

O-013 - PAPEL DE LA TERAPIA RETA EN HEPATOCARCINOMA EXTRA-MILÁN CON INTENCIÓN *DOWNSTAGING*

Gutiérrez, Carmen; Serrano Molina, Alba María; Nieto, Marta; Martínez Chicote, Cristina; Hernado, Ana; Maupoey, Javier; Montalvá, Eva; López-Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

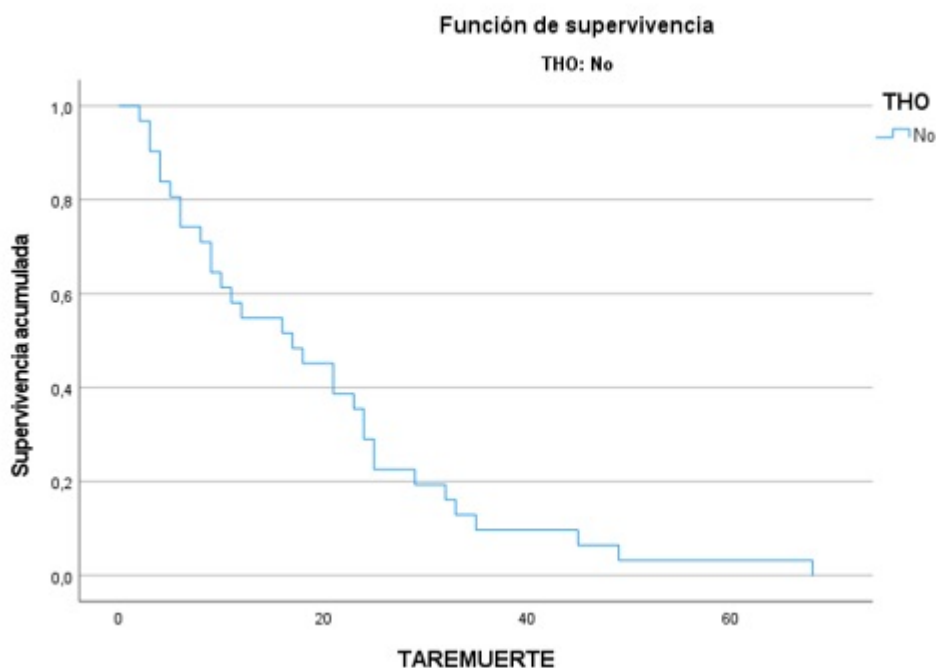
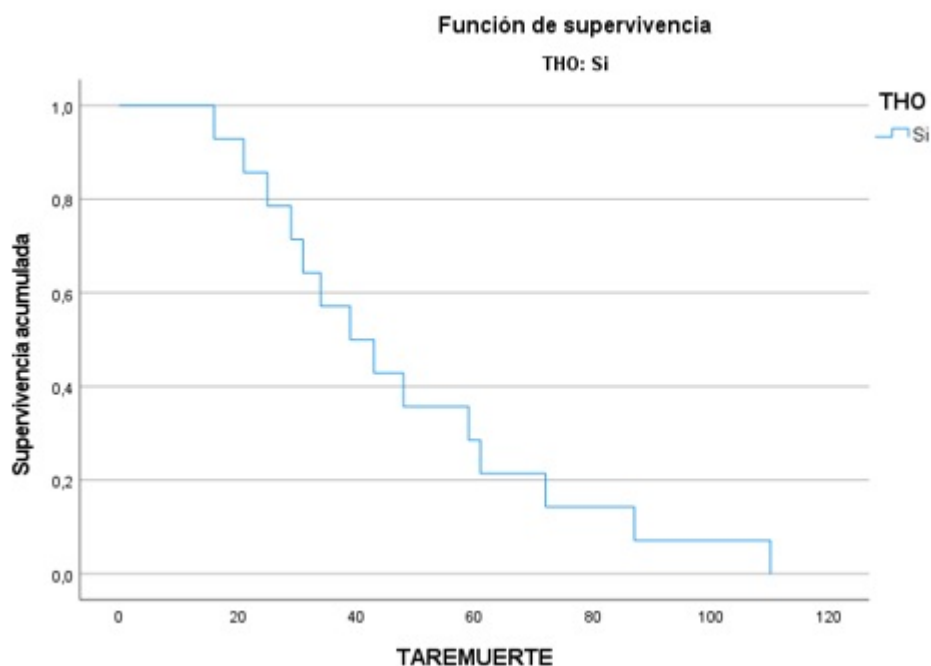
Introducción: El carcinoma hepatocelular (CHC) es el 7.º cáncer más frecuente, el 80% se diagnostica en estadio avanzado, impidiendo así su rescate quirúrgico con intención curativa. Los criterios de Milán son los más utilizados para establecer la indicación de trasplante hepático (THO). Sin embargo, en aquellos casos que se exceden, la estrategia *downstaging* se establece como terapia para conseguir una reducción tumoral y posterior trasplante. Existen varias estrategias para *downstaging*, entre ellas, la radioembolización transarterial con partículas de itrio⁹⁰ (TARE), que consigue la reducción del volumen tumoral (VT), logrando así que tumores extra-Milán puedan incluirse en lista para trasplante.

