



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Caracterización de la remisión del cáncer tiroideo en
pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr.
Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a
diciembre del 2023.**

AUTORES:

**Ávila Larriva, Paula Doménica
Intriago Cárdenas, Joyce Annabelle**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice

Guayaquil, Ecuador

29 de mayo del 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ávila Larriva, Paula Doménica e Intriago Cárdenas, Joyce Annabelle**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dra. Sánchez Giler, Sunny Eunice

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez Juan Luis

Guayaquil, a los 29 del mes de mayo del año 2025



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Ávila Larriva, Paula Doménica e Intriago Cárdenas,
Joyce Annabelle**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Caracterización de la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 29 del mes de mayo del año 2025

LOS AUTORES

f. _____
Ávila Larriva, Paula Doménica

f. _____
Intriago Cárdenas, Joyce Annabelle



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Ávila Larriva Paula Doménica e Intriago Cárdenas
Joyce Annabelle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Caracterización de la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 del mes de mayo del año 2025

LOS AUTORES:

f. _____

Ávila Larriva, Paula Doménica

f. _____

Intriago Cárdenas, Joyce Annabelle

AGRADECIMIENTO

Primero, agradezco a Dios, quien me ha guiado, dado fuerza en los momentos más difíciles. A mis padres, pilares fundamentales de mi vida, les dedico este logro con toda mi gratitud y amor. Su apoyo incondicional, su paciencia infinita y su confianza en mí han sido la base de todo lo que soy. Han sacrificado tanto para darme esta oportunidad, y no hay palabras suficientes para expresar cuánto valoro cada esfuerzo que han hecho por mí.

A mi familia, que siempre ha estado ahí para animarme, celebrar mis logros. A mis amigos, quienes han compartido risas, lágrimas y largas noches de estudio. Gracias por su paciencia, por ayudarme en los momentos de estrés y sacarme una sonrisa. Al llegar al final de este largo y desafiante camino, no puedo evitar mirar atrás y reflexionar sobre lo mucho que ha significado esta etapa en mi vida. Ha sido un recorrido lleno de sacrificios, noches en vela, momentos de incertidumbre y cansancio, pero también de aprendizajes valiosos, momentos de gozo y recuerdos que siempre los llevare en mí.

Agracias a mis profesores, doctores, residentes y licenciadas, que me enseñaron no solo a ser mejor estudiante, sino también a fortalecer mi carácter y mi espíritu. A todos ustedes, mi más profundo agradecimiento.

Paula Doménica Avila Larriva

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios, por brindarme la fortaleza y la guía necesaria para culminar esta etapa. A mi familia, por su amor incondicional, apoyo constante y paciencia, que me han dado la motivación para seguir adelante. A mi hermana, por su compañía, ánimo y por estar siempre allí en los momentos difíciles e importantes. Y a mis amigos, por su amistad, comprensión y palabras de aliento que han hecho este camino más llevadero.

Joyce Annabelle Intriago Cárdenas

Dedicatoria

Con todo mi corazón, dedico este trabajo a mis padres, Edgar y Catalina, quienes han sido mi mayor fuente de amor, inspiración y apoyo. Este logro también es suyo.

A mis amigos, quienes caminaron junto conmigo, apoyándonos y compartiendo sonrisas, tristezas y conocimientos.

Paula Doménica Avila Larriva

Dedico este logro con toda mi gratitud a mis increíbles padres, por su apoyo incondicional, su paciencia y por ser mi inspiración en cada paso de este camino. Gracias por creer en mí y por brindarme el amor y la fuerza necesarios para alcanzar mis sueños. Esta meta también es de ustedes.

Joyce Annabelle Intriago Cárdenas



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Aguirre Martínez José Luis
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Vásquez Cedeño Diego Antonio
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

OPONENTE

INDICE

CAPÍTULO I.....	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	4
1.4. OBJETIVOS.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
CAPÍTULO II.....	6
2.1. MARCO CONCEPTUAL	6
CAPÍTULO III.....	19
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
3.1. Tipo de Estudio	19
3.2. Población de estudio.....	19
3.3. Criterios de inclusión	19
3.4. Criterios de exclusión:	19
3.5. Método de muestreo.....	20
3.6. Viabilidad y Factibilidad de la Investigación	20
4. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	22
4.1 Características clínicas y epidemiológicas de la remisión.	23
4.2 Características histológicas del cáncer de tiroides.	24
4.3 Características terapéuticas en pacientes en remisión.	25

4.4 ¿Cuáles son los factores clínicos, epidemiológicos, histológicos y terapéuticos asociados con la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil?. 26

5. DISCUSIÓN.....	28
CONCLUSIONES.....	31
REFERENCIAS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sistema de estratificación de riesgo de la ATA.	15
Tabla 2. Respuesta a las categorías de tratamiento en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides.	16
Tabla 3. Características epidemiológicas, histológicas, terapéutica y remisión de cáncer tiroides en la muestra (n=406) de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023-2024. Elaboración propia.	22
Tabla 4. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con remisión de cáncer tiroides atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023. Elaboración propia.	24
Tabla 5. Características terapéuticas de los pacientes con remisión de cáncer tiroides atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023. Elaboración propia.	26
Tabla 6. Prueba del Chi n2 para la relación entre tratamiento quirúrgico con yodoterapia y sin yodoterapia. Elaboración propia.	26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura. 1 Clasificación TNM AJCC/UICC	14
Figura. 2 Tipos histológicos de Ca de Tiroides presente en pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo. SOLCA - Gye, durante el periodo 2023.	25

RESUMEN

*El cáncer de tiroides es una de las neoplasias más frecuentes a nivel endocrino y en la población femenina, y se considera las características clínicas, epidemiológicas, histológicas y terapéuticas para el correcto tratamiento y posterior remisión de esta patología. **Objetivo:** Caracterizar la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal posterior a la revisión de historias clínicas, procedimientos de laboratorio y otras pruebas complementarias con diagnóstico de cáncer de tiroides en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil en el periodo enero a diciembre del 2023. **Resultados:** Se obtuvo remisión del CDT en 101 pacientes, en especial en pacientes mujeres (82,44%) entre el grupo etario entre 45 a 59 años (39,69%), destacando los nódulos en cuello (83,97%), principalmente de tipo papilar (398 casos), como las características clínicas más comunes. **Conclusión:** La remisión del cáncer de tiroides, es frecuente en mujeres de 45 a 59 años, especialmente en pacientes sometidos a terapia dual. Los nódulos en cuello, principalmente de tipo histológico papilar, son las características clínicas más comunes. Una bioquímica excelente y una prueba de imagen negativo resulta fundamental para lograr la remisión en estos pacientes.*

Palabras Claves: *Cáncer, Tiroides, Tiroglobulina, Tiroidectomía, yodo radioactivo, tipo histológico, Remisión.*

ABSTRACT

*Thyroid cancer is one of the most frequent neoplasias at endocrine level and in the female population, and the clinical, epidemiological, histological, and therapeutic characteristics are considered for the correct treatment and subsequent remission of this pathology. **Objective:** To characterize the remission of thyroid cancer in patients treated at the Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo of Guayaquil during the period January to December 2023. **Methodology:** An observational, retrospective, cross-sectional study was performed following the review of medical records, laboratory procedures and other complementary tests with a diagnosis of thyroid cancer at the Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil during the period January to December 2023. **Results:** CDT remission was obtained in 101 patients, especially in female patients (82.44%) among the age group between 45 and 59 years (39.69%), highlighting neck nodules (83.97%), mainly of papillary type (398 cases), as the most common clinical features. **Conclusion:** Thyroid cancer remission is frequent in women aged 45 to 59 years, especially in patients undergoing dual therapy. Nodules in the neck, of papillary histological type, are the most common clinical features. Excellent biochemistry and a negative imaging test are essential to achieve remission in these patients.*

Keywords: Cancer, Thyroglobulin, Thyroidectomy, Radioactive iodine, Histological type, Remission.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides principalmente reúne a los cánceres bien diferenciados como el de origen folicular, y los poco indiferenciado como los de tipo histológico medular y anaplásico. Se debe considerar puntos esenciales para su tratamiento: La variante histológica, factores pronósticos y el carácter familiar o esporádico del cáncer medular de glándula tiroidea. (1)

