



## P-520 - DOWNSTAGING Y TERAPIAS PUENTE PARA EL HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO ¿CUÁL ES EL PAPEL DE LA RADIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL? UN ANÁLISIS CONJUNTO

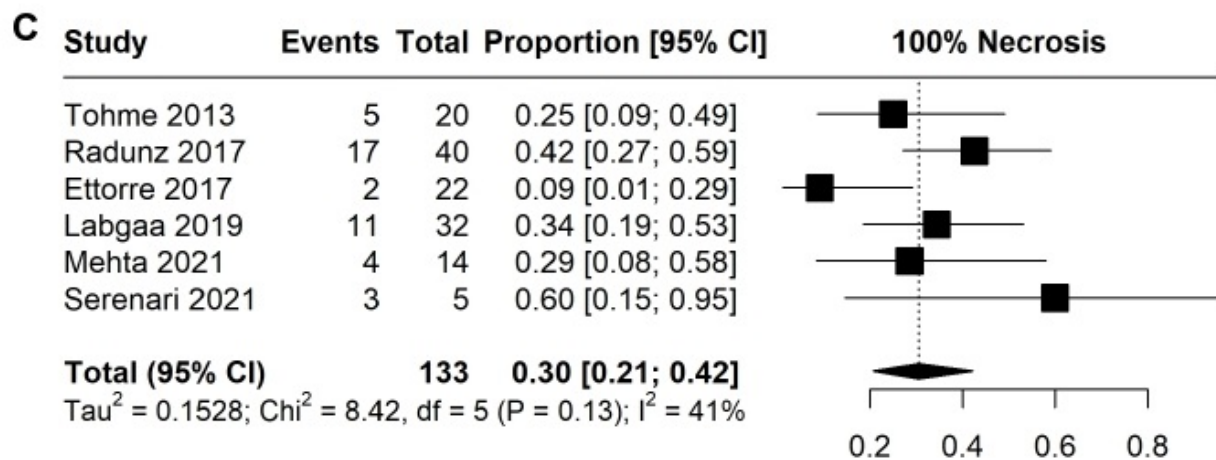
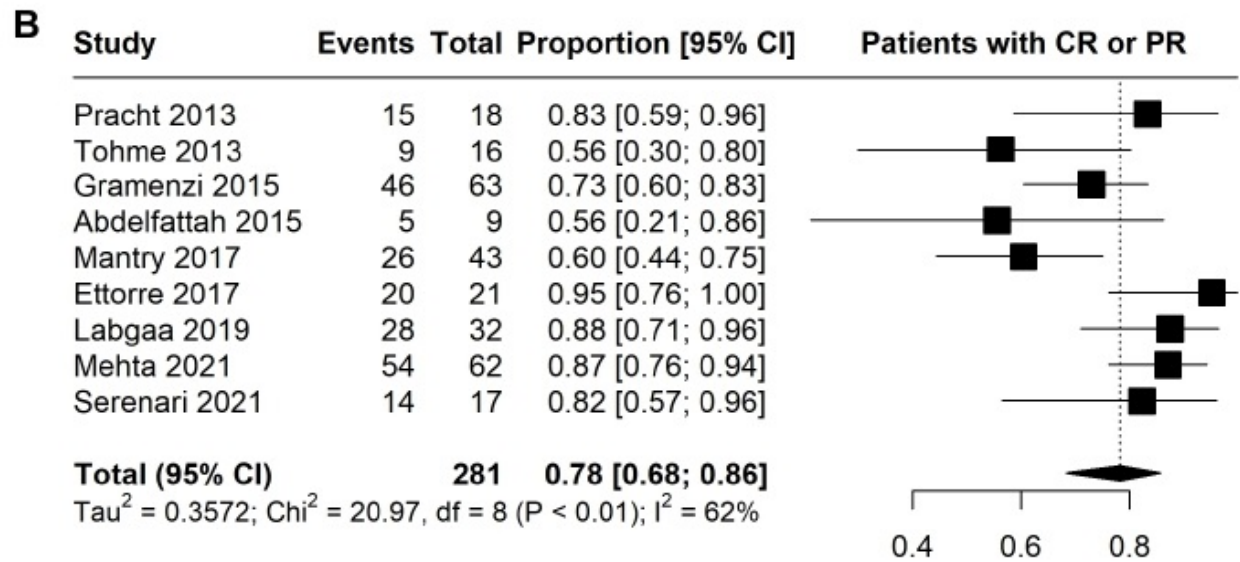
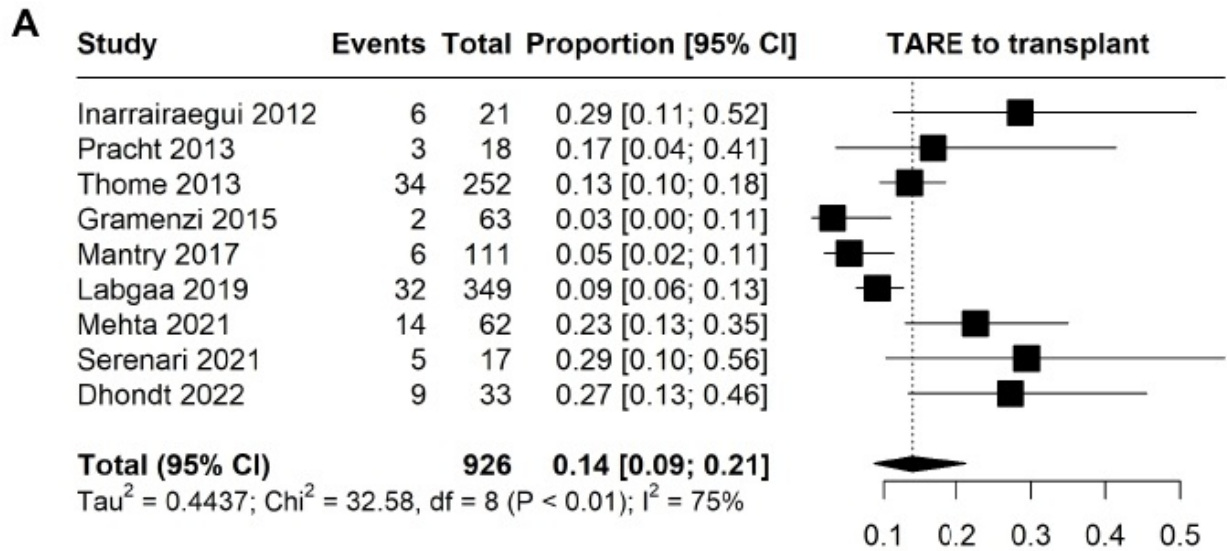
López López, Víctor<sup>1</sup>; Miura, Kohei<sup>2</sup>; Kuemmerli, Christoph<sup>3</sup>; Capel, Antonio<sup>1</sup>; Ferreras, David<sup>1</sup>; Sánchez Bueno, Francisco<sup>1</sup>; Robles Campos, Ricardo<sup>1</sup>; Ramírez, Pablo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Niigata, Niigata; <sup>3</sup>Hospital Universitario de Clarunis, Basel.

