

ELSEVIER  
DOYMA

## CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



## MESA REDONDA I: HEPATOCARCINOMA

**Hepatocarcinoma. Criterios expandidos****Fernando Pardo***Servicio de Cirugía HPB y Trasplantes, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*

La mejor opción terapéutica para el hepatocarcinoma en pacientes cirróticos con hipertensión portal es, sin duda, el trasplante hepático. Al inicio de los programas de trasplante se trasplantaron grandes tumores, no resecables, incluso sobre hígado no cirrótico, y los resultados de supervivencia fueron muy pobres. A medida que se fueron consolidando los programas de trasplante en todo el mundo, quedó claro que había unos límites dentro de los cuales la supervivencia de estos pacientes era similar a la de pacientes trasplantados sin tumor. En 1996, la publicación por Mazzaferro de los famosos criterios de Milán marcó un hito para la indicación del trasplante en hepatocarcinoma. Los pacientes con un tumor único menor de 5 cm de diámetro o hasta 3 lesiones, ninguna mayor de 3 cm, tenían en su serie una excelente supervivencia. Estos criterios fueron asumidos por la UNOS y por la mayoría de centros de trasplante de todo el mundo.

Sin embargo, algunos centros no lo hicieron así, o no modificaron sus propios criterios, y diversos estudios han demostrado que los criterios de Milán son excesivamente conservadores y pueden expandirse. La estadificación radiológica no coincide con la patológica en muchos casos y distintas series han observado que cuando la estadificación patológica excede dichos criterios la recidiva es más frecuente, pero, de la misma manera, hay pacientes con menos enfermedad de la prevista por

los estudios de imagen. La invasión microvascular, que es el factor pronóstico más importante de recidiva, se relaciona directamente con el tamaño tumoral y con la diferenciación. Se necesitan por ello marcadores fiables y no invasivos que predigan con mayor exactitud el riesgo de recidiva.

El establecimiento de un límite para trasplantar hepatocarcinoma viene condicionado por la escasez de órganos. Por ello, es necesario que todas las indicaciones, no sólo el hepatocarcinoma, se ajusten a unos mínimos de supervivencia. Se ha dado en convenir que un 50 % de supervivencia a 5 años es el mínimo exigible para indicar un trasplante. La mayoría de las series publicadas han demostrado que los pacientes con hepatocarcinomas con criterios que superan los de Milán tienen supervivencias muy por encima de ese 50 %. De hecho, el propio Mazzaferro ha publicado un análisis multicéntrico en el que los pacientes dentro de los criterios up-to-seven (suma del número de nódulos y del tamaño del mayor no superior a 7) tienen una supervivencia superior al 70 % a 5 años. Por lo tanto, y dado que en este momento no disponemos de marcadores que definan el riesgo de invasión vascular de forma preoperatoria, parece que la expansión de los criterios de Milán puede beneficiar a muchos pacientes y en este sentido apuntan hoy casi todos los grupos de trasplante.