

MESA REDONDA II: HEPATOCARCINOMA

Tratamiento del carcinoma hepatocelular en lista de espera de Trasplante hepático

C. Valls

Unidad de Radiología Abdominal. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

El carcinoma hepatocelular (CHC) es la neoplasia primaria maligna más frecuente del hígado. La cirugía es el único tratamiento curativo, pero solo un 30% de los pacientes podrán ser operados. El Trasplante hepático es actualmente el mejor tratamiento para el CHC en estadio limitado ya que permite tratar a tanto la hepatopatía de base como el tumor. Sin embargo a pesar de las excelentes cifras de supervivencia a 5 años en pacientes bien seleccionados, si la lista de espera es larga, la progresión tumoral puede impedir el trasplante. Debido a ello la mayoría de grupos de trasplante realizan tratamiento neoadyuvante a los pacientes en lista de TH. El objetivo de este tratamiento es frenar la progresión tumoral, disminuir la tasa de drop-out y mejorar la supervivencia post TH. Las dos técnicas más usadas en este contexto son la quimioembolización transarterial y la radiofrecuencia percutánea. La quimioembolización consiste en una oclusión vascular mecánica del

aporte arterial tumoral con fibrina, Lipiodol y un agente quimioterápico. Esta técnica está especialmente indicada en tumores grandes o múltiples aunque la necrosis tumoral producida es muy variable (30-70%). La radiofrecuencia es una técnica de destrucción tumoral por calor que se realiza generalmente con guía ecográfica y tiene excelentes resultados de necrosis tumoral (90%) en tumores pequeños aunque algunas lesiones no son accesibles por esta técnica.

Ambas técnicas tienen un buen perfil de seguridad y el índice de complicaciones es bajo (3-4%). A pesar de que no disponemos de estudios randomizados que demuestren beneficio del tratamiento pre TH en CHC en términos de supervivencia o de disminución de la tasa de “drop-out”, el tratamiento neoadyuvante del CHC en lista de TH sigue siendo necesario en la mayoría de casos. Tanto la RF como la QE ofrecen resultados aceptables en este contexto.

Acceso al trasplante hepático del hepatocarcinoma en un modelo mixto de gestión de lista de espera por gravedad

