ausencia de cambios clínicos o bioquímicos.

Abreviaturas: CDT, carcinoma diferenciado de tiroides; Tg, tiroglobulina; aTg, anticuerpos antitiroglobulina; TSH, hormona estimulante de la tiroides.

ante sospecha bioquímica o clínica; sin embargo, estos factores no justifican su uso rutinario en ausencia de progresión documentada (mediana 9; IQR 0; 91,67% de las respuestas en el rango 7-9).

Evitar PET/TC sistemático sin sospecha de progresión. Existe consenso fuerte a favor de que no se recomienda la realización sistemática de PET/TC con ¹⁸F-FDG en pacientes sin progresión bioquímica, clínica o estructural, incluyendo su uso temprano basado únicamente en el riesgo inicial (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Integración con imágenes morfológicas

(Ronda 2: incorporado por sugerencias del panel). Existe consenso fuerte a favor de que la elección de las modalidades de imagen en el CDT debe individualizarse según la sospecha topográfica y el potencial impacto terapéutico. La ecografía cervical y las imágenes seccionales (TC/RMN) permiten detectar y caracterizar anatómicamente enfermedad estructural, mientras que la PET/TC con ¹⁸F-FDG puede aportar información complementaria en casos seleccionados. Los hallazgos en PET/TC pueden requerir estudios morfológicos dirigidos y/o confirmación histológica. En presencia de captación pulmonar difusa con radioyodo, puede considerarse TC de tórax con cortes finos, con reconstrucciones en ventana pulmonar y mediastínica, para documentar el correlato morfológico, evaluar el parénquima pulmonar y el mediastino, y orientar el seguimiento. El uso de contraste intravenoso deberá individualizarse según el objetivo clínico y las contraindicaciones del paciente (mediana 9; IQR 0,75; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Manejo de la enfermedad persistente o recurrente en CDT

Principios generales

Individualización del manejo. Existe consenso fuerte a favor de que el manejo de la enfermedad persistente o recurrente debe individualizarse según el tipo de respuesta (bioquímica o estructural), la localización, el volumen tumoral, la cinética de progresión y el riesgo asociado al tratamiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

No implica tratamiento inmediato; rol de la observación activa. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de enfermedad persistente o recurrente no implica necesariamente tratamiento inmediato y que, en escenarios de bajo volumen o estabilidad documentada, la observación activa constituye una estrategia apropiada (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Enfermedad bioquímica persistente

Observación activa. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con enfermedad bioquímicamente persistente sin evidencia estructural, se recomienda observación activa con seguimiento cercano (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Priorizar tendencias sobre valores aislados. Existe consenso fuerte a favor de que las decisiones diagnósticas o terapéuticas deben basarse en la tendencia temporal de la Tg o de los aTg, y no en valores aislados (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Enfermedad locorregional estructural persistente o recurrente

Cirugía como tratamiento de elección. Existe consenso fuerte a favor de que la cirugía constituye el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad locorregional estructural persistente o recurrente, siempre que la resección completa sea factible y el riesgo quirúrgico sea aceptable (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios integrales para la reintervención. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de reintervención quirúrgica debe basarse en una evaluación integral que incluya el tamaño de la lesión, la localización, la proximidad a estructuras críticas, el número de lesiones, la progresión documentada y las comorbilidades del paciente (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Observación activa como alternativa en bajo volumen. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con enfermedad locorregional de bajo volumen, estable y asintomática, sin riesgo funcional inmediato, la monitorización activa puede constituir una alternativa apropiada a la reintervención quirúrgica siempre que se asegure el seguimiento clínico y ecográfico adecuado (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Metástasis a distancia y radioyodo

Metástasis captantes: radioyodo como opción terapéutica. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con metástasis a distancia captantes, el radioyodo debe considerarse una opción terapéutica, integrando la carga tumoral, la respuesta previa y el riesgo acumulado del tratamiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios para modificar la estrategia terapéutica

Progresión como criterio principal. Existe consenso fuerte a favor de que la progresión documentada de la enfermedad (clínica o estructural) debe ser el principal criterio para modificar la estrategia terapéutica durante el seguimiento (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Beneficio clínico como fundamento del cambio terapéutico. Existe consenso fuerte a favor de que las decisiones de cambio terapéutico deben basarse en la probabilidad de beneficio clínico y no exclusivamente en la detección de enfermedad microscópica o subclínica (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Definir objetivos explícitos del cambio terapéutico. Existe consenso fuerte a favor de que la decisión de cambiar la estrategia terapéutica debe documentar explícitamente el objetivo perseguido (control local, control sistémico o alivio sintomático), evitando intervenciones sin beneficio clínico esperado (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Terapias sistémicas, interrogación genómica y abordaje integrado en CDT metastásico (Tabla 8, Figura 4)**Principios generales e indicación**

La presencia de metástasis a distancia no implica que deba recomendarse, automáticamente, terapia sistémica. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de metástasis a distancia en el CDT no implica automáticamente la indicación de terapia

sistémica, en especial si las lesiones demuestran captación de radioyodo considerando que no presentan criterios de refractariedad (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios integrales para indicar terapias sistémicas. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación de terapias sistémicas debe basarse en una evaluación integral que incluya carga tumoral, localización, progresión documentada, síntomas y potencial impacto en la calidad de vida (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Objetivo terapéutico: control clínicamente relevante. Existe consenso fuerte a favor de que el objetivo principal de las terapias sistémicas en CDT metastásico es el control de enfermedad clínicamente relevante, y no la normalización de marcadores bioquímicos aislados (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Observación activa y momento de inicio

