



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-279 - RADIOEMBOLIZACIÓN ARTERIAL CON HOLMIO-166: UN PUENTE HACIA LA CIRUGÍA HEPÁTICA. EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN SOLO CENTRO

Sentí Farrarons, Sara; Pardo, Fernando; Sampere, Jaume; Moragas, Gloria; Cremades, Manel; Espin, Francesc; Navinés, Jordi; Cugat, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Objetivos: La radioembolización (TARE) permite administrar de forma superselectiva una dosis alta de radiación intratumoral hepática. El radioactivo más utilizado es el Ytrio-90 (Y90), si bien desde 2015 se dispone de Holmio-166 (H166), con potenciales ventajas técnicas. Presentamos una serie de pacientes tratados con H166 neoadyuvante, y se analiza la respuesta tumoral tras la TARE, el tipo de cirugía, morbilidad posoperatoria según Clavien-Dindo (CD) y seguimiento.

Métodos: Desde febrero de 2018 se han realizado 43 procedimientos: 19 con H166 y 24 con Y90. De los pacientes tratados con H166, 9 casos fueron con intención neoadyuvante inicialmente no resecables. 5 hombres y 4 mujeres con una edad media de 56,6 años (DE 18,7) e IMC medio de 25,5 (DE 3,6). 2 (22,2%) pacientes fueron clasificados como ASA I, 3 (33,3%) ASA II, 2 (22,2%) ASA III y 2 (22,2%) ASA IV. El diagnóstico en 5 casos (55,5%) fue hepatocarcinoma, 2 (22,2%) colangiocarcinomas, un caso (11,1%) de un adenoma hepático gigante, y un caso (11,1%) de metástasis de cáncer colorrectal.

Resultados: El tamaño tumoral medio fue de 10,4 cm (DE 3,5), con un volumen mediano de 326,5 cc (72-1314). 8 (88%) pacientes se sometieron a una única sesión de TARE con H166 y un (12%) paciente recibió dos sesiones. No se describió morbimortalidad asociada al procedimiento. El tamaño tumoral medio post TARE fue de 8,71 cm (5,5-11), con un volumen de remanente hepático del 35% (31-39%). De los 9 pacientes incluidos, 5 fueron intervenidos, 3 presentaron progresión de la enfermedad tras el tratamiento y un paciente está pendiente de evaluación post-TARE. El tiempo medio desde la radioembolización hasta la cirugía fue de 8,6 meses (DE 2,9). El procedimiento quirúrgico más frecuente fue la hepatectomía derecha. En un caso se realizó una hepatectomía central con exclusión vascular total, en otro caso una triseccionectomía derecha con resección de vena cava y prótesis sustitutiva de PTFE. El tiempo medio de cirugía fue de 298 (DE 68,8) minutos, con una estancia hospitalaria mediana de 6 (2-10) días. 1 paciente presentó una colección intraabdominal que requirió drenaje ecoguiado (CD IIIa) y 1 paciente resultó *exitus* (CD V) por insuficiencia hepática aguda grave. El tamaño medio tumoral fue de 10 cm (6,8-13) y el 80% se consideraron R0. Todos los pacientes se encuentran vivos libres de enfermedad.

Conclusiones: La TARE para tumores hepáticos es una modalidad de tratamiento que combina el efecto de reducción de volumen tumoral y minimiza el riesgo de progresión tumoral hasta la cirugía

con intención curativa inicialmente no tributarios de cirugía. El H166 parece una alternativa real y segura como tratamiento puente al rescate quirúrgico en pacientes con enfermedad oncológica hepática.