



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



CO045 - RADIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL HEPÁTICA EN TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Juan José Martín-Marcuartu¹, José Luis Vercher-Conejero¹, Sandra Bondia-Bescós¹, Roberto Rafael Martín-Vaello², Gabriel Reynés-Llompart², Joana Valcárcel-José³, Elena Serrano-Alcalá³, Blanca Gener-Laquidain³ y Montserrat Cortés-Romera¹

¹Servicio de Medicina Nuclear-PET (ICS-IDI), Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España. ²Servicio de Física Médica, Institut Català d'Oncología, L'Hospitalet de Llobregat, España. ³Unidad de Radiología Intervencionista, Servicio de Radiología, L'Hospitalet de Llobregat, España.

Resumen

Objetivo: Analizar la técnica de radioembolización transarterial (TARE) y valorar la respuesta de los pacientes tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Análisis de pacientes tratados mediante TARE en nuestro centro entre febrero-2021/diciembre-2023. La planificación se realizó con 99mTc-MAA en TARE-90Y y con 166Ho en TARE-166Ho (MIM-Software SurePlanTM y Q-SuiteTM-Software respectivamente). El shunt hepatopulmonar (SHP) se calculó en el SPECT/TC con contraste. Se calculó la actividad y la dosis obtenida en la planificación (modelo de partición) y tras REH (modelo basado en voxel). Se reportaron las complicaciones del procedimiento (C) y los efectos adversos inmediatos (EAI) importantes posintervención.

La valoración de respuesta (VR) se obtuvo con parámetros morfológicos (TC/RM).

Resultados: Se realizaron 31 procedimientos a 27 pacientes (p) (media 61,23 años): 2p-tumores benignos y 29p-tumores malignos); 13p-TARE-lobectomía y 18p-REH-segmentectomía. Se excluyeron 7 pacientes pre/posplanificación (2 SHP/neumonitis, 1 riesgo colecistitis rígida, 4 otras). El SHP medio fue del 5,7% [0,32-9,5 Gy]. 21p TARE-90Y: Actividad planificada 3,47 GBq [1,00-9,00 GBq], administrada 3,03 GBq [0,90-9,27 GBq]. Dosis absorbida planificación vs. tratamiento: tumor 395,84 Gy [74,82-1.137,59 Gy] vs. 237,70 Gy [50,78-493,20 Gy]; pulmón 6,09 Gy [0,1-23,49 Gy] vs. 1,06 Gy [0,00-13,24 Gy]. 10p TARE-166Ho: Actividad planificada 7,75 GBq [3,15-13,00 GBq], administrada 7,77 GBq [2,54-12,92 GBq]. Dosis absorbida planificación vs. tratamiento: tumor 282,83 Gy [113,67-1.325,50 Gy] vs. 198,82 Gy [91,00-399,00 Gy]; pulmón 8,00 Gy [4,28-13,09 Gy] vs. 7,5 Gy [4-11 Gy]. Los pacientes no presentaron C/EAI y fueron dados de alta a las 24 horas postratamiento. En la VR se observó: respuesta completa (4p), respuesta parcial (16p), progresión local (2p), hipertrofia lóbulo no tratado (2p). 7p sin VR.

Conclusiones: Nuestra experiencia confirma la eficacia y seguridad de la TARE (90Y/166 Ho) en tumores malignos y benignos, obteniendo altas dosis durante la planificación y asumiendo altas dosis terapéuticas.