Bajo volumen estable/asintomático: observación activa. Existe consenso fuerte a favor de que, en enfermedad metastásica de bajo volumen, estable y asintomática, la observación activa constituye una estrategia apropiada, aun en presencia de enfermedad refractaria al radioyodo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Progresión mínima/lenta sin clínica: no justifica inicio. Existe consenso fuerte a favor de que la progresión radiológica mínima o lenta, sin correlato clínico, no justifica por sí sola el inicio de terapia sistémica a menos que se considere que la progresión pudiera ser potencialmente sintomática (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo de iniciar tempranamente en asintomáticos. Existe consenso fuerte a favor de que el inicio temprano de terapias sistémicas en pacientes asintomáticos puede exponer a toxicidades innecesarias sin beneficio clínico claro (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios de indicación de terapia sistémica: progresión estructural clínicamente relevante (RECIST 1.1). Existe consenso fuerte a favor de que la progresión estructural documentada y clínicamente relevante basada en criterios RECIST 1.1, potencialmente sintomática o sintomática, debe considerarse el principal criterio para iniciar terapia sistémica; la refractariedad al radioyodo es condición necesaria pero no suficiente (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Riesgo funcional por compromiso de órganos vitales. Existe consenso fuerte a favor de que la presencia de enfermedad en órganos con riesgo de deterioro funcional, como pulmón, hígado u otros sitios críticos, debe priorizarse en la decisión de iniciar tratamiento sistémico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Interrogación genómica en enfermedad avanzada

(Ronda 2: incorporado por sugerencias del panel). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con CDT localmente avanzado y/o con metástasis a distancia, se recomienda realizar interrogación genómica para identificar alteraciones accionables (p. ej., mutación *BRAF V600E*, fusiones *RET/NTRK* u otras), ya que su detección puede orientar la selección de terapias dirigidas potencialmente más

eficaces y/o menos tóxicas. Idealmente, el estudio debería realizarse al diagnóstico de enfermedad avanzada o al momento en que el tumor sea clasificado como refractario al radioyodo, especialmente si se anticipa necesidad de tratamiento sistémico (mediana 9; IQR 1; 96,15% de las respuestas en el rango 7-9).

Opciones terapéuticas y selección

Inhibidores multiquinasa (IMQ). Existe consenso fuerte a favor de que los IMQ constituyen una opción terapéutica en CDT metastásico, refractario al radioyodo y con progresión clínicamente significativa (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Elección según toxicidad y comorbilidades. Existe consenso fuerte a favor de que la elección de la terapia sistémica debe considerar el perfil de toxicidad, las comorbilidades y la posibilidad de ajustes de dosis o interrupciones temporales (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Centros con experiencia. Existe consenso fuerte a favor de que las terapias sistémicas deben iniciarse, siempre que sea posible, en centros con experiencia en el manejo multidisciplinario de CDT avanzado (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Enfoque escalonado con priorización molecular. Existe consenso fuerte a favor de que, en CDT metastásico refractario al radioyodo con indicación de terapia sistémica, debe priorizarse un enfoque

escalonado basado en perfil molecular, cinética de progresión, carga tumoral, comorbilidades y disponibilidad local (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Secuenciación terapéutica

Sin alteraciones accionables: lenvatinib primera línea. Existe consenso fuerte a favor de que, en ausencia de alteraciones accionables (p. ej., fusiones *RET* o *NTRK*), los IMQ constituyen la base del tratamiento; en este contexto, lenvatinib suele considerarse la opción preferente en primera línea, especialmente ante progresión rápida o alta carga tumoral, si la toxicidad es aceptable (mediana 9; IQR 1; 95,83% de las respuestas en el rango 7-9).

Sorafenib como alternativa en primera línea. Existe consenso fuerte a favor de que sorafenib es una alternativa válida en primera línea en pacientes seleccionados, especialmente con progresión más lenta, menor carga tumoral o comorbilidades que aumenten el riesgo de toxicidad con lenvatinib (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Cabozantinib en líneas posteriores. Existe consenso fuerte a favor de que cabozantinib puede considerarse en líneas posteriores en pacientes con progresión bajo IMQ previos, según disponibilidad y perfil clínico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Tabla 8. Terapias sistémicas, interrogación genómica y abordaje integrado en el carcinoma diferenciado de tiroides metastásico.