Según la sociedad americana de cáncer, en su base de datos Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER) combinados menciona que la tasa de supervivencia a 5 años del cáncer de tiroides papilar es mayor al 99,5%, el folicular en cambio un 98%, mientras que, el cáncer medular es de 91%, y el de origen anaplásico en un 8%. (2) Por lo que, después de cada seguimiento y control, los pacientes son clasificados de manera individual de acuerdo con la prueba de imagen y resultados clínicos, por ejemplo, una respuesta excelente al tratamiento inicial se basa en niveles de Tg no estimulado menores a 0.2 ng/dl o un nivel estimulado menor a 1 ng/dl en conjunto con una TgAb prácticamente indetectable más una prueba de imagen negativa. (3)

Por lo tanto, el seguimiento general de pacientes con remisión de cáncer de tiroides se basa en una investigación multidisciplinaria, es decir, una recopilación de antecedentes o factores demográficos, clínica del paciente, pruebas bioquímicas de laboratorio como la tiroglobulina en conjunto con la TSH y pruebas de imágenes como la ecografía además del correcto tratamiento terapéutico, los cuales se basan desde tiroidectomías a nivel quirúrgico hasta terapias coadyuvantes como la yodoterapia. Finalmente, el siguiente estudio tiene como objetivo caracterizar los diversos factores clínicos, histológicos y terapéuticos para evaluar el estado médico del paciente en remisión de cáncer de tiroides y la eficacia de la terapia médica seleccionada.

DESARROLLO

CAPÍTULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, representa el 95% de los casos diagnosticados como cáncer diferenciado de tiroides, los subtipos histológicos son papilar con un 92% de incidencia, seguido por el tipo folicular con un 5% de los casos, ambos de origen celular folicular de tiroides, mientras que el 2-3% de los casos corresponde a cáncer medular, y el de menor incidencia con solo 2% de los casos a los tumores de origen anaplásico. (4)

En Estados Unidos de América, el tumor de glándula de tiroides ocupa el quinto cáncer más común en mujeres, prácticamente con más de 62,000 de casos nuevos estimados en 2015, (5) mientras que, en América latina, la prevalencia del cáncer de tiroides varía entre 0.010% y 0.50% por cada 100,000 habitantes. (6)

Otros estudios demuestran que, en Chile, el cáncer de tiroides presenta una incidencia de 7,86 casos nuevos por 100.000 habitantes por año, siendo su prevalencia mayor en el sexo femenino, sin embargo, en México, esta patológica oncológica se posiciona en el tercer puesto con un total de 7,06% de los casos siendo prevalente en mujeres. (6)

De acuerdo con el Instituto nacional de estadísticas del ecuador, el cáncer de tiroides repercute en 54.809 pacientes, de los cuales el 67,1% casos son mujeres (6), por otro lado, esta patología oncológica en el periodo 2015-2019, en el hospital de SOLCA Guayaquil reporta un incremento de este cáncer, el cual el 15,9% casos se presentaron en el año 2015, el 20,9% de estos en el año 2017, y finalmente, un 25,9% de los casos en el año 2019. (7)

Adicionalmente, y específicamente en la ciudad de Guayaquil, se ha observado un aumento en la incidencia y mortalidad del CDT. La tasa de mortalidad ha mostrado una tendencia fluctuante en personas menores de 75 años, aumentando de 0.26 muertes por cada 100,000 habitantes en 2008 a 0.85 muertes en 2022. (8)

A pesar de la creciente incidencia de cáncer de tiroides, las investigaciones sobre la remisión en esta enfermedad siguen siendo limitadas. Este déficit de estudios puede atribuirse a varios factores, como la naturaleza indolente, la diversidad histológica de los subtipos y el tratamiento individualizado que se aplica a cada paciente. Por este motivo, se busca mediante este proyecto conocer las características clínicas, epidemiológicas, histológicas y terapéuticas asociados a la remisión de estos pacientes para una mejor comprensión de dicha patología, optimizar el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores clínicos, epidemiológicos, histológicos y terapéuticos asociados con la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El cáncer tiroideo es una neoplasia con una prevalencia creciente a nivel mundial, constituyendo como la neoplasia maligna endocrina más frecuente tanto para hombres y mujeres con un rango de edad entre los 30-70 años. La tendencia creciente en la prevalencia del cáncer tiroideo resalta la necesidad de un enfoque detallado para abordar los factores que afectan la remisión de la enfermedad. La remisión del cáncer tiroideo puede ser influenciada por una variedad de factores clínicos, epidemiológicos, histológicos y terapéuticos.

La presente investigación se enfoca en identificar y caracterizar estos factores en el contexto del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil, una institución que ha acumulado una significativa base de datos y experiencia en el manejo del cáncer tiroideo. Por lo que la investigación contribuirá significativamente a la mejora de la atención y tratamiento del cáncer tiroideo, proporcionando un análisis profundo de los factores que influyen en la remisión y ofreciendo perspectivas prácticas para optimizar los resultados clínicos y mejorar el pronóstico de los pacientes.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Caracterizar la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Identificar las características clínicas y epidemiológicas de la remisión en los pacientes con cáncer de tiroides tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023.
2. Determinar las características histológicas del cáncer de tiroides en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023.
3. Establecer las características terapéuticas en pacientes en remisión con cáncer de tiroides tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO CONCEPTUAL

El cáncer de tiroides es una neoplasia endocrina, o también conocida como uno de los cánceres de cabeza y cuello, afecta a la glándula tiroides, la cual se ubica anteroinferior a la laringe. Este tipo de cáncer se divide de los derivados de las células foliculares, los cuales se diferencian en las variantes histológicas papilar, folicular, oncocítico y anaplásico, mientras que los que surgen de células neuroendocrinas, se conocen como cáncer de tiroides medular. En su mayoría, los nódulos se manifiestan de forma asintomática, los cuales se detectan durante un examen físico de rutina o mediante diagnóstico de imágenes. (4)

Las variantes neoplásicas más comunes en manifestarse entre los pacientes son el carcinoma papilar y el carcinoma folicular. Siendo el carcinoma papilar, el más frecuente entre los diversos tipos histológicos, representa el 80% de los casos. Por otro lado, el carcinoma folicular, el segundo tipo más frecuente, se describe como un carcinoma agresivo, pero con una óptima tasa de supervivencia. (9)

En cuanto al carcinoma oncocítico, se lo cataloga como un subtipo del folicular. Sin embargo, se diferencia de las otras variantes por su forma de invadir los tejidos circundantes y por su presentación histológica. Por último, el cáncer anaplásico, un derivado de las células foliculares, se considera extremadamente agresivo en contraste con los otros tipos de cánceres diferenciados. Por otro lado, se describe con una mortalidad específica de la enfermedad cercana al 100% (9)

En cambio, el cáncer medular de tiroides (CMT) representa aproximadamente entre 1-2% de los Ca de tiroides. Suelen ser esporádicos y formar parte del síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2. (10)

Factores de Riesgo

El cáncer de tiroides se asocia a diversos factores de riesgo, los cuales son multifactoriales y van a variables considerablemente según el área geográfica

y su población, estos causales se pueden agrupar fundamentalmente de tres formas. (11)

En primer lugar, tenemos aquellos factores denominados de alto riesgo, los cuales destacan la exposición a la radiación, el cual representa un porcentaje significativo las regiones anatómicas correspondientes a cabeza y cuello, así como alteraciones cromosómicas y hereditarias, como el cáncer medular de tiroides de origen familiar. (11)

Por otro lado, los factores denominados como bajo riesgo destacan la presencia de nódulos tiroideos, autoinmunidad, deficiencia de yodo, valores altos de la hormona estimulante de la tiroides, estilo de vida, contaminantes ambientales, dieta y, por último, obesidad. (11)

Así mismo, se describe en el grupo de factores de riesgos no claros o inespecíficos al estrógeno, donde ciertos estudios han mostrado que el estrógeno exógeno aumenta el riesgo, mientras que la pérdida temprana de estrógeno ovárico reduce el riesgo de cáncer de tiroides. Sin embargo, diversos estudios experimentales realizados actualmente han demostrado que el estradiol se comporta como un estimulador tanto de tumores benignos como malignos. (11)

Epidemiología

El cáncer de tiroides es el cáncer endocrino más frecuente, siendo el quinto más frecuente en mujeres a nivel mundial. Su incidencia es significativamente mayor mujeres que en hombres, con una proporción aproximada de 2,5:1, y su aparición más frecuente durante la cuarta y quinta décadas de la vida. (7)