### Resumen

**Objetivos:** La utilidad de la radioembolización transarterial (TARE) como tratamiento ha sido avalada por diferentes autores y recomendada por un grupo de trabajo multidisciplinar en cuanto a su seguridad, eficacia y viabilidad para la resección quirúrgica de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) *borderline*-resecable. Por el contrario, en el campo del trasplante hepático (TH), el papel de la TARE es objeto de debate y aún no existen directrices claras y unificadas para su indicación. **Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática de publicaciones de investigación primaria realizada en las bases de datos PubMed, Scopus y ScienceDirect hasta noviembre de 2022. Se analizaron los datos relevantes sobre la selección de pacientes, las características del CHC y los resultados oncológicos después de la TARE para *downstaging* o terapia puente en el TH.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 14 estudios (7 *downstaging*, 3 *bridging* y 4 mixtos *downstaging* y *bridging*). Los resultados se muestran en la figura. La mediana de supervivencia agrupada tras la LT fue de 7,77 años (heterogeneidad del 25,5%) y la supervivencia a 5 años fue del 69,4% (IC95%: 50,1-83,6). La proporción de TARE en todo el hígado osciló entre el 0 y el 1,6%. Fueron necesarias múltiples intervenciones de TARE en el 16,7% hasta el 28% de los pacientes. La eficacia de la TARE en los tumores fue de 26,7%/49,2%/13,4%/10,7% para RC/RP/EE/PE en el grupo de reducción de *downstaging*, 41,8%/34,1%/17,6%/6,6% en el grupo de terapia puente, y 30,8%/35,9%/33,3%/0,0% en el grupo mixto. Un total de 55 de 204 pacientes de todos los estudios incluidos sometidos a TARE para la estadificación descendente fueron finalmente trasplantados. El único ECA incluido presenta una mayor respuesta tumoral con la tasa de estadificación descendente para la LT de TARE que de TACE (9/32 frente a 4/34, respectivamente). Se detectó una tasa de efectos adversos de grado 3 o 4 entre el 15 y el 30% de los pacientes.



**Conclusiones:** El uso de TARE es una alternativa en pacientes con CHC avanzado no aptos inicialmente para resección o TH. Esta terapia locorregional puede utilizarse especialmente en aquellos pacientes con tumores fuera de los criterios establecidos para TH pero con posibilidades de

rescate debido al tamaño o número de lesiones. También puede utilizarse con seguridad en pacientes con trombosis de la vena porta. Si cumple los criterios de indicación establecidos y puede rescatar pacientes para el TH.