Eje conceptual	Situación / criterio	Implicancia clínica
Principios generales e indicación	Presencia de metástasis a distancia	La sola presencia de metástasis a distancia no implica automáticamente la indicación de terapia sistémica, especialmente si las lesiones son captantes de radioyodo y no cumplen criterios de refractariedad.
	Criterios integrales para indicar terapia sistémica	La indicación debe basarse en una evaluación integral que contemple carga tumoral, localización, progresión documentada, síntomas y potencial impacto sobre la calidad de vida.
	Objetivo terapéutico	El objetivo principal de las terapias sistémicas es el control de enfermedad clínicamente relevante, y no la normalización de marcadores bioquímicos aislados.
Observación activa y momento de inicio	Enfermedad metastásica de bajo volumen, estable y asintomática	La observación activa constituye una estrategia apropiada, incluso en presencia de enfermedad refractaria al radioyodo.
	Progresión mínima o lenta sin correlato clínico	La progresión radiológica mínima o lenta, en ausencia de síntomas o impacto clínico, no justifica por sí sola el inicio de terapia sistémica.
	Inicio precoz en pacientes asintomáticos	El inicio anticipado de terapias sistémicas en pacientes asintomáticos puede exponer a toxicidades innecesarias sin beneficio clínico claro.
Criterios de inicio de terapia sistémica	Progresión estructural clínicamente relevante	La progresión estructural documentada y clínicamente relevante, basada en criterios RECIST 1.1, potencialmente sintomática o sintomática, constituye el principal criterio para iniciar terapia sistémica. La refractariedad al radioyodo es necesaria, pero no suficiente.
	Compromiso de órganos con riesgo funcional	La presencia de enfermedad en órganos con riesgo de deterioro funcional, como pulmón, hueso u otros sitios críticos, debe priorizarse en la decisión terapéutica.
Interrogación genómica en enfermedad avanzada	Búsqueda de alteraciones accionables	En pacientes con enfermedad localmente avanzada y/o metastásica, se recomienda realizar interrogación genómica para identificar alteraciones accionables que puedan orientar terapias dirigidas potencialmente más eficaces y/o menos tóxicas.
	Momento del estudio	Idealmente, la interrogación genómica debería realizarse al diagnóstico de enfermedad avanzada o cuando el tumor sea clasificado como refractario al radioyodo, especialmente si se anticipa necesidad de tratamiento sistémico.

Abreviaturas: CDT, carcinoma diferenciado de tiroides; RECIST, *Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*.

Terapias dirigidas por alteraciones accionables

Fusiones RET. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con fusiones del oncogén RET, los inhibidores selectivos (selpercatinib) constituyen el tratamiento de elección por su alta eficacia y mejor tolerabilidad; cuando no estén disponibles, lenvatinib puede utilizarse como alternativa (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Fusiones NTRK. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con fusiones NTRK, los inhibidores de TRK (p. ej., larotrectinib o entrectinib) constituyen el tratamiento de elección (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Rediferenciación y terapias dirigidas a BRAF/MAPK

Rediferenciación tumoral. Existe consenso fuerte a favor de que la rediferenciación mediante inhibición transitoria de la vía MAPK (*mitogen-activated protein kinase*) puede considerarse en pacientes seleccionados con enfermedad metastásica refractaria al radioyodo, especialmente en presencia de mutación BRAF V600E, en centros con experiencia y tras evaluación multidisciplinaria (mediana 9; IQR 0; 95,65% de las respuestas en el rango 7-9).

Dabrafenib/trametinib como línea posterior a un IMQ. Existe consenso fuerte a favor de que, en CDT con enfermedad progresiva refractaria al radioyodo y mutación BRAF V600E confirmada, la combinación dabrafenib/trametinib puede considerarse como tratamiento en líneas posteriores, luego de progresión bajo uno o más IMQ, de acuerdo con el contexto clínico y la disponibilidad (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Dabrafenib/trametinib como primera línea si hay contraindicación para IMQ. Existe consenso fuerte a favor de que, en CDT con enfermedad progresiva refractaria al radioyodo y mutación BRAF V600E confirmada, la combinación de dabrafenib/trametinib puede considerarse como primera línea si existen contraindicaciones para IMQ (p. ej., morbilidad cardiovascular severa, hipertensión arterial de difícil manejo, riesgo elevado o presencia de fistulas cervicales) (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Tratamientos locales ablativos

Rol para demorar o complementar terapia sistémica. Existe consenso fuerte a favor de que las técnicas de ablación térmica percutánea (p. ej., ablación por radiofrecuencia y otras según disponibilidad) son particularmente adecuadas en pacientes no candidatos a cirugía con metástasis únicas o de bajo volumen, o en lesiones sintomáticas o con riesgo funcional, y pueden utilizarse para demorar el inicio de la terapia sistémica o como estrategias complementarias durante su curso (mediana 9; IQR 0.75; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Radioterapia externa (RTE) y técnicas avanzadas en CDT

Indicaciones generales

No uso rutinario. Existe consenso fuerte a favor de que la radioterapia externa (RTE) no está indicada de rutina en CDT tratado con cirugía con o sin radioyodo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Enfermedad macroscópica irresecable o no resecable

Existe consenso fuerte a favor de que debe considerarse RTE en

CDT con enfermedad macroscópica irresecable (primario/lecho/ganglios) y/o persistencia/recidiva locorregional no resecable, especialmente si la enfermedad es refractaria al radioyodo con baja probabilidad de respuesta a radioyodo (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

RTE adyuvante en escenarios seleccionados (R1/alto riesgo locorregional)

Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes >45-50 años con resección R1 (margen microscópicamente positivo) y alto riesgo de recaída locorregional, o con múltiples recurrencias y reintervenciones previas o en quienes una nueva resección no es factible, puede considerarse RTE adyuvante tras discusión multidisciplinaria (mediana 8.5; IQR 1; 95,83% de las respuestas en el rango 7-9).