Según las estadísticas, el cáncer de tiroides ha experimentado un aumento notable en su incidencia. Por ejemplo, en un estudio en Ecuador, la tasa de incidencia de cáncer de tiroides observado en el hospital SOLCA de Guayaquil se ha observado un aumento en el año 2015 el 15,9%, 2017 el 20,9% al 2019 de 25,8%. (7)

Además, la edad también influye en la prevalencia de este tipo de cáncer, ya que los estudios han demostrado que en las mujeres la edad en la cuarta

década se presentó en mayor proporción en un 24,7%, mientras que en los hombres se presenta con mayor frecuencia en la quinta década, con 23,8%. (7)

Con respecto a sus variantes histológicas, el carcinoma papilar de tiroides es el tipo más frecuente, representando más del 90% de todos los casos. (12) Por consiguiente, el cáncer folicular de tiroides, que constituye entre el 10% y el 15% de todos los cánceres tiroideos, se ubica como el segundo tipo más prevalente. (13) Por su parte, el carcinoma medular de tiroides representa aproximadamente entre el 1% y el 5% de los casos, tanto en los Estados Unidos como a nivel mundial. (14)

Por otro lado, la incidencia anual por edad del cáncer anaplásico es de aproximadamente una a dos personas por millón, lo cual representa entre el 0,9% y el 9,8% de todos los cánceres de tiroides a nivel global. Además, la edad promedio de diagnóstico es 65 años, y menos del 10% de los casos se presenta en personas de 50 años. (15)

Manifestaciones clínicas

Estos signos pueden ser sutiles y, en etapas tempranas. Los pacientes con cáncer folicular de tiroides suelen presentar un nódulo tiroideo. Se los detecta como un hallazgo incidental durante un examen físico de rutina durante un procedimiento radiológico. Dependiendo del tipo puede variar, pero a menudo incluyen la aparición de un bulto en el cuello, cambios en la voz, dificultad para tragar y dolor en la región cervical.

Su presentación también varía, por ejemplo, los tumores foliculares son más típicamente uninodulares en comparación con el cáncer papilar de tiroides, además la propagación a los ganglios linfáticos es poco común en los Ca folicular y a su vez más común en el Ca oncócito de tiroides. (16) Además el Ca papilar de tiroides tiene un crecimiento más rápido y mayor fijación del nódulo en los tejidos circundantes. En cuanto a afectación de los ganglios linfáticos se observa una mayor metástasis ganglionar por lo que se suele realizar disecciones ganglionares centrales profilácticas. (17)

En el CMT se suelen presentar como un nódulo tiroideo solitario en la porción superior de cada lóbulo tiroideo. Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes tienen afectación de los ganglios linfáticos cervicales clínicamente detectable, hasta el 15 por ciento tiene síntomas de compresión o invasión del tracto aerodigestivo superior como disfagia o ronquera. (10) En cambio en el Ca tiroides anaplásico se suelen detectar mayor mente cuando se presenta una enfermedad metastásica. Los pacientes tienen antecedentes de bocio multinodular. El nódulo tiene un crecimiento rápido que causa dolor y sensibilidad en el cuello. (15)

Diagnóstico

El diagnóstico del tumor maligno de la glándula tiroides, en la mayoría de los casos se detecta mediante la presencia de nódulos tiroides asintomáticos, ya sea mediante un examen físico de rutina o por estudio de imágenes de manera accidental.

Por otro lado, ante la sospecha o diagnóstico de cáncer tiroideo, se establece que el abordaje inicial debe medir los niveles de la TSH en conjunto con una ultrasonografía de tiroides y cuello.

Actualmente, la incidencia de cáncer de tiroides es mayor en mujeres, es decir con una prevalencia del 5%, en comparación con los hombres, lo que equivale a 1% de ellos, en regiones con suficiente yodo. La ultrasonografía de tiroides nos permite identificar del 19% al 69% de los casos, siendo más frecuente la incidencia en el sexo femenino. Sin embargo, entre el 7% y el 15% de estos nódulos pueden ser malignos, y su diagnóstico se basa en el análisis citopatológico en conjunto con alteraciones estructurales ecográficas. (18)

De acuerdo con un estudio realizado en más de 17 500 pacientes reveló que solo el 1.1% de los casos fueron confirmados como cáncer de tiroides, principalmente durante el primer año de seguimiento.

Según las guías de la Asociación Americana de Tiroides (ATA), se sugiere evitar la punción y estudio citológico de nódulos menores a 1 cm. De acuerdo con un metaanálisis con casi 50 000 pacientes, estos presentaron a la

ecografía ciertas características estructurales como hipoecogenicidad, bordes irregulares, vascularización ya sea periférica o central, y presencia de microcalcificaciones, las cuales tienen una sensibilidad del 64%-77% y una especificidad del 82%-90% para detectar malignidad. Por lo que, el sistema de clasificación ACR-TIRADS mostró el mejor desempeño en la evaluación diagnóstica. (19)

Por otro lado, el sistema de clasificación de Bethesda nos permite establecer criterios para la evaluación de la citopatológica de los nódulos tiroideos. Por ejemplo, en casos indeterminados (Bethesda III y IV), las pruebas moleculares han mejorado significativamente la precisión diagnóstica. Mientras tanto, los resultados benignos (Bethesda II) o malignos (Bethesda V y VI) no requieren estudios adicionales. De acuerdo, a un análisis genómico en más de 50 000 nódulos indeterminados determinó que el 65.3% eran benignos, el 33.9% malignos y un pequeño porcentaje correspondía a tejido paratiroideo o cáncer medular. (19)

Así mismo, el uso de biomarcadores tumorales puede ser inespecífico, ya que se analizan diversas biomoléculas, como ADN, ARN, proteínas, péptidos y metabolitos en células, tejidos o biofluidos. Sin embargo, en el caso del cáncer de tiroides, estos marcadores biológicos pueden ser útiles para diferenciar entre patologías benignas y malignas, así como identificar riesgos factores de riesgo asociados a la exposición ocupacional y ambiental, el estilo de vida, la dieta, la edad y el género. (18)

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico del cáncer de tiroides evoluciona a partir de un enfoque multidisciplinario, el cual integra de manera individual las características clínicas de la enfermedad, las preferencias del paciente, y, por último, la morbilidad quirúrgica esperada.

De acuerdo con las directrices de la American Thyroid Association (ATA) de 2015, se establecen protocolos de acuerdo con el tratamiento quirúrgico con respecto a los tumores en función de tamaño, estadio y características agresivas, las cuales proporcionan una orientación con las indicaciones

quirúrgicas y el alcance de esta al momento de decidir entre una tiroidectomía parcial o total en ciertos casos. (20)

Según las guías de la ATA, los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (DTC) se dividen en tres grupos, esto influye en la decisión del tratamiento, es decir que en pacientes con un diagnóstico de cáncer de tiroides mayor a 4 cm más diseminación extratiroidea en conjunto con enfermedad ganglionar o metástasis a distancia se recomienda tiroidectomía total. Sin embargo, aquellos pacientes con tumores entre 1-4 cm sin diseminación ni metástasis se puede optar tanto por la lobectomía como la tiroidectomía total, según el conceso se lleve mediante un comité médico. Por otro lado, la planificación del uso de terapia de yodo radioactivo, la tiroidectomía sería indicada. Del mismo modo, aquellos pacientes con tumores menores a 1cm, se optaría por un control rutinario y activo en caso de tumores de bajo riesgo, pero si se procede a la opción quirúrgica se recomienda en estos casos la lobectomía, salvo que exista una contraindicación para este mismo procedimiento. (20)

Sin embargo, la terapia con yodo radioactivo es la terapia adyuvante más utilizada, se administra con el objetivo de eliminar el tejido tiroideo residual y tratar cualquier patología persistente, para los cánceres de tiroides de origen folicular, se aplica esta terapia con el fin de mejorar la supervivencia específica de la enfermedad y reducir las tasas de recurrencia. (20)

De acuerdo con dos grandes ensayos aleatorizados demostraron que, en pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo, la administración posoperatoria de yodo radiactivo en dosis bajas más inyecciones de tirotrópina humana recombinante no fue inferior a la administración de una dosis alta tras la suspensión del tratamiento con hormonas tiroideas, en términos de éxito en la ablación al año y la tasa de recurrencia a cinco años. (20)

