



O-349 - LA CIRUGÍA CON INTENCIÓN CURATIVA OFRECE MEJORES RESULTADOS QUE LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON HEPATOCARCINOMA EN ESTADIO B DE LA BCLC

A.B. Gallardo Herrera, J.M. Cabrera Bermón, R. Ciria Bru, A. Luque Molina, M.D. Ayllón Terán, J.L. Montero, M. de la Mata y J. Briceño Delgado

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Objetivos: La clasificación de Barcelona (BCLC) está ampliamente aceptada como referente del tratamiento del paciente cirrótico con hepatocarcinoma (HCC). Sin embargo, en su estadio B, la quimioembolización transarterial (TACE) ofrece una mediana de supervivencia de 20 meses (guías EASL 2013). EL objetivo ha sido analizar el impacto de la resección (Qx) en pacientes con HCC en estadio B frente a los estándares de guías EASL y AASLD en el Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba).

Métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte de pacientes en estadio B de la BCLC tratados mediante TACE o Qx entre enero 2006-diciembre 2012. Análisis comparativo t Student (variables cuantitativas-media (DE)) y chi-cuadrado (variables cualitativas-%). Análisis de supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y recurrencia (comparaciones mediante log-rank test y análisis multivariante tipo Cox). SPSS 15.0. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo de inclusión, 80 enfermos con HCC estadio B fueron tratados en nuestro centro (45 TACE y 35 Qx). La edad media fue de 66 (10) años. El número de nódulos fue de 1,84 (1,13), siendo significativamente superior en el grupo TACE [2,16 (1,15)] que en grupo Qx [1,43 (0,98)]. La supervivencia media es de 774,54 días (mediana de seguimiento de 615 días), con una mortalidad global del grupo TACE frente a Qx del 55,5% vs 31,4%, respectivamente. La supervivencia a 1-, 2- y 3-años del grupo TACE frente al de Qx es de 71,1%, 55,6% y 44,4% vs 80%, 71,4% y 68,6%, respectivamente ($p = 0,011$). La tasa global de recidiva del HCC en el grupo TACE frente al grupo Qx es de 44,4% frente al 34%, respectivamente. El tiempo medio hasta la recidiva fue de 484,24 (428,57) días, con una media de tiempo libre de enfermedad para los grupos TACE frente a Qx de 360,58 (378,46) días vs 643,23 (441,76) días, respectivamente ($p < 0,05$). El análisis multivariante con endpoint de supervivencia a 36 meses muestra que el tamaño del tumor (HR = 1,146 [1,029-1,276]) y el uso de TACE (HR = 4,048 [1,694-9,673]) fueron factores predictores de supervivencia global. El análisis multivariante con endpoint de supervivencia libre de enfermedad 36 meses muestra que únicamente la TACE (2,091 [0,995-4,395]) alcanzaría un valor cercano a la significación ($p = 0,052$). En un análisis univariante específico dentro del grupo Qx, presentó un especial buen pronóstico a 36 meses ($p = 0,04$) el grupo con buena o moderada diferenciación y ausencia de invasión vascular (92,3%) frente al resto de los grupos (54,5%) buena/moderada

diferenciación con invasión vascular (56,2%) y pobre diferenciación sin invasión vascular (66,7%) o con invasión vascular (33,3%). En el análisis multivariante específico de este subgrupo el factor de buena o moderada diferenciación sin invasión vascular se perfila como factor pronóstico de supervivencia (HR = 8,774 [1,116-68,986]) y de recidiva (HR = 10,733 [1,35-85,03]).

Conclusiones: El abordaje del estadio B de BCLC debe ser más complejo que el definido por la propia clasificación. La resección quirúrgica moderna ofrece una excelente supervivencia con adecuada seguridad postquirúrgica. Especialmente el grupo de pacientes con HCC bien o moderadamente diferenciado sin invasión vascular obtendría un gran beneficio de la cirugía.