Proceso de decisión

Equipo multidisciplinario y evaluación temprana. Existe consenso fuerte a favor de que la indicación y el momento de la RTE deben definirse en un equipo multidisciplinario con participación de radioterapeuta, priorizando una evaluación temprana cuando exista sospecha de enfermedad localmente avanzada o irresecable (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Técnica recomendada

Preferencia por IMRT con IGRT. Existe consenso fuerte a favor de que, cuando RTE esté indicada, se recomienda técnica conformacional, preferentemente IMRT (radioterapia de intensidad modulada) con IGRT (guiada por imágenes), para reducir toxicidad (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Dosis y fraccionamiento (rangos orientativos)

Rangos de dosis según volumen/objetivo. Existe consenso fuerte a favor de que, en RTE con intención locorregional, pueden utilizarse rangos orientativos: 66-70 Gy para enfermedad macroscópica, 60-66 Gy para enfermedad microscópica/lecho de alto riesgo y 50-56 Gy para volúmenes electivos cuando corresponda, ajustados por el/la radioterapeuta (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Secuencia con radioyodo

Individualización de la secuencia. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes candidatos a radioyodo y RTE, la secuencia debe individualizarse según objetivo terapéutico, captación, urgencia por control local y riesgo de toxicidad (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Paliación y radioterapia corporal estereotáctica (RCE)

Paliación de metástasis sintomáticas; RCE en oligometástasis. Existe consenso fuerte a favor de que la RTE está indicada para paliación de metástasis sintomáticas; en oligometástasis y buen estado funcional puede considerarse RCE. Esquemas paliativos habituales incluyen 8 Gy ×1, 20 Gy/5 o 30 Gy/10, según el escenario clínico (mediana 9; IQR 1; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Alta del seguimiento oncológico y transición del cuidado en CDT (Tabla 9)

Criterios generales para considerar la transición

Respuesta excelente sostenida y ausencia de enfermedad estructural. Existe consenso fuerte a favor de que la transición a un seguimiento de menor intensidad en el ámbito del control endocrinológico general o de la atención primaria puede considerarse en pacientes con CDT que, tras el tratamiento inicial, alcanzan y mantienen respuesta excelente en la estratificación dinámica, y no presentan evidencia de enfermedad estructural (mediana 8; IQR 1; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterio operativo (p. ej., ≥5 años) y condiciones mínimas. Existe consenso fuerte a favor de que, como criterio operativo, puede considerarse la transición del seguimiento o el alta del ámbito del control oncológico cuando exista respuesta excelente sostenida durante un período prolongado (p. ej., ≥5-10 años como criterio orientativo) (mediana 9; IQR 1; 92% de las respuestas en el rango 7-9).

Situaciones en las que no se recomienda el alta

Alto riesgo inicial o antecedente de enfermedad estructural. Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes inicialmente clasificados como de alto riesgo o con antecedente de enfermedad estructural (locorregional o a distancia), no se recomienda el alta del seguimiento oncológico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Transición del cuidado y continuidad del seguimiento clínico

La transición no implica suspender controles clínicos o bioquímicos. Existe consenso fuerte a favor de que la transición del seguimiento fuera del ámbito oncológico especializado no implica suspensión del seguimiento clínico. Se recomienda mantener controles periódicos de TSH y ajuste de levotiroxina, además de vigilancia clínica dirigida. El plan de transición debe incluir la frecuencia sugerida de controles y criterios de reconsulta (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Criterios de consulta especializada o derivación tras el alta

Señales de alerta. Existe consenso fuerte a favor de indicar consulta o derivación al equipo especializado ante la aparición de cualquiera de los siguientes hallazgos: síntomas o signos sugestivos de recurrencia, ecografía anormal, ascenso significativo de Tg o aumento de aTg, o cambios que modifiquen el riesgo clínico (p. ej., nueva evidencia de enfermedad estructural) (mediana 9; IQR 0; 96% de las respuestas en el rango 7-9).

Consideraciones transversales: edad, comorbilidades, decisión compartida y embarazo en CDT**Edad, comorbilidades y expectativa de vida**

Integración sistemática en decisiones terapéuticas. Existe

Tabla 9. Alta del seguimiento oncológico y transición del cuidado en el carcinoma diferenciado de tiroides.

Eje conceptual	Situación clínica	Implicancia para el seguimiento
Criterios generales para considerar la transición	Respuesta excelente sostenida y ausencia de enfermedad estructural	La transición a un seguimiento de menor intensidad, en el ámbito del control endocrinológico general o de la atención primaria, puede considerarse en pacientes que, tras el tratamiento inicial, alcanzan y mantienen una respuesta excelente en la estratificación dinámica y no presentan evidencia de enfermedad estructural.
	Criterio operativo y condiciones mínimas	Como criterio operativo, puede considerarse la transición del seguimiento o el alta del ámbito del control oncológico cuando exista una respuesta excelente sostenida durante un período prolongado, por ejemplo, ≥5-10 años como criterio orientativo.
Situaciones en las que no se recomienda el alta	Alto riesgo inicial o antecedente de enfermedad estructural	En pacientes inicialmente clasificados como de alto riesgo o con antecedente de enfermedad estructural, locorregional o a distancia, no se recomienda el alta del seguimiento oncológico.
Transición del cuidado y continuidad del seguimiento clínico	La transición no implica suspensión del seguimiento	La transición fuera del ámbito oncológico especializado no implica suspender los controles clínicos o bioquímicos. Deben mantenerse controles periódicos de TSH, ajuste de levotiroxina y vigilancia clínica dirigida. El plan de transición debe incluir la frecuencia sugerida de controles y los criterios de reconsulta.
Criterios de consulta especializada o derivación tras el alta	Señales de alerta	Debe indicarse consulta o derivación al equipo especializado ante la aparición de síntomas o signos sugestivos de recurrencia, ecografía anormal, ascenso significativo de Tg o aumento de aTg, o cambios que modifiquen el riesgo clínico, como nueva evidencia de enfermedad estructural.