En cambio, en un metaanálisis con terapia con yodo radiactivo, se pudo mejorar la supervivencia específica por causa en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de alto riesgo, especialmente en aquellos mayores de 45 años con tumores primarios de más de 4 cm, invasión extratiroidea

microscópica o metástasis en los ganglios linfáticos (estadios III/IV según la clasificación TNM de UICC/AJCC). Sin embargo, los pacientes menores de 45 años con metástasis microscópicas en los ganglios linfáticos del compartimento central no se beneficiaron de la RAT. Además, el resultado clínico no fue claro en los pacientes con metástasis en ganglios linfáticos laterales o macroscópicos. En un estudio retrospectivo reciente, se demostró que un intervalo prolongado entre la tiroidectomía y la RAT (≥ 3 meses) podría llevar a una respuesta incompleta, categorizada por las Guías ATA 2015, así como a una proliferación hacia tejidos blandos. En resumen, en pacientes con histología agresiva, tumores primarios grandes e invasión local o vascular, se pueden observar beneficios claros de la RAT. (20)

Seguimiento, control y remisión

El control y seguimiento del cáncer de tiroides varían según el tipo histológico del tumor, el tratamiento inicial propuesto, la tasa de riesgo de persistente o recurrente de la patología, así como la respuesta obtenida tras el tratamiento. En este contexto, la ultrasonografía de cuello en conjunto con la medición de Tg sérica son fundamentales para el seguimiento de este proceso oncológico, sin embargo, las respuestas al tratamiento terapéutico se clasifican en 2 grupos: Una excelente o incompleta respuesta a nivel bioquímico, o una respuesta por parte de las pruebas de imágenes que indiquen ausencia o indeterminada alteración estructural. (21)

En primer lugar, la tiroglobulina sérica, marcador sensible para la detección de tirocitos, aunque no distingue entre células normales y malignas, por lo que a niveles indetectables tienen un valor predictivo negativo, mientras que cuanto es detectable puede resultar en falsos positivos, por lo que para reducir esta variabilidad es fundamental evaluar los anticuerpos contra la Tg. (21)

En caso de los pacientes tratados con tiroidectomía total y ablación con yodo radiactivo, se estima que niveles de Tg sérica estimulada menores a 1 ng/ml son indicadores altamente predictivos de una excelente respuesta al tratamiento. Sin embargo, niveles basales menores a 0,2ng/dl de Tg pueden utilizarse para verificar la ausencia de la enfermedad. Por otro lado, ante una

ausencia de alteraciones estructurales a nivel de imagen pero que los niveles de Tg son detectables se considera una respuesta indeterminada al tratamiento o una bioquímica incompleta. (21)

Se estima que aproximadamente el 60% de los pacientes que se someten a tiroidectomía total sin tratamiento postoperatorio con RAI tendrán niveles de Tg $\leq 0,2$ ng/ml, lo que sugiere ausencia de enfermedad, pero cuando los niveles de Tg son detectables, es necesario realizar mediciones seriadas durante el tratamiento con levotiroxina, lo cual también podría aplicarse después de una lobectomía. (21)

Finalmente, valores elevados de Tg y de TgAb son altamente sospechosos de cáncer diferenciado de tiroides persistente o recurrente. (21)

Seguimiento

Todos los pacientes con carcinoma de tiroides diferenciado deben someterse a ecografías de cuello y análisis bioquímico de Tg y TgAb séricos entre 6 y 18 meses después del tratamiento primario, es decir, cirugía más terapia con yodo radioactivo, por lo que el seguimiento posterior dependerá del riesgo inicial estimado de enfermedad persistente o recurrente y de la respuesta a la terapia. (21)

Para el seguimiento se debe realizar una adecuada estadificación basándose en factores pronósticos ya establecidos, esto implica una evaluación inicial del riesgo de mortalidad, la probabilidad de presentar enfermedad persistente o recurrente, así como una posterior reevaluación de la respuesta al tratamiento, con el fin de orientar de manera más adecuada el seguimiento tanto a corto como a largo plazo. El sistema de estadificación del cáncer utilizado es el TNM de la American Joint Committee on Cancer/ International Union Against Cáncer (AJCC/UICC), el cual se basa en características clínicas y patológicas que permiten clasificar de manera cuantitativa la mortalidad del paciente. (22)

Figura. 1 Clasificación TNM AJCC/UICC

Staging flowchart for differentiated thyroid cancer (AJCC 8e)						
Age at diagnosis	M category	Gross ETE	Structures involved	Tumor size	N category	Stage
<55 years	M0	yes or no		any	any	I
	M1	yes or no		any	any	II
≥ 55 years	M0	no		≤ 4 cm (T1-2)	N0/Nx	I
				> 4 cm (T3a)	N1a/N1b	II
			yes	only strap muscle (T3b)	any	any
		yes	subcutaneous, larynx, trachea, esophagus, RL nerve (T4a)	any	any	III
		yes	prevertebral fascia, encasing major vessels (T4b)	any	any	IVA
	M1	yes or no	any or none	any	any	IVB

TNM definitions (AJCC 8e)	
for papillary, follicular, poorly differentiated, Hürthle cell, medullary, and anaplastic thyroid carcinomas	
TX	Primary tumor cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumor
T1	Tumor ≤ 2 cm in greatest dimension limited to the thyroid
T1a	Tumor ≤ 1 cm in greatest dimension limited to the thyroid
T1b	Tumor > 1 cm but ≤ 2 cm in greatest dimension limited to the thyroid
T2	Tumor > 2 cm but ≤ 4 cm in greatest dimension limited to the thyroid
T3*	Tumor > 4 cm limited to the thyroid or gross extrathyroidal extension invading only strap muscles
T3a*	Tumor > 4 cm limited to the thyroid
T3b*	Gross extrathyroidal extension invading only strap muscles (sternohyoid) from a tumor of any size
T4	Includes gross extrathyroidal extension into major neck structures
T4a	Gross extrathyroidal extension invading subcutaneous soft tissues, larynx, trachea, esophagus, or recurrent laryngeal nerve from a tumor of any size
T4b	Gross extrathyroidal extension invading prevertebral fascia or encasing carotid artery or mediastinal vessels from a tumor of any size
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No evidence of regional lymph nodes metastasis
N0a*	One or more cytologic or histologically confirmed benign lymph node
N0b*	No radiologic or clinical evidence of locoregional lymph node metastasis
N1*	Metastasis to regional nodes
N1a*	Metastasis to level VI or VII (pretracheal, paratracheal, or prelaryngeal/Delphian, or upper mediastinal) lymph nodes, this can be unilateral or bilateral disease
N1b*	Metastasis to unilateral, bilateral, or contralateral lateral neck lymph nodes (levels I, II, III, IV, or V) or retropharyngeal lymph nodes
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis
* all categories may be subdivided as solitary tumor (s) and multifocal tumor (m) – the largest tumor determines the classification	

Nota: Tomado de Bychkov, A. AJCC / TNM staging. PathologyOutlines.com website.

No obstante, dicha clasificación no permite medir el riesgo de recurrencia posterior a tratamiento de Ca de tiroides por lo que la ATA propuso una estratificación de riesgo de recurrencia/persistencia, la cual su última actualización fue en 2015, la cual se observa en la **Tabla 1**. Basándose en la clasificación el grupo de riesgo alto tiene más del 20% de recurrencia, el grupo de riesgo intermedio entre 6-20% y bajo riesgo menos del 5%, permitiendo ajustar la actitud terapéutica acorde. (22)

Tabla 1 Sistema de estratificación de riesgo de la ATA.

Bajo riesgo	Riesgo Intermedio	Alto Riesgo
Ca tiroides con todos los siguientes factores	Ca tiroideo con cualquiera de los siguientes factores:	Ca tiroideo con cualquiera de los siguientes factores:
Sin metástasis locales ni a distancia.	Invasión microscópica del tumor a tejidos periféricos a la tiroides.	Invasión macroscópica del tumor a los tejidos blandos peritiroidal importante.
Resección completa del tumor macroscópico.	N1 clínico o N1 patológico >5, con todos los ganglios afectados <3 cm en su dimensión mayor.	Resección incompleta del tumor.
Sin invasión tumoral de tejidos o estructuras extratiroides.	Metástasis ganglionar o extratiroides captantes de yodo radioactivo en el cuello en rastreo RCT postratamiento.	Metástasis a distancia.
El tumor no tiene histología agresiva.	Histología agresiva (por ejemplo, variante de células altas, de células en clavo, carcinoma de células columnares carcinoma esclerosante difuso e insular).	Tiroglobulina (Tg) sérica postoperatoria sugestiva de metástasis a distancia.
Sin invasión en estructuras vasculares.	Ca de tiroides con invasión vascular.	N1 patológico, con ganglio metastásico uno o más de >3 cm en la dimensión mayor.
Sin focos metastásicos captantes de yodo fuera del lecho tiroideo en el primer rastreo corporal total (RCT) postratamiento.	Microcarcinoma papilar multifocal con extensión extratiroides.	Cáncer folicular de tiroides con invasión vascular extensa (>4 focos de invasión vascular).
N0 clínico o <5 micrometástasis patológicas, N1 (<0,2 cm en la dimensión mayor).		
Cáncer papilar de tiroides variante folicular encapsulado intratiroides.		