Objetivos: Análisis de la efectividad de la RETA en pacientes diagnosticados de CHC extra-Milán y tratados con intención *downstaging* para THO posterior.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con CHC extra-Milán tratados mediante TARE con objetivo *downstaging* durante los años 2015-2023 en nuestro hospital.

Resultados: Muestra de 45 pacientes (84,4% hombres). El 86,6% presentaba cirrosis hepática, siendo las principales causas alcohólica (41,3%) y VHC (26,1%). La mayoría de los participantes presentaron buena situación funcional y hepática (Child-Pugh A = 95,7%). El 6,7% (n = 3) de los pacientes no mostró respuesta tras la TARE, mientras que el 51,1% (n = 23) presentó progresión de la enfermedad a pesar de esta terapia. Así, en el 42,4% se obtuvo una buena respuesta al tratamiento. Sin embargo, solo se llevó a cabo el trasplante en el 31,1% (n = 14) ya que, a pesar de la efectividad de la TARE el 11,1% (n = 5) fueron diagnosticados posteriormente de patologías médicas que contraindicaron el trasplante hepático. Respecto al número de tumores y VT medio previo al tratamiento, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos (VT 215 cc vs. 244 cc; número de tumores 3,17 vs. 3,46). Las cifras de AFP al diagnóstico tampoco mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, THO = 28 (3-1.049) ng/ml vs. no-THO = 25 (4-253) ng/ml. Sin embargo, tras la TARE, se observó una reducción media de AFP en la serie de pacientes trasplantados del 9,22% (-70 - 71) frente a un aumento del 19% (-306 - 25) en no trasplantados. El tiempo entre TARE y trasplante mostró una media de 15,5 (12-20) meses, teniendo en cuenta los 6 meses de observación previos a la inclusión en lista de espera (3-24 meses). Así mismo, el tiempo de seguimiento tras el trasplante hepático fue 28 (7-49) meses. Finalmente, la supervivencia media en

trasplantados fue de 48,2 meses (29-61). Se produjeron 4 muertes, todas ellas por causa médica. No existió recidiva tumoral en ninguno de los pacientes trasplantados con un seguimiento medio de 33 (8-49) meses tras el trasplante. Por otro lado, la supervivencia media fue de 19,3 meses (6-25) en pacientes solo tratados con TARE, existiendo 27 fallecidos por progresión tumoral.



Conclusiones: La reducción del estadio del CHC mediante terapia TARE puede ser una herramienta clave para mejorar los resultados oncológicos en pacientes con CHC avanzado “extra-Milán” previo al trasplante hepático. Es necesario más estudios que permitan establecer factores pronósticos.