Abreviaturas: CDT, carcinoma diferenciado de tiroides; TSH, hormona estimulante de la tiroides; Tg, tiroglobulina; aTg, anticuerpos antitiroglobulina.

consenso fuerte a favor de que las decisiones terapéuticas en CDT deben integrar sistemáticamente la edad, las comorbilidades y la expectativa de vida, además del riesgo oncológico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Adultos mayores y/o fragilidad: priorizar balance beneficio-riesgo. Existe consenso fuerte a favor de que, en adultos mayores y/o pacientes frágiles, la intensidad del tratamiento y del seguimiento debe priorizar el balance entre beneficio clínico y riesgo de complicaciones (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Comorbilidades que aumentan la toxicidad del tratamiento (p. ej., enfermedad renal). Existe consenso fuerte a favor de que, en pacientes con compromiso renal significativo u otras condiciones que aumenten toxicidad de los tratamientos, la indicación y el esquema de terapias sistémicas deben individualizarse con énfasis en la seguridad y la calidad de vida (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Decisión compartida

Proceso explícito e informado. Existe consenso fuerte a favor de que la toma de decisiones debe promover un proceso explícito de decisión compartida, informando beneficios esperados, incertidumbre y riesgos de cada estrategia (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Embarazo

Seguimiento durante el embarazo: ajustes. Existe consenso fuerte a favor de que el seguimiento del CDT durante el embarazo requiere ajustes específicos en la monitorización clínica, bioquímica y por imágenes (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Priorizar observación activa si no hay progresión significativa. Existe consenso fuerte a favor de que, durante el embarazo, el manejo debe priorizar la observación activa, siempre que no exista progresión estructural significativa o compromiso clínico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Objetivos de TSH en embarazo. Existe consenso fuerte a favor de que la supresión de TSH debe evitarse durante el embarazo; el objetivo es mantener la TSH dentro de rangos específicos por trimestre, salvo situaciones excepcionales de enfermedad estructural activa y de alto riesgo (mediana 9; IQR 0.5; 91,30% de las respuestas en el rango 7-9).

Cirugía durante el embarazo. Existe consenso fuerte a favor de que la cirugía tiroidea durante el embarazo debe reservarse para escenarios seleccionados (progresión estructural relevante o compromiso compresivo); el segundo trimestre es el período de menor riesgo quirúrgico (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Terapias sistémicas durante el embarazo. Existe consenso fuerte a favor de que las terapias sistémicas están contraindicadas durante el embarazo y deben diferirse hasta el posparto (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

Planificación reproductiva

Integración a la estrategia terapéutica. Existe consenso fuerte a favor de que la planificación del embarazo debe integrarse a la toma

de decisiones terapéuticas en mujeres en edad fértil, considerando el riesgo oncológico, los tratamientos requeridos y las preferencias del paciente, promoviendo un proceso de decisión compartida (mediana 9; IQR 0; 100% de las respuestas en el rango 7-9).

DISCUSIÓN

Este Consenso Delphi integra la evidencia disponible y el juicio clínico interdisciplinario para el manejo del CDT y demuestra un alto grado de acuerdo en dominios centrales del continuo asistencial, incluyendo la evaluación prequirúrgica, la extensión de la cirugía inicial, la estandarización del informe anatomopatológico, la estratificación inicial y dinámica del riesgo, la indicación y preparación para radioyodo, las metas de TSH, las estrategias de seguimiento, el abordaje de la enfermedad persistente o recurrente y el posicionamiento de terapias locales y sistémicas en enfermedad avanzada. Además, el proceso permitió ordenar áreas de variabilidad frecuente y promover decisiones explícitamente individualizadas, orientadas a objetivos clínicamente relevantes. La segunda ronda aportó, asimismo, definiciones operativas sobre aspectos de práctica real, como la derivación de pacientes con enfermedad localmente avanzada, la interrogación genómica en enfermedad avanzada y la dosimetría para individualizar actividades altas de ¹³¹I, cuestiones que en la práctica suelen depender de la disponibilidad de recursos y de la experiencia local. En términos globales, las recomendaciones consensuadas se alinean con las guías internacionales, en particular con las de la ATA, pero aportan una sistematización aplicable a escenarios frecuentes y complejos, en un contexto donde la heterogeneidad en el acceso a tecnología, la experiencia quirúrgica y la organización asistencial puede traducirse en variabilidad de conductas⁽⁴⁾.