Adicionalmente se cuenta con la estratificación dinámica de riesgo (EDR) que permite reclasificar al paciente en cuanto a su evolución basándose en evidencia clínica, bioquímica y/o estructural posterior al tratamiento, presentados en la **Tabla 2**. Este concepto se basó en resultados de pacientes tratados con tiroidectomía total más terapia adyuvante con radio yodo durante los primeros dos años de seguimiento, la cual sigue siendo efectiva en cualquier momento postratamiento. Se clasifica a los pacientes según su respuesta excelente, bioquímica incompleta, estructural incompleta y respuesta indeterminada, con la finalidad de elaborar un plan de seguimiento posterior con más o menos frecuencia de controles. (21)

Tabla 2. Respuesta a las categorías de tratamiento en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides.

Respuesta al tratamiento	Tratamiento		
	TT+RRA	Tiroidectomía radical	Lobectomía tiroidea
Excelente	Imágenes negativas y TgAb indetectable y Tg <0.2ng/ml o stimTg<1ng/ml	Imágenes negativas y TgAb indetectable y Tg <0.2ng/ml	Imágenes negativas y TgAb indetectable y Niveles estables de Tg
Bioquímica incompleta	Imágenes negativas y Tg≥1ng/ml o stimTg≥10 ng/ml o niveles crecientes de TgAb	Imágenes negativas y Tg>5ng/ml o valores de Tg crecientes con niveles similares de TSH o niveles de TgAb en aumento	Imágenes negativas y Aumento de los valores de Tg con niveles similares de TSH o aumento de los niveles de TgAb

Estructural incompleta	Evidencia de imagen de la enfermedad (independientemente de los niveles de Tg o TgAb)	Evidencia de imagen de la enfermedad (independientemente de los niveles de Tg o TgAb)	Evidencia de imagen de la enfermedad (independientemente de los niveles de Tg o TgAb)
Indeterminado	Hallazgos imagenológicos inespecíficos o Captación leve en el lecho tiroideo en la exploración con RAI o Tg 0,2-1ng/ml o stimTg 1-10ng/ml o TgAb estable o en declive en el paciente sin evidencia de imagen de enfermedad	Hallazgos imagenológicos inespecíficos o Los niveles de Tg 0,2-5ng/ml o TgAb se mantienen estables o disminuyen en ausencia de enfermedad estructural o funcional	Hallazgos imagenológicos inespecíficos

Los pacientes con carcinoma papilar de tiroides de bajo riesgo de recurrencia, sin evidencia de enfermedad estructural en la primera visita de seguimiento, pueden ser monitoreados con controles periódicos de Tg y TgAb cada 12 a 24 meses, junto con ecografías de cuello si es necesario. Este enfoque también puede aplicarse a pacientes con PTC de riesgo intermedio que tengan excelentes respuestas al tratamiento. Para estos pacientes, los niveles de TSH deben mantenerse en el rango bajo-normal, es decir 0,5–2 μ IU/ml. (21)

En el caso de pacientes con carcinoma folicular de tiroides mínimamente invasivo, el protocolo de seguimiento suele ser similar, aunque la evidencia que respalda esta estrategia es limitada. Para aquellos con PTC de bajo o intermedio riesgo y una respuesta bioquímica incompleta o indeterminada, se recomienda realizar análisis de Tg y TgAb y ecografía de cuello cada 6 a 12 meses. Por lo que, un aumento en los niveles de Tg o TgAb justifica realizar estudios de imagen adicionales. (21)

Para los pacientes con PTC de alto riesgo, carcinoma tiroides poco diferenciado o FTC invasivo, la evaluación de los niveles de Tg y TgAb debe hacerse cada 6 a 12 meses si la respuesta a la terapia es excelente o bioquímicamente indeterminada/incompleta. Si persisten niveles detectables de Tg, deben repetirse los estudios de imagen.

Sin embargo, en pacientes con alto riesgo de recurrencia, puede ser útil realizar un estudio de imagen más exhaustivo, incluso si los niveles de Tg se mantienen bajos o indetectables, ya que la ausencia de Tg circulante podría reflejar una desdiferenciación del tejido tumoral residual. Además, en todos los casos con respuestas bioquímicas incompletas o indeterminadas, los niveles de TSH deben suprimirse, es decir un rango entre 0,1–0,5 μ IU/ml. Los pacientes con respuestas estructurales incompletas pueden ser sometidos a vigilancia activa o referidos para tratamientos locales o sistémicos. (21)

CAPÍTULO III

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Estudio

- **Naturaleza:** Observacional
- **Método:** Cuantitativo
- **Según el tiempo:** Retrospectivo
- **Diseño:** Transversal
- **Campo de investigación:** Pacientes de 20 a 65 años
- **Área de investigación:** Patología Oncológica
- **Línea de investigación:** Cáncer de Tiroides
- **Sublínea de investigación:** Nuevas tecnologías
- **Tema por investigar:** Caracterización de la remisión del cáncer de tiroides
- **Lugar:** Instituto Oncológico Dr., Juan Tanca Marengo
- **Periodo:** Enero-diciembre del 2023

3.2. Población de estudio

Pacientes con cáncer tiroideo que se atendieron en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil, durante el período enero a diciembre 2023.

3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes que hayan sido tratados por cáncer de tiroides.
- Pacientes que tengan seguimiento posterior al tratamiento, al menos a los 90 días.
- Pacientes entre 15 y 75 años.

3.4. Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyos datos en la historia clínica estén incompletos.
- Paciente fallecidos antes de tratamiento de ca tiroideo
- Paciente con diagnóstico benigno de tiroides

C. Cálculo del tamaño de la muestra: (de ser necesario) NO APLICA

3.5. Método de muestreo

Por conveniencia, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

3.6. Viabilidad y Factibilidad de la Investigación

Este estudio presenta viabilidad ya que ha recibido la aprobación del tema por parte de la administración de la institución de educación superior, así como el consentimiento de las autoridades del hospital involucrado para el uso ético de datos de pacientes específicos. La factibilidad del proyecto se sustenta en la disponibilidad de recursos científicos y la información necesaria para llevar a cabo la investigación de manera efectiva. Es importante señalar que no existen restricciones legales que limiten el desarrollo de este estudio, y que no se ha obtenido financiamiento de entidades externas para su realización.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Tipo	Indicador
Edad	Número de años de participante desde su nacimiento	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 15-30 • 31-40 • 41-50 • 51-60 • 61-75
Sexo	Características sexuales que definen a un individuo	Nominal	<p>Masculino</p> <p>Femenino</p>
Tratamiento	Intervenciones médicas utilizadas para combatir, controlar la enfermedad	Nominal	<p>Tiroidectomía parcial</p> <p>Tiroidectomía total</p> <p>Yodoterapia</p>
Remisión	<p>Tg no estimulada <0.2 ng/mL.</p> <p>Tg estimulada <2 ng/mL.</p> <p>Anticuerpos anti-Tg indetectables.</p> <p>Tsh normal</p> <p>Imagen negativa.</p>	Nominal	<p>SI: ≥ 3 criterios</p> <p>No ≤ 2 criterios</p>

Tipo histológico	<i>Clasificación de tumores tiroides basado en características morfológicas observables bajo microscopio.</i>	<i>Nominal</i>	<i>Papilar. Folicular. Medular. Anaplásico. Otros</i>
-------------------------	---	----------------	---

4. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Este estudio abarcó una población de 406 casos de pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides correspondientes al Hospital Juan Tanga Marengo de Guayaquil, durante el periodo 2023-2024, cuyas características se resumen esta patología en la **tabla 3**. De dicha población se obtuvo una muestra de 131 pacientes, los cuales obtuvieron remisión de la enfermedad según los criterios anteriormente mencionados. Se descartó aquellos con diagnósticos erróneos en las historias clínicas, siendo tumor benigno de tiroides, hipertiroidismo y bocio tiroideo los más comunes. También se descartó los casos con historias clínicas incompleta y aquellos que fallecieron antes de recibir tratamiento.

