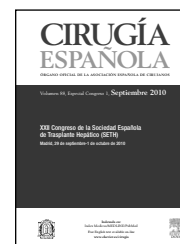


CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



MESA REDONDA I: HEPATOCARCINOMA

Tratamiento en lista de espera y *downstaging*

María Pleguezuelo Navarro

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

La progresión tumoral durante la espera de un trasplante hepático (TH) es la causa más frecuente de exclusión en pacientes con hepatocarcinoma (CHC). El riesgo de exclusión por progresión tumoral depende fundamentalmente de las características del tumor (tamaño y número de nódulos) y del tiempo de permanencia en lista de espera (LE). Las actuales políticas de priorización, que otorgan una mayor puntuación al CHC, así como el uso de tratamientos neoadyuvantes durante la espera en lista, son estrategias dirigidas a disminuir el riesgo de progresión tumoral. La necrosis provocada por técnicas locorregionales aplicadas sobre el CHC podría reducir el riesgo de progresión e incluso el de recurrencia postrasplante. Los métodos más utilizados para ello son la ablación percutánea con radiofrecuencia (RF), la inyección percutánea de etanol (IPE) y la quimioembolización transarterial (QETA). Estos procedimientos han demostrado prolongar la supervivencia en pacientes con CHC cuando se han usado como tratamiento primario; sin embargo, la ausencia de ensayos que determinen su utilidad para disminuir el riesgo de progresión en LE o para mejorar el pronóstico post-TH hace que su uso, la técnica de elección y el momento de aplicación sean temas aún controvertidos. Mediante la elaboración de modelos Markov se ha propuesto el uso de técnicas locorregionales cuando el tiempo medio en LE exceda los 6 meses. En la mayoría de los centros se ofrece a los pacientes con CHC en LE la posibilidad de realizar tratamiento locorregional con RFA o QETA; la decisión de la técnica dependerá del tamaño, número y localización del tumor, así

como de la disponibilidad en cada centro. Actualmente se está evaluando el papel de las nuevas terapias moleculares en este contexto. El uso de sorafenib podría ser coste-efectivo en tumores de alto riesgo con un tiempo en LE < 6 meses; sin embargo, aún se desconocen muchos factores, entre ellos los posibles efectos negativos de estos tratamientos en pacientes quirúrgicos. Hasta el momento no hay datos suficientes que permitan recomendar su uso en candidatos a TH.

El término *downstaging* se refiere al uso de tratamientos locorregionales para reducir la masa tumoral en un CHC que inicialmente excede los criterios de Milán, para convertirlo en candidato a TH. Actualmente no hay evidencia de que la recurrencia y la supervivencia tras el *downstaging* sean equivalentes a las de pacientes con CHC que inicialmente cumplen los criterios de Milán. Son necesarios períodos de seguimiento más prolongados, así como la estandarización de criterios que definan las indicaciones y la respuesta óptima del *downstaging*. El comportamiento biológico del CHC no depende únicamente del tamaño y el número de nódulos, la invasión vascular y el grado de diferenciación tumoral, sino que también se relaciona con el riesgo de recurrencia post-TH. Se ha propuesto la utilización de los tratamientos locorregionales como herramienta para seleccionar tumores de menor agresividad biológica, de modo que aquellos con respuesta mantenida se considerarían menos agresivos y, por tanto, candidatos óptimos a TH. La utilidad de esta estrategia está aún por determinar.