Este consenso no pretende reiterar las recomendaciones de las guías internacionales sino traducirlas en decisiones implementables dentro de un sistema de salud heterogéneo. En este sentido, uno de sus aportes diferenciales es que, cuando la información histopatológica es incompleta o no permite una estratificación inicial suficientemente robusta, prioriza una estrategia guiada por la respuesta. Así, la estratificación dinámica del riesgo se propone como eje para modular la intensidad del seguimiento y la eventual escalada terapéutica, evitando conductas rígidas sustentadas exclusivamente en supuestos del riesgo inicial (Figura 3). En esta misma línea, la primera validación de la nueva clasificación ATA 2025 mostró una reducción del grupo de bajo riesgo en comparación con el sistema ATA 2015, así como la identificación de un subgrupo bajo-intermedio con mayor frecuencia de persistencia estructural durante el seguimiento. Estos hallazgos respaldan su utilidad para orientar la indicación de tratamientos adicionales y ajustar la intensidad del monitoreo⁽⁸⁾. De manera complementaria, estudios en pacientes de bajo riesgo no sometidos a ablación con radioyodo demostraron una adecuada concordancia entre las clasificaciones ATA 2015 y ATA 2025 para predecir la respuesta dinámica al tratamiento⁽⁹⁾. En conjunto, esta aproximación permite reducir el riesgo de sobretratamiento y favorecer decisiones proporcionales al riesgo evolutivo real, especialmente en contextos en los que la disponibilidad y la calidad de los informes anatomopatológicos detallados pueden ser variables.

Más que apartarse del marco conceptual propuesto por la ATA, el documento procura adaptarlo a escenarios de práctica clínica real⁽⁴⁾. Mientras las guías internacionales establecen con claridad los principios de estratificación dinámica, individualización terapéutica y toma de decisiones compartida, este consenso enfatiza su aplicabilidad en un medio donde el acceso a informes anatomopatológicos completos, seguimiento ecográfico experto, estudios moleculares, dosimetría o terapias sistémicas no es uniforme. Desde esta perspectiva, su valor diferencial no radica en modificar las recomendaciones de base, sino en traducirlas a decisiones clínicamente factibles, priorizando proporcionalidad terapéutica, factibilidad asistencial y consistencia en la toma de decisiones.

Asimismo, el documento enfatiza con mayor claridad que no todas las estrategias son universalmente transferibles. La vigilancia activa, por ejemplo, solo resulta apropiada cuando existe capacidad real de seguimiento clínico y ecográfico de alta calidad, junto con una baja probabilidad de pérdida de seguimiento; por ello, no debería proponerse de manera indiscriminada. En paralelo, y en consonancia con un enfoque centrado en el valor clínico, también habilita la desescalada cuando la respuesta lo justifica: en pacientes con riesgo intermedio que presentan una respuesta excelente temprana, puede considerarse la omisión de la ablación con radioyodo mediante una decisión individualizada, asumiendo que el beneficio incremental de este procedimiento no es uniforme y que la seguridad del seguimiento depende más del perfil dinámico de respuesta que de algoritmos rígidos.

En la enfermedad avanzada, el documento reconoce de manera explícita que el estándar terapéutico óptimo no siempre se encuentra disponible de forma homogénea. Por ello, propone una lectura pragmática de la secuencia diagnóstica y terapéutica: cuando lenvatinib no esté disponible, sorafenib puede considerarse una alternativa razonable como primera línea, dentro de un marco de adecuada selección clínica y monitorización estrecha. Esta lógica de adaptar la recomendación óptima al contexto real atraviesa todo el documento: prioriza la derivación a centros con experiencia cuando corresponde, desalienta intervenciones de bajo valor y procura que las decisiones clínicas mantengan consistencia aun en escenarios de recursos limitados, sin perder de vista los objetivos oncológicos y la seguridad del paciente.

Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas de este consenso se destacan el carácter intersocietario e interdisciplinario del panel, la aplicación de una metodología Delphi estructurada, anónima y transparente, y el alto grado de acuerdo alcanzado en dominios clave del continuo asistencial. Asimismo, la incorporación de una segunda ronda permitió refinar enunciados y capturar de manera explícita áreas de acuerdo insuficiente, evitando recomendaciones forzadas. El enfoque prioriza objetivos clínicamente relevantes y ofrece definiciones operativas que favorecen su aplicabilidad en la práctica cotidiana, incluyendo escenarios en los que la heterogeneidad de recursos y experiencia puede impactar la toma de decisiones.

Entre las limitaciones, debe señalarse que las recomendaciones derivan de consenso experto y no sustituyen a las guías internacionales ni a una gradación formal de calidad de evidencia. Algunos enunciados pueden reflejar particularidades del contexto sanitario local (disponibilidad de tecnologías, organización

asistencial y experiencia de los equipos), por lo que su aplicabilidad puede variar en otros entornos. Finalmente, como en todo proceso Delphi, los resultados pueden estar influidos por la composición del panel, la selección de enunciados y la interpretación heterogénea de escenarios clínicos complejos.