Tabla 3. Características epidemiológicas, histológicas, terapéutica y remisión de cáncer tiroides en la muestra (n=406) de pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023-2024. Elaboración propia.

EDAD		Porcentaje	
15-29	39	10%	
30-44	129	32%	
45-59	149	37%	
60-74	89	22%	
SEXO		Porcentaje	
Masculino	64	16%	
Femenino	342	84%	
TIPO HISTOLOGIA		Porcentaje	

Anaplásico	1	0,25%
Medular	2	0,49%
Folicular	5	1,23%
Papilar	398	98,03%
TRATAMIENTO QUIRURGICO		Porcentaje
Tiroidectomía parcial	19	5%
Tiroidectomía total	363	89%
No procedimiento quirúrgico	24	6%
YODOTERAPIA		Porcentaje
Sí	287	71%
Aun No	59	15%
No	60	15%
LABORATORIO		Porcentaje
Sin laboratorios de control	176	43%
Con laboratorios de control	230	57%
PRUBA DE IMAGEN		Porcentaje
No consta con prueba de imagen de control	193	48%
Si consta con prueba de imagen de control	213	52%
REMISIÓN		Porcentaje
Recaída	1	0%
Metástasis	3	1%
No	101	25%
Si	131	32%
No Seguimiento	170	42%
Total, de Casos	406	

4.1 Características clínicas y epidemiológicas de la remisión.

Los resultados muestran que en los casos que llegan a remisión predomina las mujeres, con un total de 108 casos, en contraste con el sexo masculino, que representan solo 23. Con respecto a la edad, se observa que esta patología tiene una alta prevalencia en el grupo etario entre 45 a 69 años, a su vez presentaron mayores casos de remisión, es decir un 39.69 %. Por otro lado, el grupo etario que presentó menor cantidad de casos y remisión fue el de 15 – 29 años, siendo solo el 8% de los 131 casos, como se observa en la **tabla 4**.

De la misma manera se encontró que la manifestación clínica más común en los pacientes que tuvieron remisión fue la presencia de un nódulo/bulto en

cuello, la cual se presentó en el 84% casos. En segundo lugar, se presenta adenopatías cervicales a nivel de VI (centrales) y a los laterales de II a V, en el 79% de los casos estudiados. Conviene aclarar que, de dichos casos el 35% fueron descubiertos por el paciente y el restante fueron hallazgos en durante los exámenes físicos o de imágenes. Por último, en menor medida se presentaron dolor de garganta/disfagia y ronquera/cambios de voz, siendo el 68% y 49% respectivamente.

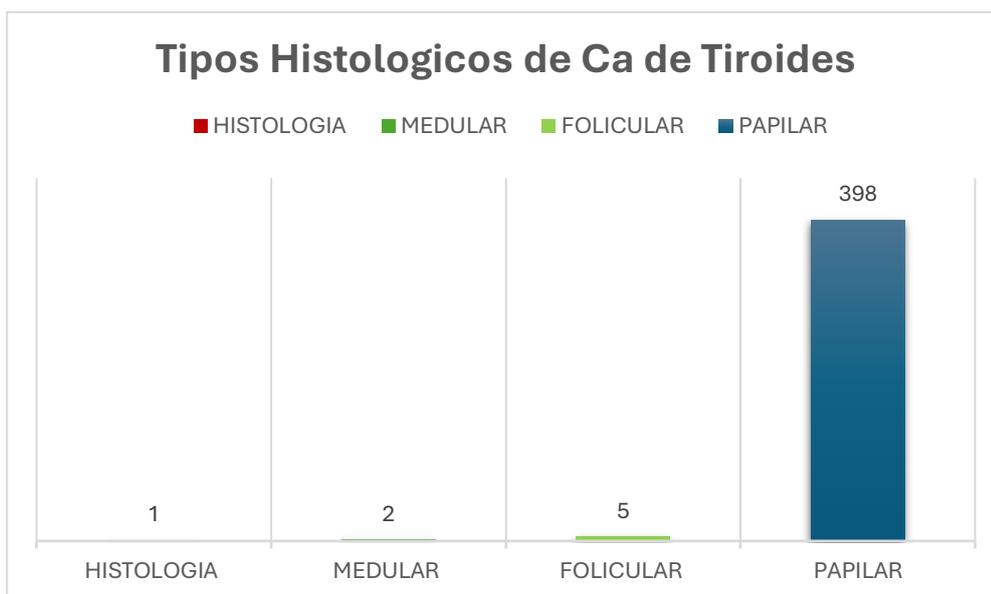
Tabla 4. Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con remisión de cáncer tiroides atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023. Elaboración propia.

EDAD		Porcentaje
15-29	11	8,40%
30-44	38	29,01%
45-59	52	39,69%
60-74	30	22,90%
SEXO		
Masculino	23	17,56%
Femenino	108	82,44%
CLÍNICA		
Nódulo en cuello	110	83,97%
Adenopatías cervicales	103	78,63%
Disfagia/Dolor de garganta	89	67,94%
Ronquera/Cambio de voz	65	49,62%
Pérdida de peso	40	30,53%

4.2 Características histológicas del cáncer de tiroides.

De acuerdo con las variantes histológicas, la variante de origen papilar es la más frecuente en esta neoplasia, ocupando el primer lugar con 398 casos, siendo el 98.03%. En segundo lugar, el tipo histológico folicular representa 5 casos siendo el 1.23%. En tercer lugar, se encuentra la variante medular, con solo 2 casos (0.49%), mientras la variante anaplásica, aunque es la menos común pero más agresiva, con un único caso registrado.

Figura. 2 Tipos histológicos de Ca de Tiroides presente en pacientes atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo. SOLCA - Gye, durante el periodo 2023.



Nota: El grafico representa la cantidad de casos cada tipo histológico de Ca Tiroides de la población de 406 casos diagnosticados en el periodo de 2023. Elaboración propia

4.3 Características terapéuticas en pacientes en remisión.

El tratamiento de cáncer tiroideo consiste en procedimientos quirúrgicos, radioterapias, entre otros. En esta investigación se encontró que la terapéutica realizada con mayor porcentaje de éxito en la erradicación de dicha patología es la tiroidectomía total, representando el 94.6% del total de pacientes con remisión. Cabe destacar que los 124 casos que se realizó tiroidectomía radical, 96 de los casos se administró yodoterapia como tratamiento adyuvante. Siendo que el 74.81% de los casos con remisión se administraron tratamiento quirúrgico más yodoterapia.

Es decir, se encontró que 100 pacientes con remisión se administro radioterapia con Iodo radiactivo, siendo predominante que fue administrada posterior al tratamiento quirúrgico en 98 de los casos y 2 casos únicamente la yodoterapia. Por otro lado, los casos donde tuvo resolución únicamente quirúrgica fueron 31 casos (23.66%), los cuales cumplieron con los criterios de remisión anteriormente indicados.

Tabla 5. Características terapéuticas de los pacientes con remisión de cáncer tiroides atendidos en el Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA - Guayaquil, en el periodo 2023. Elaboración propia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO		Porcentaje
Tiroidectomía parcial	5	3,82%
Tiroidectomía total	124	94,66%
No procedimiento quirúrgico	2	1,53%
YODOTERAPIA		Porcentaje
Sí	100	76,34%
Aun No	2	1,53%
No	29	22,14%

Tabla 6. Prueba del Chi n2 para la relación entre tratamiento quirúrgico con yodoterapia y sin yodoterapia. Elaboración propia.

Tratamiento	Con yodoterapia	Sin yodoterapia	Total	X ²
Tiroidectomía parcial	2	3	5	
Tiroidectomía total	96	28	124	
Total	98	31	N=129	Valor p (Test de Fisher): 0.0894

Nota: El valor $p=0.0549$ es ligeramente superior al nivel de significancia estándar. Dado que el valor p es cercano a 0.05, podría ser útil repetir el análisis con una muestra más grande o evaluar otras variables que puedan influir.

4.4 ¿Cuáles son los factores clínicos, epidemiológicos, histológicos y terapéuticos asociados con la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil?

