



V-053 - HEPATECTOMÍA CENTRAL TRAS TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON RADIOEMBOLIZACIÓN

Claret de Castro, Rosa; Zárate Pinedo, Alba; Pardo Aranda, Fernando; Espín Álvarez, Francesc; Cremades Pérez, Manel; Sentí i Farrarons, Sara; Lucas Guerrero, Victoria; Cugat Andorrà, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: El hepatocarcinoma (HCC) representa el tumor maligno primario más frecuente del hígado. Aunque la resección quirúrgica ofrece una opción potencialmente curativa en pacientes con función hepática conservada, muchos casos no son inicialmente resecables debido al volumen tumoral o a una distribución desfavorable. En este contexto, las terapias locorregionales como la radioembolización transarterial (TARE) pueden actuar como tratamiento puente, permitiendo reducción tumoral y estimulación del crecimiento compensatorio del hígado remanente. Presentamos un caso de HCC central tratado exitosamente con TARE como neoadyuvancia seguida de hepatectomía central.

Caso clínico: Varón de 71 años con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia, consulta en diciembre de 2023 por dolor en hipocondrio derecho y fiebre. Se diagnostica colecistitis aguda mediante ecografía, que también identifica una lesión sólida irregular de 75 mm en segmento IV. Tras manejo conservador del cuadro infeccioso, se completa el estudio en nuestro centro con tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), que evidencian una masa hepática heterogénea de 65 mm en segmento IV, con realce arterial y lavado en fases tardías, compatible con hepatocarcinoma sobre hígado sano. Se discute el caso en comité multidisciplinar. Debido al tamaño tumoral y localización central, se considera que la resección quirúrgica inicial no es viable por riesgo de insuficiencia hepática posoperatoria o márgenes quirúrgicos comprometidos. Se decide realizar tratamiento locorregional con TARE. Se efectúa planificación angiográfica y posteriormente se administra radioembolización con holmio-166 a través de tres ramas arteriales, alcanzando una dosis tumoral de 227 Gy y una exposición global hepática de 30 Gy. En el seguimiento a los seis meses, el TC y la RM evidencian una reducción del tamaño tumoral a 46 mm, hipertrofia del lóbulo hepático izquierdo y persistencia de captación dinámica compatible con tumor viable. Se reconsidera la opción quirúrgica, y se propone para hepatectomía central abierta. Se realiza laparotomía, movilización del hígado y maniobra de *hanging*. Se resecan los segmentos IV, V y VIII tras disección portal y venosa, con control vascular selectivo y hemostasia cuidadosa. La cirugía transcurre sin incidencias.

Discusión: La radioembolización como terapia neoadyuvante ha demostrado ser útil en pacientes con hepatocarcinomas inicialmente no resecables, no solo por su efecto citotóxico sino también por su capacidad de inducir hipertrofia en el parénquima no tratado, ampliando las indicaciones quirúrgicas. En este caso, el tratamiento permitió una resección curativa preservando la función hepática.