

## Mesa Nuevos avances en oncología

---

### RADIOFRECUENCIA DE PULMÓN

J.M. Oliver Goldaracena<sup>1</sup>, R.A. de la Cruz Burgos<sup>2</sup>,  
T. Hernández Cabrero<sup>1</sup>, María Isabel Torres<sup>1</sup>,  
María Fernández Velilla<sup>1</sup>, J. Armijo Astrain<sup>2,3</sup>  
y V. Cuartero Revilla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Fundación Hospital Alcorcón, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario, Madrid.

La radiofrecuencia de pulmón (RFP) es una técnica no convencional (fuera de protocolo) de tratamiento del cáncer de pulmón no microcítico y de las metástasis pulmonares que se aplica con intención de destrucción local de la neoplasia. Se puede indicar en los pacientes inoperables por alto riesgo de mortalidad quirúrgica o en los que se haya agotado el resto de tratamientos convencionales (cirugía, radioterapia y quimioterapia). En el primer supuesto compite con la radiocirugía, que es una técnica mucho más aceptada en las guías oncológicas del manejo del carcinoma de pulmón. En ocasiones se podría complementar junto con la radioterapia convencional en el manejo del cáncer de pulmón inoperable.

En este contexto, para que podamos empezar con la RFP necesitamos que los oncólogos la conozcan (son los que nos van solicitar el procedimiento como salida asistencial a la mayoría de estos pacientes, ya que generalmente no tienen otro tratamiento posible). Además, debemos involucrarnos en el manejo de las lesiones pulmonares y en el carcinoma de pulmón, participando activamente en el comité de pulmón. De esta forma podremos ofrecer la RFP como opción de tratamiento a todos los pacientes que puedan beneficiarse de la misma. Si no estamos presentes en la decisión del manejo de los pacientes en el comité de pulmón, a pesar de que la técnica sea conocida, lo más probable es que pacientes que puedan beneficiarse de la RFP sean tratados de otra forma o se desestimen de cualquier otro tratamiento.

Otro punto importante en este procedimiento es colaborar estrechamente con los anestesiólogos y motivarles, ya que para ellos es una exploración muy comprometida (el tiempo de intervención es largo, son pacientes en ocasiones con un estado funcional pulmonar muy pobre, hay que privarles respiratoriamente para sedarlos y en este contexto el neumotórax o la hemorragia pulmonar son complicaciones que determinan una mortalidad relacionada con el procedimiento entre un 2-5%). Debemos elegir la aguja que nos permita ablacionar la neoplasia de forma completa, de tal forma que la longitud activa siempre tiene que superar el tamaño de la lesión. La aguja de Boston es la que más se utiliza ya que es la que mayor volumen tumoral puede necrosar (hasta 5 cm de diámetro). El segundo criterio de elección es elegir la aguja que actúe más rápido. La Cool-tip de Covidien o la aguja de microondas son más rápidas que las de Boston. Pero abarcan menos volumen tumoral. Lo ideal es contar con varios sistemas y elegir una u otra dependiendo del caso.

Los pacientes que se benefician de este procedimiento a largo plazo son pocos (en nuestra experiencia aproximadamente un 10%). En la mayoría de los casos la enfermedad metastásica o el carcinoma pulmonar recidiva en el primer año. Incluso, un porcentaje no despreciable de pacientes con carcinoma pulmonar en estadio I inoperables (en nuestra experiencia alrededor del 30%) pueden fallecer en el primer año después del procedimiento por la insuficiencia respiratoria derivada del enfisema pulmonar.

## PROSTATIC ARTERIAL EMBOLIZATION IN BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

João M. Pisco, Luís Campos Pinheiro y Tiago Bilhim

*Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas,  
Portugal.*

Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) is usually treated by medical drugs, minimally invasive surgically therapies or by prostatectomy by open surgery or by transurethral resection (TURP).

As an alternative there is Prostatic Artery Embolization (PAE) who is performed as an outpatient procedure under local anesthesia without sexual dysfunction and low complications rate.

Before PAE the following parameters should be evaluated: prostatic volume by rectal ultrasound, PSA, peak urinary flow, international prostatic symptoms score (IPSS), international index erectile function (IIEF) and \_\_\_\_\_ residual volume.

In order to evaluate the feasibility of PAE, Angio-CT needs to be performed for prostatic and iliac assessment of atherosclerosis.

With PAE there is reduction of prostate volume between 10 and 80% improvement of urinary symptoms with good short and medium term results.

The results of PAE in 92 patients will be shown.