En el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, el análisis de 406 pacientes diagnosticados con cáncer tiroideo en el 2023 reveló que un total de 131 pacientes posterior a su tratamiento presentaron pruebas de imágenes negativos y/o laboratorios dentro de los parámetros aceptados para clasificarlos como casos en remisión. Dentro de los factores epidemiológicos de sexo y edad, se encontró el 82% de los casos de remisión se dieron en

mujeres y que el rango de edad se encuentra entre los 45 – 59 años siendo 52 casos de los 131.

En cuanto a las manifestaciones clínicas redactadas en los historiales clínicos de los pacientes en remisión se observó que los más comunes son nódulos en cuello (presentes en 110 pacientes) y adenopatías cervicales ya sean por hallazgos accidentales durante exámenes rutinarios o autoexploración, en 103 casos. Del mismo modo se determinó que el carcinoma papilar fue el tipo histológico encontrado. Por último, los pacientes alcanzaron remisión en mayor porcentaje fueron aquellos que se realizaron tiroidectomía total más yodoterapia como terapia dual.

5. DISCUSIÓN

En este estudio, se observó que la variante histológica papilar, con un total de 398 casos, estuvo presente en los pacientes que alcanzaron la remisión del cáncer de tiroides. Además, se evidenció una alta prevalencia de remisión de esta neoplasia en mujeres (82,44%), especialmente entre el grupo etario entre 45 a 59 años (39,69%). Según el estudio de Livolsi, V (2020), estas neoplasias, que son las más comunes, poseen un pronóstico excelente con tasas de supervivencia superiores al 95%, demostrando que el carcinoma papilar está presente entre pacientes entre la tercera y quinta década de la vida. Adicionalmente, las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia que los hombres, en una proporción que varía de 2:1 a 4:1. Esto demuestra un ligero cambio con respecto al grupo etario en nuestro estudio en contraste con lo citado posteriormente, mientras que el subtipo histológico y el género se mantienen iguales. (23)

Por otra parte, se observó que la manifestación clínica predominante en los pacientes con remisión fue la presencia de un nódulo o bulto en cuello en el 84% de los casos, seguido por adenopatías cervicales en el 79% de los casos y, en menor medida, la pérdida de peso en el 30% de los casos. Estos datos concuerdan con el estudio reportado por Orellana-Suárez, K. D., Alcívar-Quiroz y col. (2023), quienes detallan que las manifestaciones clínicas en estos pacientes incluyen aumento del tamaño del cuello, disfagia, palpación de un nódulo tiroideo y bocio. (24) Del mismo modo, esta información es respaldada por Lee K y col. (2023), quienes señalan que la característica clínica más común es la detección incidental de nódulos tiroideos en imágenes cervicales, lo cual implica un riesgo de malignidad en la población general de aproximadamente del 5-10%. (25)

Con respecto, a las variantes histológicas, los resultados de nuestro estudio muestran un predominio del carcinoma de origen papilar en nuestra muestra (398 casos), siendo este el subtipo más común de cáncer de tiroides, mientras que, el carcinoma anaplásico, se presentó en solo un 1% de los casos, lo cual es consistente con lo reportado en la bibliografía por Kitahara, Cari M y

Schneider, Arthur B (2022), donde se demuestra que de los principales tipos histológicos de cáncer de tiroides, el 90% corresponde a carcinomas papilares de tiroides (CPT), el 4% a carcinomas foliculares de tiroides (CFT), el 2% a carcinomas de células de Hürthle, el 2% carcinomas medulares de tiroides (CMT) y el 1% a carcinomas anaplásicos de tiroides (CTA). (26)

De acuerdo con el tratamiento, se reporta que la tasa de remisión en pacientes tratados con terapia con yodo radiactivo y cirugía total fue del 74.81%, lo que implica que 98 pacientes fueron intervenidos y beneficiados por una terapia dual. Según el estudio por Yang, Y y col. (2019), reporta que 120 pacientes con cáncer de tiroides fueron divididos en dos grupos, uno que recibió yodoterapia posquirúrgica y otro tratado con antiinfecciosos convencionales, los resultados mostraron que la efectividad total del tratamiento fue aproximadamente del 72, 41%, destacando una tasa de éxito significativamente mayor en el grupo que recibió I-131, lo cual resalta que la administración de yodoterapia contribuye a mejorar los resultados del tratamiento en comparación con terapias convencionales. (27)

Además, Tomislav, J y Col. (2022), reportan que los pacientes sometidos a tiroidectomía radical o parcial con yodoterapia, presentan tasas de supervivencia específicas de 5 y 10 años que oscilan entre el 99,1% y el 89,8%, respectivamente, para los diversos tipos de cáncer tiroideo. (28) En conjunto, estos estudios evidencian la importancia y efectividad de la terapia dual como tratamiento principal en la remisión del cáncer de tiroides, resaltando su papel en mejorar las tasas de ausencia de esta neoplasia.

Por otro lado, este estudio demostró que un total de 131 pacientes en remisión presentaron pruebas de imágenes negativos y/o laboratorios dentro de los parámetros aceptados para clasificarlos como casos en remisión. Además, se hace referencia a la definición de remisión clínica basada en la investigación de Filetti, S. et al. (2019), donde describe que la ausencia radiológica de enfermedad o una bioquímica excelente, es decir, valores normales de los niveles de tiroglobulina (Tg), ausencia de anti-Tg, resulta en una remisión favorable.(21) Del mismo modo, el estudio de Iglesias, R. et al. (2020),

respalda estos datos, donde una Tg <0.2 ng/mL o <1 ng/mL, anti-Tg indetectable y/o una prueba de imagen negativa se considera una respuesta excelente de remisión. (29)

CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que un total de 131 pacientes durante sus controles posteriores a tratamiento de cáncer tiroides presentaron remisión de dicha enfermedad. Dentro de las características epidemiológicas concluidas resalta que la mayoría de los casos se dieron en mujeres, entre la edad de 45 – 59 años.

A su vez, se observó que las características clínicas más comunes son nódulos en cuello, los cuales son visibles o palpables en área anterior. En cuanto al tipo histopatológico la más común es el carcinoma papilar. En términos de características terapéutica de la remisión, los pacientes que se realizaron tiroidectomía total más yodoterapia tienen mayor probabilidad de remisión.

REFERENCIAS

1. C. Do Cao, G. Lion, J.L. Wemeau, Cáncer tiroideo, EMC - Tratado de Medicina, Volume 25, Issue 2, 2021, Pages 1-9, ISSN 1636-5410 (Internet), Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(21\)45109-3](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(21)45109-3).
2. Tasas de supervivencia del cáncer de tiroides por tipo y etapa (Internet) [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-tiroides/detecciondiagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>
3. R Michael Tuttle, MD. UpToDate [Internet]. UpToDate. 2023 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/differentiatedthyroid-cancer-clinicopathologicstaging?sectionName=Dynamic%20risk%20stratification&search=seguimiento%20del%20paciente%20cancer%20tiroides&topicRef=7838&anchor=H408550&source=see_link
4. Hernán Tala, René Díaz. PROTOCOLO CLÍNICO CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES PROGRAMA DE CÁNCER DEL ADULTO 2020 [Internet]. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. 2020 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://soched.cl/guias/PROTOCOLO-CLINICO-CANCER-DIFERENCIADOTIROIDES.pdf>
5. Hernán Tala, René Díaz. PROTOCOLO CLÍNICO CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES PROGRAMA DE CÁNCER DEL ADULTO 2020 [Internet]. Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. 2020 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://soched.cl/guias/PROTOCOLO-CLINICO-CANCER-DIFERENCIADOTIROIDES.pdf>
6. Bravo-Villalta RR, Zambrano-Rodríguez KA, Durán-Cañarte AL. Prevalencia, factores de riesgo y diagnóstico del cáncer de tiroides en la población de América Latina. MQRInvestigar [Internet]. 19 de febrero de 2024 [citado 10 de marzo de 2025];8(1):2365-82. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/1004>
7. VITERI, E.; REAL-COTTO, J.; JARAMILLO-FEIJOO, L.; REAL-ROBY, R. & ORDOÑEZ-SÁNCHEZ, J. Comportamiento epidemiológico del cáncer de tiroides. J. health med. sci., 7(4):239-243, 2021. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/web/Publicaciones/Comportamiento%20epidemiol%C3%83%C2%B3gico%20del%20c%C3%83%C2%A1ncer%20de%20tiroides.pdf>
8. Dr. Jhony Real Cotto, Ing. Leyda Jaramillo Feijoo. MORTALIDAD POR CÁNCER DE TIROIDES EN GUAYAQUIL. PERÍODO 2008-2022 [Internet]. REGISTRO DE TUMORES SOLCA MATRIZ. 2023 [citado 1 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/web/Publicaciones/9%20Boletin%20Epi%20Ca%20Tiroides%202023.pdf>

