



O-351 - TRATAMIENTO LOCORREGIONAL DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR INICIAL Y MUY INICIAL: ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA

C. García Bernardo, M. Varela Calvo, S. Sanmartino González, A. Prieto Fernández, A. Mesa Álvarez, M. Pipa Muñiz, I. González-Pinto Arrillaga y L. Vázquez Velasco

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: Analizar retrospectivamente los resultados en supervivencia de tres opciones de tratamiento en pacientes cirróticos con CHC en estadio BCLC-0 y BCLC-A no candidatos a trasplante hepático.

Métodos: Entre enero de 2008 y marzo de 2013, 94 pacientes con cirrosis y CHC estadio BCLC “inicial” o “muy inicial” fueron sometidos a procedimientos terapéuticos distintos al trasplante hepático. La opción de tratamiento fue elegida en el Grupo Interdisciplinar de CHC de nuestro hospital atendiendo a criterios que incluyeron características, número y localización de los nódulos, etiología de la enfermedad hepática y condicionantes de la historia sociosanitaria del paciente. El diagnóstico se estableció por criterios de imagen aceptados en nuestro grupo. Se excluyeron los pacientes que recibieron un tratamiento de rescate bien trasplante u otro procedimiento por progresión de la enfermedad o por características del tumor si este fue resecado. El criterio de juicio fue la respuesta objetiva y la supervivencia tras el primer procedimiento terapéutico. Se construyó una base de datos con 23 ítems y los resultados fueron analizados con SPSS.17

Resultados: 94 pacientes, 74 hombres y 20 mujeres cumplían criterios de CHC “inicial” o “muy inicial” de la clasificación BCLC. La etiología de la enfermedad hepática fue: 45 alcohol, 32 VHC, 4 alcohol-VHC. 40 recibieron radiofrecuencia (RFA), 28 DebTACE y 16 resección quirúrgica (RQx). No hubo diferencias significativas en la distribución por sexos, edad media, función hepática basal y etiología aunque la hepatopatía por virus C estaba presente en el 45% de los tratados con RF ($p = 0,036$). Dos pacientes fallecieron en relación con el procedimiento (RFA/DebTACE). Los tumores que recibieron RF eran de menor tamaño que los sometidos a DebTACE y RQx (22,3 vs 29 y 30,9 mm respectivamente, $p = 0,0001$). La respuesta fue evaluada con prueba de imagen a los dos meses del procedimiento. El 80,4% tuvieron respuesta completa o parcial. En 16 pacientes (17,4%) hubo progresión de la enfermedad o no respuesta. En 58 pacientes-63% la respuesta fue completa y en 16-17,4% parcial. La mediana de supervivencia fue de 50,92 meses (IC95%: 36,82-65,02). No hubo diferencias significativas en la supervivencia con cada uno de los procedimientos: RF: 50,92; DebTACE: 35,40; RQx: 58,36 ($p = 0,110$). La mediana de supervivencia de los pacientes con respuesta completa tras el primer tratamiento fue de 59,7 meses frente a 34,15 de los que presentaron respuesta parcial, progresión o recidiva ($p = 0,022$). En el análisis multivariante de la supervivencia, la respuesta completa es la única variable independiente con influencia. En 41 pacientes sin HTP, uno o dos nódulos y buena función hepática basal, la DebTACE presentó peores resultados en cuanto a la respuesta completa (42,85% frente al 94,11% y 75% de RFA y RQx; $p = 0,023$) y supervivencia (39,18 meses frente a 45,66 y 58,36 respectivamente; $p = 0,307$).

Conclusiones: En nuestra serie, el único factor pronóstico independiente de supervivencia es la respuesta completa al tratamiento inicial. Los pacientes sometidos a RQx presentan mejor supervivencia tanto en la serie completa como en el grupo de pacientes a priori más favorables aunque esta diferencia no es significativa, quizás por el reducido número de casos.