Radiología. 2018;60(Espec Cong):566

Radiología

EMBOLIZACIÓN PORTAL: MATERIALES, VÍAS DE ACCESO Y RESULTADOS (NIVEL III)

E.Escalante Porrúa

Resumen

Objetivos docentes: 1. Comprender las indicaciones de la EPP. 2. Conocer sus principales aspectos técnicos. 3. Valorar las posibles asociaciones de la EPP a otras técnicas.

Discusión: La resección quirúrgica es el tratamiento curativo de 1ª elección en los tumores hepáticos, pero a menudo es necesaria una resección hepática extensa para conseguir márgenes seguros. Estas resecciones están limitadas por la imposibilidad de dejar un volumen hepático funcionante (futuro remanente hepático FRH) suficiente para la vida. Se han desarrollado varios métodos para conseguir un FRH seguro y así aumentar el número de pacientes resecables, pero el de mayor implantación es la embolización porta prequirúrgica (EPP) que pretende inducir la regeneración hepática mediante la oclusión de las ramas portales de los segmentos que serán resecados, provocando una respuesta fisiológica de hipertrofia del FRH, que en 4-6 semanas se incrementa 40-62%. El FRH mínimo se estima en: hígado sano: FRH > 20-25%; esteatohepatitis/quimioterapia prolongada: FRH > 30%; hígados comprometidos (enfermedad hepática crónica): FRH > 40%. Técnica: es importante conocer posibles variantes anatómicas portales (10-15%). Tipo de acceso: transhepático contralateral: embolización más fácil. Posibles daños al FRH. Transhepático ipsilateral: posibilidad de atravesar tumor; agentes embolizantes: se emplean gran variedad pero el cianoanoacrilato es el más efectivo. Resultados: éxito técnico: casi 100%. Tasa de resección: 70-80%. Motivos de no resección: no hipertrofia: 10-20%, progresión tumoral. Complicaciones: la mayoría son menores: 20-30%. Controversias: estímulo del crecimiento tumoral: El 15-30% de los pacientes con metástasis no serán resecables tras la EPP por progresión tumoral. Esto puede ser debido al estímulo hipertrófico junto al aumento del flujo arterial hepático (efecto buffer) producido al ocluir las ramas portales -los tumores hepáticos se nutren casi exclusivamente del flujo arterial hepático-. En esto se basan algunos estudios que aconsejan asociar la embolización arterial hepática a la EPP. Quimioterapia neoadyuvante post-EPP: para pacientes con QT pre-EPP se recomienda continuarla. Hay dudas sobre si podría retrasar la respuesta hipertrófica. EPP y embolización venosa hepática secuencial: Puede aumentar la hipertrofia del FRH. Se emplea como rescate en pacientes que no han hipertrofiado suficientemente su FRH.

Referencias bibliográficas

1. Abdalla EK, Adam R, Bitchik AJ, et al. Improving resectability of hepatic colorectal metastasis: expert consensus statement. Ann Surg Oncol. 2006;13:1271.
2. May BJ, Talenfeld AD, Madoff DC. Update on portal vein embolizacion: evidence-based outcomes, controversies and novel statratejies. J Vasc Interv Radiol 2013; 24:241.

© 2018 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.