

DE LA RECOMENDACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN: EL DESAFÍO DE APLICAR LAS GUÍAS INTERNACIONALES DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES EN ARGENTINA

Fabián Pitoia 

División Endocrinología. Hospital de Clínicas José de San Martín. Universidad de Buenos Aires. Argentina

En los últimos años, el manejo del carcinoma de tiroides estuvo fuertemente influenciado por guías internacionales desarrolladas a partir de evidencia generada, en su mayoría, en contextos de alta disponibilidad de recursos [1-3]. Sin embargo, la aplicabilidad directa de estas recomendaciones en nuestro medio no siempre resulta posible ni adecuada. Las diferencias en el acceso a estudios diagnósticos, terapias, seguimiento y estructuras de atención obligan a repensar cómo traducir esa evidencia a la práctica clínica cotidiana en Argentina. En este contexto, la elaboración de un consenso nacional mediante metodología Delphi surge como una herramienta necesaria para adaptar, priorizar y contextualizar las recomendaciones internacionales, con el objetivo de ofrecer un marco de decisión más realista, equitativo y aplicable a nuestra realidad sanitaria [4].

En este consenso, uno de los aportes más relevantes es la consideración de aquellas áreas donde la adaptación al contexto local introduce diferencias sustanciales respecto de las guías de la *American Thyroid Association* (ATA). En particular, cinco dominios con-

centran estas divergencias: la vigilancia activa, la estrategia quirúrgica, la clasificación del riesgo de recurrencia, el uso de radioyodo y el manejo de la enfermedad refractaria al yodo radioactivo.

En relación con la vigilancia activa, mientras que las guías ATA la proponen como una estrategia válida y cada vez más consolidada en pacientes con carcinoma papilar de tiroides de bajo riesgo (hasta 1 cm de diámetro), el presente consenso introduce una consideración clave: su implementación no depende únicamente de criterios oncológicos, sino también de condiciones estructurales como la posibilidad de un seguimiento confiable, el acceso a ecografía cervical de alta calidad y la adherencia del paciente. No obstante, y a diferencia de una visión restrictiva, la evidencia emergente en nuestro medio demuestra que esta estrategia puede implementarse de manera segura en contextos seleccionados, con resultados comparables a los reportados internacionalmente [5,6]. En este sentido, el consenso no desestima la vigilancia activa, sino que la redefine dentro de un marco de

factibilidad real, incorporando explícitamente las condiciones del sistema de salud como determinantes de su indicación. De este modo, a diferencia de la ATA, que enfatiza principalmente la selección clínica, el consenso argentino integra la viabilidad del seguimiento en la práctica cotidiana como un componente central en la toma de decisiones [4].

En el plano de la cirugía, si bien ambas propuestas convergen en una tendencia hacia el desescalamiento, particularmente en la indicación de lobectomía en tumores de bajo riesgo, el consenso argentino refuerza con mayor énfasis aspectos contextuales que no están desarrollados en la guía de la ATA, como el impacto de la experiencia del cirujano, la disponibilidad de centros de referencia y la necesidad de derivación en enfermedad localmente avanzada. Así, la decisión quirúrgica no se basa únicamente en variables tumorales, sino también en la estructura del sistema asistencial [4].

Un aspecto transversal que atraviesa todos estos dominios es la limitación en la disponibilidad de información necesaria para una adecuada estratificación inicial del riesgo de recurrencia. A diferencia de lo planteado en las guías ATA, donde la estratificación se apoya en datos anatomopatológicos completos y estandarizados, en la práctica cotidiana estos datos pueden ser parciales, incompletos o directamente inexistentes [7]. Esta situación puede conceptualizarse como una “silla rota”, en la cual faltan una o más patas, extensión tumoral precisa, diámetro de las metástasis ganglionares, invasión vascular o características histológicas detalladas, lo que impide sostener decisiones basadas exclusivamente en el riesgo inicial. En este contexto, el consenso argentino propone reforzar el rol de la estratificación dinámica del riesgo, utilizando la respuesta al tratamiento como eje central para guiar el seguimiento y las decisiones terapéuticas. De este modo, cuando la información basal es insuficiente, la evolución clínica, bioquímica e imagenológica permite reconstruir progresivamente esa “silla” y sostener decisiones más seguras y adaptadas al paciente [4].

En cuanto al uso de radioyodo, existe una concordancia conceptual con la ATA en cuanto a evitar su indicación sistemática y basar su utilización en la estratificación de riesgo y la respuesta al tratamiento. Sin embargo, el consenso argentino introduce un enfoque más pragmático, con una adaptación operativa. En este sentido, se prioriza la adecuación del recurso a la realidad local por sobre la aplicación estricta de algoritmos, incluida la ausencia de indicación de dosis de radioyodo en pacientes con riesgo intermedio de recurrencia en los que se observe una respuesta excelente en el seguimiento [4].

Finalmente, en el manejo de la enfermedad refractaria al radioyodo, si bien la definición de refractariedad y los principios generales coinciden con los propuestos por la ATA, las diferencias radican principalmente en la disponibilidad de estudios moleculares y terapias dirigidas. El consenso propone un enfoque escalonado basado en niveles de recursos, donde la secuenciación molecular, el acceso a múltiples terapias dirigidas y la participación en ensayos clínicos no siempre son posibles. Sin embargo, y a pesar de estas limitaciones, la experiencia acumulada en nuestro medio demuestra que el tratamiento sistémico con inhibidores de tirosina quinasa puede implementarse de manera efectiva y segura en la práctica clínica, incluso dentro de estructuras asistenciales lideradas por endocrinología, con resultados comparables a los reportados en series internacionales [8]. De este modo, se introduce una visión estructurada y realista del manejo de esta entidad, que no solo prioriza la optimización de los recursos disponibles, sino que también reconoce la capacidad de adaptación y desarrollo local de estrategias complejas de tratamiento, sin apartarse de la evidencia científica (Figura 1) [4].