Implicancias clínicas y prioridades futuras

Este consenso aporta un marco estructurado para reducir la variabilidad y apoyar decisiones basadas en el riesgo y en la respuesta al tratamiento, favoreciendo la desescalada cuando corresponde y la indicación individualizada de radioyodo, estudios por imágenes y terapias avanzadas. Como síntesis operativa de este enfoque, la Figura 5 resume un algoritmo de manejo posoperatorio que integra el riesgo inicial de recurrencia, la reevaluación temprana y la respuesta al tratamiento para orientar la indicación de radioyodo y el seguimiento posterior. Las dos áreas de menor acuerdo, la ablación percutánea con etanol y el rastreo diagnóstico preterapia con baja actividad de radioyodo, quedan identificadas como prioridades para futuras investigaciones orientadas a evaluar su impacto clínico, definir criterios de selección y optimizar su implementación en contextos de práctica real. Otras líneas de investigación relevantes incluyen la definición de umbrales más precisos para el inicio de terapia sistémica, la evaluación comparativa de diferentes secuencias terapéuticas, incluidas las estrategias dirigidas y de rediferenciación, la optimización del seguimiento en subgrupos especiales, como pacientes frágiles o durante el embarazo, y una mejor caracterización de las estrategias terapéuticas en enfermedad refractaria al radioyodo.

CONCLUSIONES

Este Consenso Delphi proporciona un marco actualizado, estructurado y clínicamente aplicable para el manejo integral del CDT, alineado con las guías internacionales y, al mismo tiempo, adaptado al contexto local. Sus recomendaciones se sustentan en la evaluación del riesgo, la respuesta dinámica al tratamiento, los objetivos terapéuticos y consideraciones de seguridad. La identificación explícita de dominios con acuerdo insuficiente aporta transparencia, delimita áreas de incertidumbre y orienta prioridades para futuras investigaciones y actualizaciones.

