



www.elsevier.es/cirugia

O-163 - TROMBOSIS PORTAL TUMORAL SECUNDARIO A HEPATOCARCINOMA. ¿CONTRAINDICACIÓN AL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Adriano Castro, Roberto; Rodríguez García, Alejandro; Reguero Fernández, Cristina; Zambrano Cárdenas, Kevin; Maupoey Ibáñez, Javier; Rubín Suárez, Ángel; Montalvá Orón, Eva; López-Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tipo más común de cáncer primario de hígado. La trombosis tumoral de la vena porta (TTVP) se considera una de las complicaciones de peor pronóstico y afecta al 16-30% de los pacientes. Hasta hace algunos años su aparición limitaba a estos pacientes a terapia sistémica paliativa. Una modalidad de terapia locorregional es la radioembolización transarterial (TARE), con infusión de itrio-90 (Y90), que ha demostrado ser un tratamiento seguro y eficaz para los pacientes con CHC que asocian TTVP permitiendo rescatar algunos casos con factores pronósticos favorables y realizar una técnica curativa posterior como el trasplante hepático.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia con el uso de la terapia TARE en paciente afectos por CHC con TTVP asociada, con intención de rescate para un tratamiento curativo mediante trasplante hepático.

Métodos: Estudio retrospectivo de la serie de pacientes atendidos desde enero del 2018 a marzo de 2024 que presentaban CHC con TTVP a los que se realizó la terapia TARE ($n = 23$). Se planteó el trasplante hepático a aquellos pacientes con respuesta completa radiológica de la TTVP y que tras un periodo de observación de 6 meses post-TARE mantenían criterios Milán.

Resultados: Predominaron los pacientes del género masculino ($n = 21, 91,3\%$). El 87% de la muestra presentaba cirrosis hepática y la causa más frecuente de esta fue el VHC en un 56,5%. El 30% había recibido como terapia locorregional previa la ablación por radiofrecuencia (13%) y la quimioembolización transarterial (TACE) (17%). La mediana del tamaño tumoral fue de 53 mm (3-100 mm) y la media del número de lesiones fue de 1,34 (1-5). La respuesta completa (RC) radiológica de la TTVP se alcanzó en 6 casos (26,1%), coincidiendo además con una RC del CHC. En estos casos se realizó el trasplante hepático con fin curativo. De estos, 3 (50%) presentaban TTVP tipo 1, 2 casos (33,3%) tipo 2 y 1 caso (16,7%) tipo 3 de la clasificación de Cheng. En el estudio anatomo-patológico el 100% había presentado RC de la TTVP, 5 pacientes presentaron ausencia de viabilidad tumoral del CHC y en un paciente se observó 50% de necrosis del tumor. Hasta la fecha no se ha observado recurrencia de la enfermedad en ninguno de los pacientes transplantados con una mediana de seguimiento de 41 meses (25-54 meses) desde el trasplante hepático. La supervivencia media global en la serie estudiada fue de 23,9 meses (1-70) tras TARE, siendo de 6,9 meses (1-15) en aquellos que no tuvieron respuesta o presentaron progresión de la enfermedad e incrementándose a 42,8 meses (58-13) en los pacientes en que se obtuvo buena respuesta radiológica y a 54,5 meses (39-70) en los pacientes transplantados.

Conclusiones: El tratamiento con TARE es una alternativa segura y efectiva en pacientes con CHC y TTVP. Su uso como terapia única o combinado con otras técnicas sistémicas como, la inmunoterapia, ha supuesto un avance prometedor en el tratamiento integral de estos pacientes permitiendo rescatar para un tratamiento curativo un porcentaje de pacientes con buena respuesta a las mismas.