En conjunto, este consenso no representa una simple adaptación de recomendaciones internacionales, sino un cambio en la forma de interpretar y aplicar la evidencia en contextos heterogéneos. Porque, en última instancia, la calidad de una recomendación no se define solo por su nivel de evidencia, sino

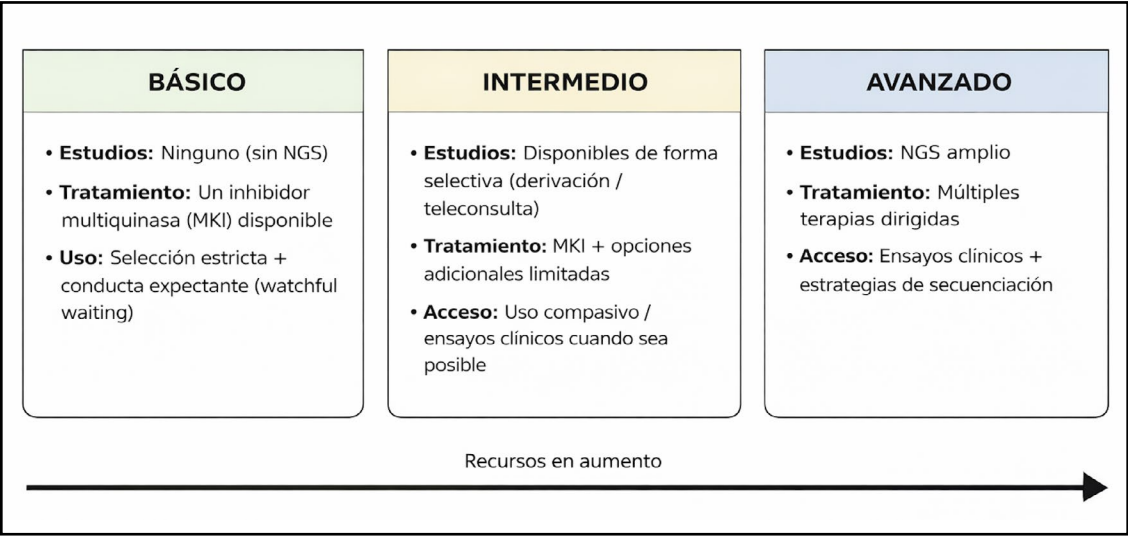


Figura 1. Enfoque terapéutico escalonado del carcinoma diferenciado de tiroides refractario al radioyodo según disponibilidad de recursos (NGS: secuenciación de nueva generación; next-generation sequencing)

por su capacidad de ser aplicada en la práctica real. Lejos de implicar una limitación, la incorporación explícita de variables contextuales permite una medicina más realista, equitativa y verdaderamente centrada en el paciente, evitando tanto el sobretratamiento como la subutilización de estrategias efectivas. En este sentido, la experiencia argentina demuestra que es posible integrar la mejor evidencia disponible con la factibilidad local, generando un modelo de toma de decisiones que no solo es aplicable en nuestro medio, sino también

transferible a otros sistemas de salud con realidades similares. El desafío hacia adelante no será únicamente generar más evidencia, sino desarrollar la capacidad de interpretarla, adaptarla y aplicarla con criterio, entendiendo que la excelencia clínica no radica en seguir recomendaciones de manera rígida, sino en saber cuándo y cómo ajustarlas a cada paciente y a cada contexto.

Recibido: 21 de marzo de 2026.

Aceptado: 7 de abril de 2026.

REFERENCIAS

1.

Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*. 2009; 19(11):1167-1214. doi: 10.1089/thy.2009.0110.

2.

Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and

Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016; 26(1):1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020.

3.

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.

4. Pitoia F, Abelleira E, Galíndez M, Poenitz F, Melado GE, Falco A, et al. Consenso Delphi Intersocietario argentino sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento del carcinoma diferenciado de tiroides: FASEN | SAEM | AACCYC | AABYMN | AAOC. *EndoAr*. 2026; 2(2):92-130. doi: 10.65640/4c6m9685.
5. Smulever A, Pitoia F. Active surveillance in papillary thyroid carcinoma: not easily accepted but possible in Latin America. *Arch Endocrinol Metab*. 2019; 63(5):462-9. doi: 10.20945/2359-3997000000168.
6. Smulever A, Pitoia F. A decade of active surveillance for low-risk papillary thyroid carcinoma in Argentina: persistent challenges in acceptance and discontinuation rates. *Endocrine*. 2025; 89(2):497-507. doi: 10.1007/s12020-025-04296-7.
7. La Greca A, Pitoia F, Tuttle RM. The “broken chair” in patients with differentiated thyroid cancer. *Endocrine*. 2017; 57(2):359-60. doi: 10.1007/s12020-017-1345-y.
8. Jerkovich F, Capalbo S, Abelleira E, Pitoia F. Ten years’ real-life experience on the use of multikinase inhibitors in patients with advanced differentiated thyroid cancer. *Endocrine*. 2024; 85(2):817-26. doi: 10.1007/s12020-024-03867-4.