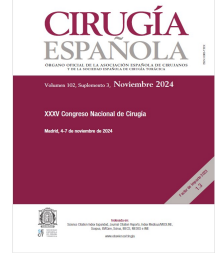




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-039 - SELECCIÓN DE TERAPIAS PUENTE Y *DOWNSTAGING* PARA EL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA RADIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL? A *POOLED ANALYSIS*

López López, Víctor¹; Miura, Kohei²; Kuemmerli, Christoph³; Ferreras, David⁴; Cascales, Pedro¹; Sánchez Bueno, Francisco¹; Robles Campos, Ricardo¹; Ramírez Romero, Pablo¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ²Nigata University, Nigaja; ³University Center for Gastrointestinal and Liver Diseases Basel, Basel; ⁴Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

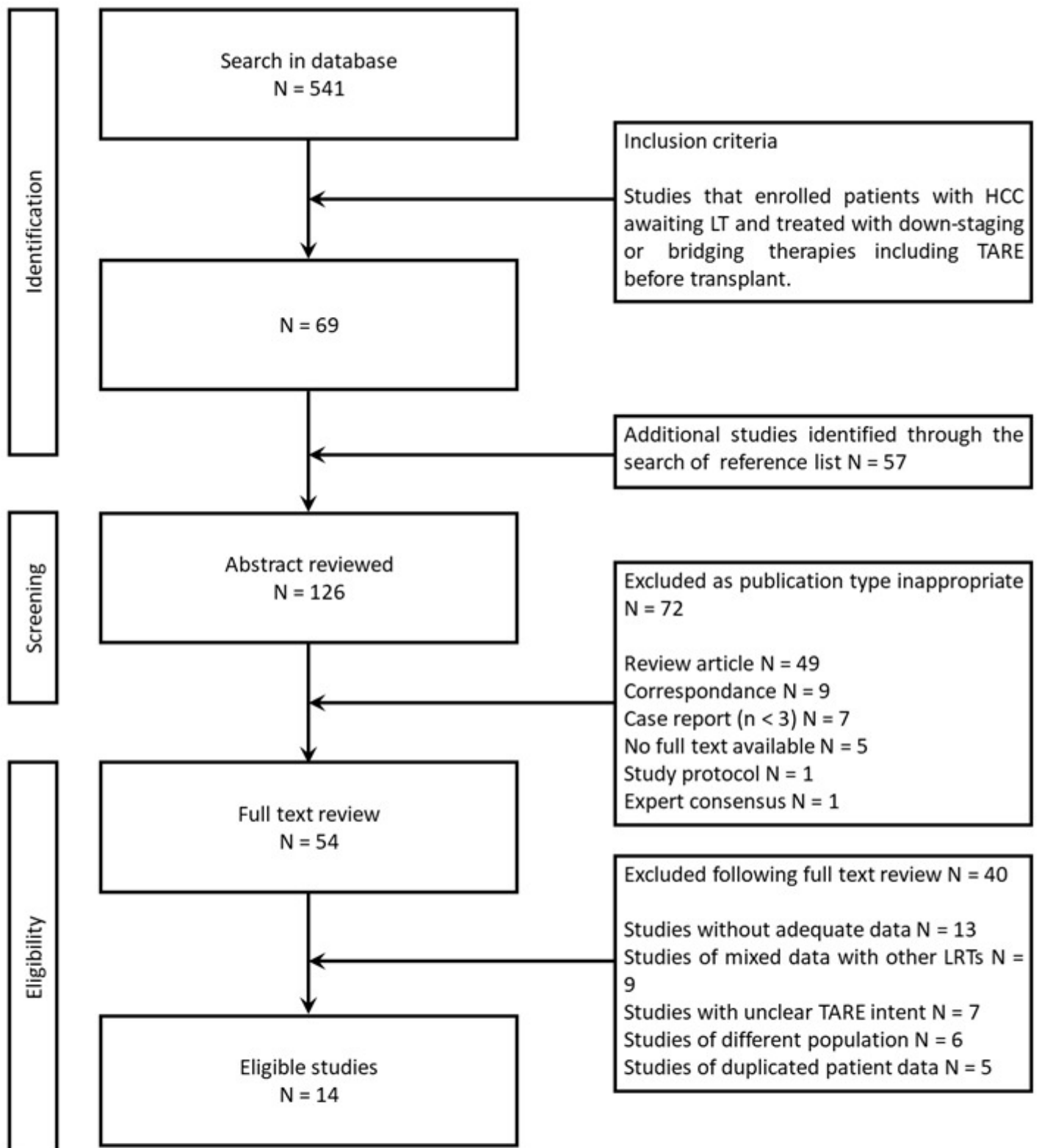
Resumen

Introducción: La radioembolización transarterial (TARE) en el hepatocarcinoma para trasplante hepático como *downstaging*/puente ha aumentado en los últimos años, pero algunos criterios de indicación aún no están claros.

Objetivos: El objetivo del estudio fue analizar en la literatura el papel de la TARE como terapia puente o *downstaging* en el manejo de pacientes candidatos a un trasplante hepático por un hepatocarcinoma.

Métodos: Realizamos una búsqueda bibliográfica sistemática de publicaciones de investigación primaria realizadas en las bases de datos PubMed, Scopus y ScienceDirect hasta noviembre de 2022. Se analizaron datos relevantes sobre la selección de pacientes, las características del hepatocarcinoma y los resultados oncológicos después de TARE para *downstaging* o puente en el trasplante hepático.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 estudios (7 *downstaging*, 3 puentes y 4 mixtos *downstaging* y puentes). La proporción de TARE de hígado entero estuvo entre 0 y 1,6%. Fueron necesarias múltiples intervenciones TARE entre el 16,7% y el 28% de los pacientes. El efecto de TARE sobre el hepatocarcinoma se resumió extrayendo datos de cada uno de los 14 estudios. La eficacia de TARE en tumores fue del 26,7%/49,2%/13,4%/10,7% para respuesta completa/respuesta parcial/enfermedad estable/progresión de la enfermedad en el grupo de reducción de estadificación, del 41,8%/34,1%/17,6%/6,6% en el grupo puente y del 30,8%/35,9%/33,3%/0,0% en el grupo mixto (fig.). La tasa de reducción de estadificación mediante TARE fue del 45,9% y 38,8% en los grupos de reducción de estadificación y mixto, respectivamente, y la tasa de rebrote del tumor después de TARE fue del 42,5%, 14,7% y 1,8% en los grupos de reducción de estadificación, puente y mixto, respectivamente. Las tasas de EP y las tasas de recurrencia de tumores tendieron a ser más altas en el grupo de reducción de estadificación, que trató el cáncer avanzado. Finalmente se trasplantó a un total de 55 de 204 pacientes en todos los estudios incluidos sometidos a TARE para reducir la estadificación. El único ensayo clínico aleatorizado incluido presenta una mayor respuesta tumoral con una tasa de reducción de estadificación para trasplante hepático de TARE que para TACE (9/32 vs. 4/34, respectivamente). Se detectaron tasas de efectos adversos de grado 3 o 4 entre el 15 y el 30% de los pacientes.



Conclusiones: TARE es una opción terapéutica segura con ventajas potenciales en su capacidad de necrosar y reducir el tamaño del hepatocarcinoma para la reducción de estadificación o puente en el trasplante hepático.