



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-142 - DOBLE FUNCIÓN DE LA TARE PARA HCC GIGANTE

Caula Freixa, Celia; Albiol Quer, Maite; Casellas Robert, Margarida; Castro Gutiérrez, Ernest; Falgueras Verdaquer, Laia; López-Ben, Santiago

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

Resumen

Introducción: El hepatocarcinoma comprende el 75-85% de los tumores primarios de hígado y es la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo. Los factores de riesgo principales son la hepatopatía crónica vírica, la relación con el alcohol y el síndrome metabólico. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, tomografía o resonancia magnética, que muestran una intensa captación en fase arterial y un posterior lavado en fase venosa (*washout*). Para evaluar el pronóstico de hepatocarcinoma se ha de considerar no solo el estadio tumoral, sino también la función hepática y la presencia de síntomas relacionados con el tumor. En función de estos parámetros los pacientes pueden ser tratados mediante cirugía resectiva, trasplante, tratamientos ablativos locales, quimio/radioembolización o tratamientos sistémicos según el esquema BCLC (Barcelona-Clinic-Liver-Cancer). La radioembolización transarterial (TARE) con itrio 90 (90Y) permite realizar una terapia dirigida a altas dosis de radiación beta dirigida a parénquima tumoral preservando el parénquima sano. Sus indicaciones iniciales eran casos de hepatocarcinoma avanzado pero actualmente ya se utiliza como neoadyuvancia en pacientes tributarios a tratamientos curativos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 68 años diagnosticada de un hepatocarcinoma gigante sobre hígado sano. Empieza el estudio hepático por alteración analítica de enzimas de colestasis. Se completa el estudio con una resonancia magnética que pone de manifiesto una masa hepática con focos de sangrado y necrosis central. Plantea el diagnóstico diferencial entre hepatocarcinoma fibrolamelar, colangiocarcinoma y hemangioma cavernoso. Se realiza una biopsia que confirma el diagnóstico de hepatocarcinoma poco diferenciado. Analíticamente muestra CEA y Ca 19,9 normales y alfafetoproteína de 23.132. Se presenta en comité multidisciplinar y se plantea radioembolización con intención de reducción de tamaño. Se plantea una hepatectomía central con extensión a segmento 4b que se realiza a los 8 meses después de la radioembolización por vía laparoscópica. Mediante abordaje extraglissoniano se realiza una resección anatómica del pedículo anterior derecho y del segmento 4b, delimitando las áreas isquémicas mediante la infusión de verde de indocianina endovenosa. Se realiza clampaje hiliar intermitente durante 98 minutos para realizar la transección hepática. La paciente presenta una buena evolución posoperatoria siendo dada de alta a los 4 días posoperatorios con una función hepática normal. La anatomía patológica muestra un único hepatocarcinoma de 13 cm moderadamente diferenciado con áreas de extensa necrosis (45% del volumen tumoral), márgenes libres a 0,5 cm. Actualmente sigue controles en consultas externas de cirugía hepatobiliar y hepatología, se mantiene libre de enfermedad al año de la cirugía.

Discusión: El hepatocarcinoma plantea un reto terapéutico para el equipo multidisciplinar que diagnostica a este grupo de pacientes. La radioembolización puede ofrecer opciones terapéuticas quirúrgicas a pacientes que sobre todo por volumen tumoral no serían tributarios de este manejo. Asimismo, la cirugía mínimamente invasiva ofrece a estos pacientes una mejor recuperación posoperatoria y una mínima alteración de la hemodinamia hepática.