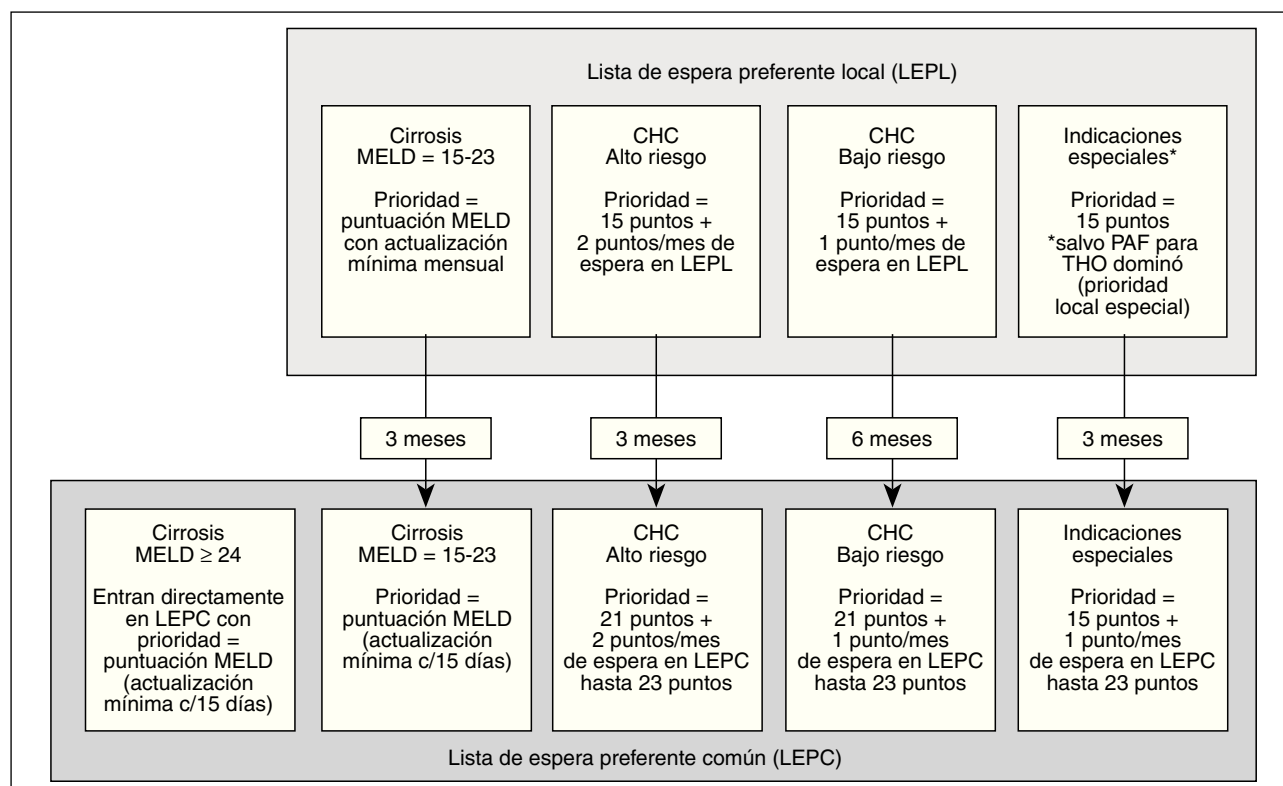
M.A. Gómez Bravo

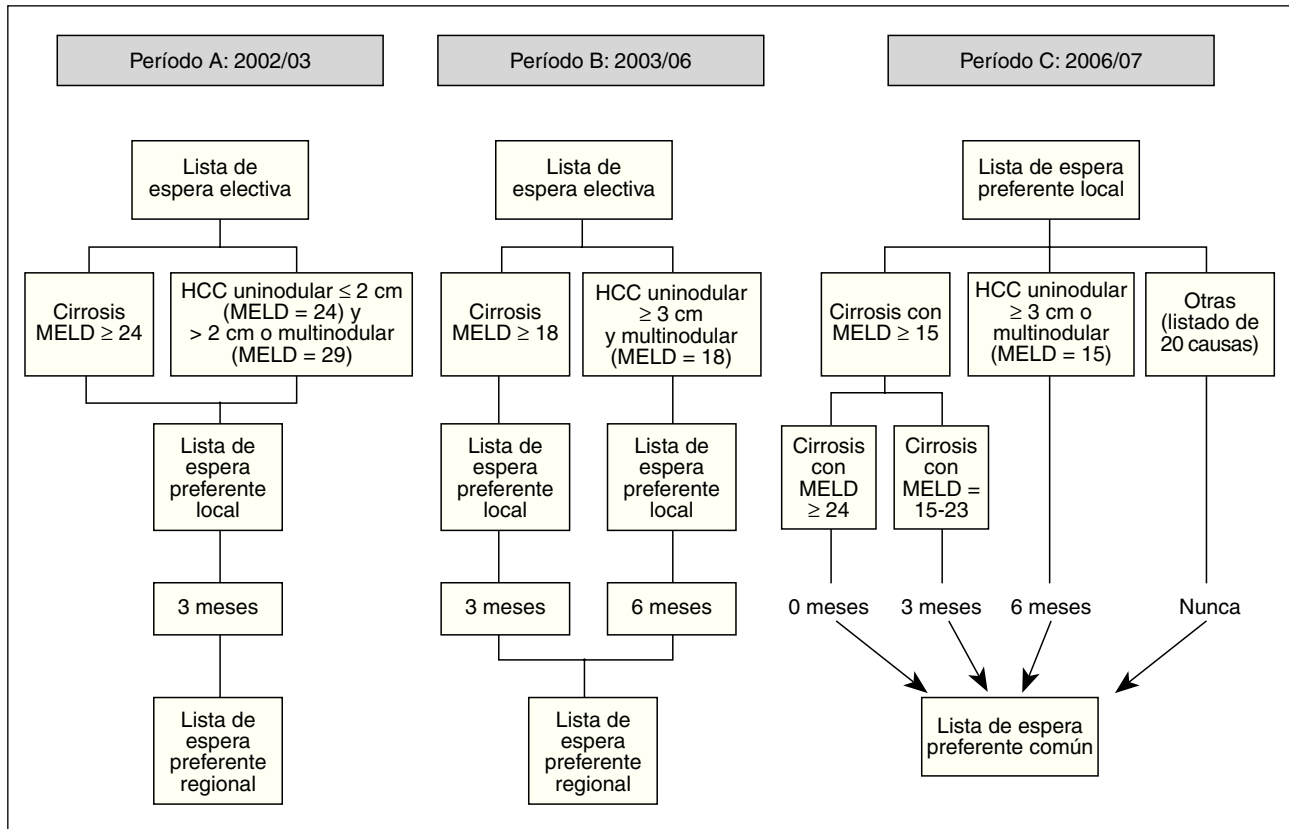
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