9. Lee K, Anastasopoulou C, Chandran C, Cassaro S. Thyroid cancer. En: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459299/>
10. Tuttle, M. Cáncer medular de tiroides: manifestaciones clínicas, diagnóstico y estadificación. [Internet] UptoDate. 2023 [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/medullary-thyroid-cancer-clinical-manifestations-diagnosis-and-staging?search=cancer+de+tiroides&source=search_result&selectedTitle=9%7E150&usage_type=default&display_rank=8
11. Bogović Crnčić, T., Ilić Tomaš, M., Giroto, N., & Grbac Ivanković, S. (2020). Risk Factors for Thyroid Cancer: What Do We Know So Far. *Acta clinica Croatica*, 59(Suppl 1), 66–72. Disponible en: <https://doi.org/10.20471/acc.2020.59.s1.08>
12. Li, Y., Che, W., Yu, Zheng, S., Xie, S., Chen, C., Qiao, M., & Lyu, J. (2022). The Incidence Trend of Papillary Thyroid Carcinoma in the United States During 2003-2017. *Cancer control: journal of the Moffitt Cancer Center*, 29, 10732748221135447. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/10732748221135447>
13. Ashorobi D, Anastasopoulou C, Lopez PP. Follicular thyroid cancer. En: NIH National Library of Medicine [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539775/>
14. Santillan VR, Master SR, Menon G, Burns. B. Medullary Thyroid Cancer [Internet]. NIH National Library of Medicine. 2024 [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: [http://\(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459354/\)](http://(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459354/))
15. R Michael Tuttle MJS. Anaplastic thyroid cancer [Internet]. Uptodate.com. 2024 [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/anaplastic-thyroid-cancer/print>
16. R Michael Tuttle MJS. Cáncer folicular de tiroides (incluido el carcinoma oncocítico de tiroides) [Internet] UptoDate. 2023 [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/follicular-thyroid-cancer-including-oncocytic-carcinoma-of-the-thyroid?search=cancer+de+tiroides&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
17. R Michael Tuttle MJS. Cáncer papilar de tiroides: características clínicas y pronóstico [Internet] UptoDate. 2023 [citado 8 de agosto de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/papillary-thyroid-cancer-clinical-features-and-prognosis?search=cancer%20de%20tiroides&topicRef=7867&source=see_link
18. Berinde, G. M., Socaciu, A. I., Socaciu, M. A., Cozma, A., Rajnoveanu, A. G., Petre, G. E., & Piciu, D. (2022). Thyroid Cancer Diagnostics Related to Occupational and Environmental Risk Factors: An Integrated Risk Assessment Approach. *Diagnostics*, 12(2), 318. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12020318>

19. Boucai L, Zafereo M, Cabanillas ME. Thyroid Cancer: A Review. *JAMA*. 2024;331(5):425–435. doi:10.1001/jama.2023.26348. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2814532>
20. Sarimar Agosto Salgado et al. Management of Advanced Thyroid Cancer: Overview, Advances, and Opportunities. *I am Soc Clin Oncol Educ Book* 43, e389708(2023). DOI:10.1200/EDBK_389708. Disponible en: https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_389708
21. Filetti, S. et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up. *Annals of Oncology*, Volume 30, Issue 12, 1856 – 1883 (Internet). Disponible en: <https://www.annalsofoncology.org/action/showCitFormats?doi=10.1093%2Fannonc%2Fmdz400&pii=S0923-7534%2820%2932555-2>
22. Iglesias-López Rosa Ana, Villanueva-Alvarado Heather Stacey, Corrales-Hernández Juan José, Sánchez-Marcos Ana Isabel, Recio-Córdova José María, Mories-Álvarez María Teresa. Seguimiento postoperatorio del paciente con carcinoma tiroideo. *Rev. ORL [Internet]*. 2020 sep. [citado 2025 Mar 8]; 11(3): 329-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-79862020000300009&lng=es. Epub 11-Ene-2021. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.21513>.
23. LiVolsi VA. Papillary thyroid carcinoma: an update. *Mod Pathol [Internet]*. 2020;24 Suppl 2(S2): S1-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/modpathol.2010.129>
24. Orellana-Suárez, K. D., Alcívar-Quiroz, B. M., & Salazar-Figueroa, G. V. (2023). Factores de riesgo y manifestaciones clínicas en cáncer de tiroides en adultos en Latinoamérica. (Internet) *MQRInvestigar*, 7(3), 868–884. Disponible en: <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.868-884>
25. Lee K, Anastasopoulou C, Chandran C, Cassaro S. Thyroid cancer. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. (Internet). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459299/>
26. Rodríguez Maya, V. E. (2021, diciembre 15). Prevalencia de cáncer de tiroides en pacientes del HCSA periodo 2000-2020. *Indexia Revista Médico Científica*. <https://revistaindexia.com/2021/12/15/prevalencia-de-cancer-de-tiroides-en-pacientes-del-hcsa-periodo-2000-2020/>
27. Kitahara, C. M., & Schneider, A. B. (2022). Epidemiology of thyroid cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention: A Publication of the American Association for Cancer Research, Cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 31(7), 1284–1297. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-21-1440><https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-21-1440>
28. Yang Y, Jiao Y, Yu J, Wang C. Clinical Treatment Efficacy of Total Thyroidectomy Combined with Radioactive Iodine on Treatment of Thyroid Cancer and Its Effect on the Quality of Life of Patients. [Internet]. *Iran J Public Health*. 2019;48(8):1461-1468. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7145917/#sec17>

29. Jukić T, Blažeković I, Franceschi M, Ovčariček PP, Butković MB, Dabelić N, Granić R, Punda M, Sonicki Z, Vagić D, et al. Long-Term Outcome of Differentiated Thyroid Cancer Patients—Fifty Years of Croatian Thyroid Disease Referral Centre Experience. *Diagnostics*. 2022[Internet].; 12(4):866. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12040866>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Ávila Larriva, Paula Doménica** con C.C: **0107062127** e **Intriago Cárdenas, Joyce Annabelle** con C.C: **0932100878** autoras del trabajo de titulación: **Caracterización de la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **29 de mayo de 2025**

f. _____

Nombre: **Avila Larriva Paula Doménica**

C.C: **0107062127**

f. _____

Nombre: **Intriago Cárdenas Joyce Annabelle**

C.C: **0932100878**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Caracterización de la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023		
AUTOR(ES)	Paula Doménica Avila Larriva, Joyce Annabelle Intriago Cárdenas		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Sánchez Giler Sunny Eunice		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de mayo de 2025	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Oncología, Endocrinología, Microbiología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Cáncer, Tiroides, Tiroglobulina, Tiroidectomía, yodo radioactivo, tipo histológico, Remisión.		
RESUMEN/ABSTRACT	<p><i>El cáncer de tiroides es una de las neoplasias más frecuentes a nivel endocrino y en la población femenina, y se considera las características clínicas, epidemiológicas, histológicas y terapéuticas para el correcto tratamiento y posterior remisión de esta patología. Objetivo: Caracterizar la remisión del cáncer tiroideo en pacientes tratados en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil durante el periodo enero a diciembre del 2023. Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal posterior a la revisión de historias clínicas, procedimientos de laboratorio y otras pruebas complementarias con diagnóstico de cáncer de tiroides en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo de Guayaquil en el periodo enero a diciembre del 2023. Resultados: Se obtuvo remisión del CDT en 101 pacientes, en especial en pacientes mujeres (82,44%) entre el grupo etario entre 45 a 59 años (39,69%), destacando los nódulos en cuello (83,97%), principalmente de tipo papilar (398 casos), como las características clínicas más comunes. Conclusión: La remisión del cáncer de tiroides, es frecuente en mujeres de 45 a 59 años, especialmente en pacientes sometidos a terapia dual. Los nódulos en cuello, principalmente de tipo histológico papilar, son las características clínicas más comunes. Una bioquímica excelente y una prueba de imagen negativo resulta fundamental para lograr la remisión en estos pacientes.</i></p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-9-8296-8956 +593-9-8296-8956	E-mail: pau-avila99@hotmail.es joyceintriagoc@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: +593- 982742221 E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			