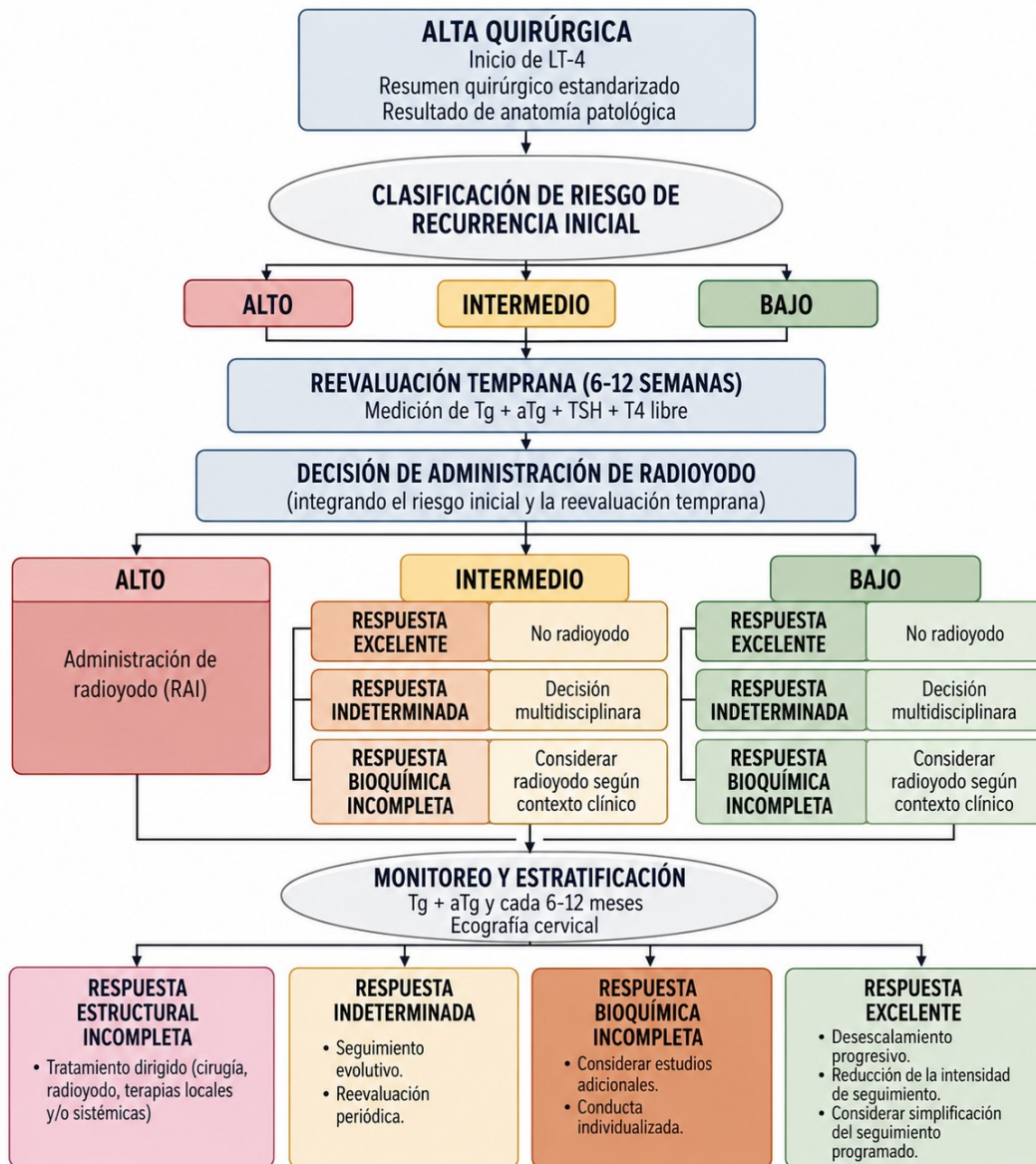
Conflictos de intereses

Pitoia, Fabián declara honorarios por consultoría y actividades como speaker de Bayer, honorarios por consultoría de Adium, y su participación como investigador principal en estudios clínicos de Exelixis y Novartis. Califano, Inés declara honorarios por actividades como speaker de Knight y su participación como subinvestigadora en un estudio clínico de Novartis. Falco, Agustín declara honorarios por actividades como speaker de Adium, Tecnofarma y Novartis, y honorarios por consultoría de Adium. El resto de los autores declaran no presentar conflictos de intereses relacionados con el contenido de este manuscrito. La elaboración del presente consenso se realizó de manera independiente, sin influencia de intereses comerciales ni institucionales.

Financiamiento

El presente estudio no recibió financiamiento externo. La

Figura 5. Algoritmo de manejo posoperatorio del carcinoma diferenciado de tiroides tras tiroidectomía total: integración del riesgo inicial de recurrencia, la reevaluación temprana y la respuesta al tratamiento.



Abreviaturas: CDT, carcinoma diferenciado de tiroides; LT-4, levotiroxina; Tg, tiroglobulina; aTg, anticuerpos antitiroglobulina; TSH, hormona estimulante de la tiroides; T4 libre, tiroxina libre.

realización del Consenso Delphi fue impulsada por la Federación Argentina de Sociedades de Endocrinología (FASEN), utilizando recursos institucionales propios, sin apoyo económico de la industria farmacéutica ni de otras entidades con potencial interés en los resultados.

Contribuciones de los autores

El comité coordinador (Pitoia, Fabián; Abelleira, Erika; Ramírez Stieben, Luis Agustín) fue responsable de la redacción inicial de los enunciados incluidos en el cuestionario Delphi y de la coordinación metodológica del proceso, sobre la base de guías clínicas internacionales vigentes, literatura científica relevante

y discusión interna de aspectos controvertidos. Los autores participaron como miembros del panel de expertos, designados por las sociedades científicas participantes (FASEN, SAEM, AACCyC, AABYMN y AAOC), contribuyendo a la evaluación, puntuación y revisión de los enunciados clínicos en las sucesivas rondas Delphi, así como a la interpretación de los resultados.

La coordinación general del estudio, el análisis de los resultados y la redacción final del manuscrito estuvieron a cargo del comité coordinador. Todos los autores revisaron críticamente el manuscrito, aprobaron su versión final y aceptan ser responsables de su contenido.

REFERENCIAS

1. **Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, Ghossein RA, Juhlin CC, Jung CK, et al.** Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocr Pathol.* 2022; 33(1):27-63. doi: 10.1007/s12022-022-09707-3.
 2. **Yu J.** Trends in the incidence of thyroid cancer among US persons from 2000 to 2019. *Eur J Cancer Prev.* 2024; 33(1):5-10. doi: 10.1097/CEJ.0000000000000827.
 3. **Gjeloshi B, Rossi L, Ambrosini CE, Becucci C, Papini P, Palma AD, et al.** Evolving Practices in Low-Risk Papillary Thyroid Cancer: Impact of the 2015 ATA Guidelines. *Curr Oncol.* 2026; 33(1):26. doi: 10.3390/curroncol33010026.
 4. **Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, Bischoff L, Bloom G, Brent GA, et al.** 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2025; 35(8):841-985. doi: 10.1177/10507256251363120.
 5. **Pitoia F, Califano I, Vázquez A, Faure E, Gauna A, Orlandi A, et al.** Consenso intersocietario* sobre tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides. *Rev Argent Endocrinol Metab.* 2014; 51:85-118.
 6. **Arawker MH, Habibullah F, Baral S, Fu L, Sun N, Li H, Qiu X.** De-escalation strategies in the management of differentiated thyroid cancer. *Endocrine.* 2026; 91(1):85. doi: 10.1007/s12020-026-04563-1.
 7. **Nasa P, Jain R, Juneja D.** Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021; 11(4):116-29. doi: 10.5662/wjm.v11.i4.116.
 8. **Moneta C, Trevisan M, Colombo C, De Luca A, Lugaresi M, Reali GM, et al.** Validation of the 2025 ATA risk stratification system in a cohort of patients with papillary thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2026;dgag167. doi: 10.1210/clinem/dgag167.
 9. **Fernández Velasco P, Peciña Melgosa P, Torres Torres B, Torres Morientes LM, Fernández Rodríguez A, Alonso Mesonero M, et al.** Comparative evaluation of dynamic risk stratification according to ATA 2015 and ATA 2025 in low-risk differentiated thyroid cancer without radioiodine ablation. *Endocrine.* 2026; 91(1):77. doi: 10.1007/s12020-025-04548-6. Arawker MH, Habibullah F, Baral S, Fu L, Sun N, Li H, Qiu X. De-escalation strategies in the management of differentiated thyroid cancer. *Endocrine.* 2026;91(1):85. doi: 10.1007/s12020-026-04563-1.
-