A pesar de tener en España una alta tasa de Donación, la mortalidad en Lista de espera es preocupante, este % aumenta si sumamos aquellos pacientes que abandonan la lista de espera por HCC avanzado, es por ello que establecer un consenso en el sistema de distribución de los órganos en los diferentes grupos de trasplantes puede ser determinante en la mortalidad pretrasplante hepático.

En Andalucía, a principios del año 2002, los cuatro Equipos de Trasplante Hepático, con la colaboración de la Coordinación Autonómica de Trasplantes, elaboraron un documento de consenso para homogeneizar diferentes aspectos del proceso de trasplante hepático, con especial énfasis en la gestión de la lista de espera (LE). Se definieron unos criterios de prioridad

por los que todos los equipos de trasplante se comprometían a adjudicar preferentemente los donantes a los pacientes con mayor grado de insuficiencia hepática (medido a través de la puntuación MELD) y a aquellos con hepatocarcinoma, incluidos en lista de espera según los criterios de Milán. Estos criterios se han ido modificando a lo largo del tiempo, fruto del análisis de los datos obtenidos con el modelo dinámico de gestión de la Lista de espera de Andalucía; donde con el objetivo de mejorar la accesibilidad al trasplante hepático y la supervivencia del mismo, así como identificar los pacientes con mayor probabilidad de muerte o exclusión en L.E., se han actualizado los criterios de priorización, con cambios significativos en los receptores con Hepatocarcinoma.





Nuevos aspectos del tratamiento del carcinoma hepatocelular

M. Varela

Servicio de Hepatología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) son tributarios de tratamientos curativos: resección quirúrgica, trasplante y ablación percutánea. En caso de contraindicación se derivan a quimioembolización transarterial hepática (TACE) paliativa. Hasta el momento éstos son los únicos procedimientos que han demostrado impacto en la supervivencia. El trasplante de donante vivo, el split y el trasplante de corazón parado son técnicas introducidas recientemente para ampliar el pool de donantes. Otro aspecto novedoso es la controversia sobre la ampliación de los criterios clásicos de Mazzaferro. El acceso laparoscópico, el mínimo tiempo de clampaje hiliar y los avances en los cuidados postoperatorios favorecen la ampliación de las indicaciones de la resección hepática. La combinación de TACE con radiofrecuencia obtiene mayor control tumoral aunque el impacto sobre la supervivencia no está establecido.

La TACE con esferas liberadoras (DEBs) no sólo obtiene mayores tasa de respuesta tumoral objetiva y supervivencia, sino que posee un perfil farmacocinético más favorable que la emulsión de adriamicina con lipiodol seguida de embolización.

La radioterapia con microesferas de ytrio90 se aplica a pacientes con CHC avanzado, sin embargo todavía no está determinado su impacto en la supervivencia.

Por último, un estudio multicéntrico aleatorizado controlado doble ciego fase III ha demostrado que el Sorafenib, inhibidor multiquinasa antiangiogénico de administración oral, aumenta significativamente el tiempo a progresión radiológica y la supervivencia de pacientes con CHC avanzado. Es por este motivo que este inhibidor se ha convertido en el tratamiento de elección de este grupo de pacientes.