



## OR-144 - RADIOEMBOLIZACIÓN LOBAR CON Y<sup>90</sup> COMO ESTRATEGIA NEOADYUVANTE Y DOWNSTAGING A CIRUGÍA EN CARCINOMA HEPATOCELULAR

Fernández Martínez, María; Morales Taboada, Álvaro Gregorio; López Baena, Jose Ángel; Cuende Diez, Miguel; Díaz-Zorita Aguilar, Benjamín; Velasco Sánchez, Enrique; Rodríguez-Bachiller Villaronga, Luis; Colón Rodríguez, Arturo

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La cirugía es el tratamiento de elección para determinados pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) estadio BCLC 0 y A. Su principal factor limitante, en ausencia de hipertensión portal, es la presencia de un volumen hepático remante (VHR) insuficiente. La radioembolización con Y<sup>90</sup> (REY<sup>90</sup>) se postula como una opción capaz de producir hipertrofia mientras que de manera simultánea trata el tumor y permite testar su biología. Además, la REY<sup>90</sup> supone una opción de tratamiento para CHC estadio BCLC B y C logrando en ocasiones un *downstaging* permitiendo posteriormente rescate con cirugía.

**Objetivos:** Determinar la seguridad y factibilidad de tratamiento del CHC con la estrategia REY<sup>90</sup> seguido de cirugía tanto en opción neoadyuvante como en *downstaging*.

**Métodos:** Estudio retrospectivo sobre base prospectiva de pacientes con CHC intervenidos entre 2016 y 2021 tratados previamente con REY<sup>90</sup>. La RE se realiza siguiendo la secuencia de arteriografía, planificación con macroagregados de albúmina marcados con Tc<sup>99</sup> e instilación de esferas precargadas con Y<sup>90</sup> previo cálculo de dosis ajustada al volumen tumoral y lobar. Se recogen variables demográficas, cálculo de volumetrías (cc y %), respuesta radiológica con criterios RECIST modificados, datos sobre la intervención quirúrgica, complicaciones posoperatorias, anatomía patológica y seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes (mediana edad 58 años, 88,5% varones). El 76,5% de los pacientes presentaban un ECOG 0. La etiología más frecuente de la cirrosis fue VHC (64,7%) seguido de OH (23,5%). En cuanto al estadio BCLC, el 47,1% eran BCLC A, 29,4% estadio B y 23,5% estadio C. 4 pacientes recibieron inmunoterapia asociada a la REY<sup>90</sup>. La mediana del gradiente de presión venosa hepática pre REY<sup>90</sup> fue 6,5 mmHg ± (IQR 3,1-10,7). Se realizaron 15 embolizaciones lobares derechas y 2 izquierdas. Según criterios RECIST modificados tras la REY<sup>90</sup> el 35,3% presentaron respuesta radiológica completa, el 41,2% respuesta parcial y el 17,6% tuvieron enfermedad estable. En la estrategia neoadyuvante todos los pacientes llegaron a cirugía sin progresión. La mediana de VHR (%) pre REY<sup>90</sup> y precirugía fue del 0,38 ± (IQR 0,3-0,54) y 0,71 ± (IQR 0,6-0,8) respectivamente, con un% hipertrofia del VHR del 0,46 ± (IQR 0,23-0,94). El 47,1% de las cirugías se realizaron por vía laparoscópica, y ninguno de ellos precisó transfusión intraoperatoria. Ningún paciente presentó complicaciones Clavien-Dindo III-IV. La mediana de estancia en UCI y estancia global fue de 2 y 6,5 días respectivamente sin mortalidad a 30 días. En el estudio anatomo-patológico de la pieza de resección, 1 paciente no presentó respuesta tumoral, 3 pacientes presentaban un% de respuesta del 1-49%, 6 pacientes entre el 50-99% y 7 pacientes tenían respuesta

patológica completa sin tumor viable. La tasa de recidiva fue del 35,3% con una mediana de seguimiento de 32 meses.

**Conclusiones:** la REY<sup>90</sup> previa a cirugía se postula como una estrategia de tratamiento segura y factible en cualquier estadio de la BCLC, tanto en escenario neoadyuvante en pacientes con tumores con riesgo alto de recidiva o VHR insuficiente desempeñando un papel clave para lograr hipertrofia y testar biología tumoral; como en escenario de *downstaging* y rescate posterior con cirugía.