



P-593 - RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO

Barzola Navarro, Ernesto Jesús; Bernal, Carmen; Cepeda, Carmen; Álamo, José María; Marín, Luis Miguel; Suárez, Gonzalo; Padillo, Javier; Gómez, Miguel Ángel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La supervivencia del paciente trasplantado hepático por hepatocarcinoma (CHC) se ve afectada por la recurrencia del mismo. Las recurrencias generalmente suelen ser precoces (en los 2 primeros años postrasplante) menos frecuentemente tardías y se han descrito como excepcionales tras los 5 años postrasplante.

Objetivos: Determinar las tasas de recurrencia precoz 2 años en el paciente trasplantado hepático por CHC. Analizar los factores de riesgo asociados a la recurrencia (precoz y tardía) y si el tratamiento pretrasplante influye en las mismas así como determinar la supervivencia de estos pacientes.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los 1.451 pacientes trasplantados hepáticos en nuestra Unidad desde 1990 a 2021. Seleccionamos 384 trasplantados por CHC y excluimos los pacientes con seguimiento menor de 1 mes. Se ha realizado una base de datos con las variables demográficas de los pacientes, tratamiento pretrasplante, fecha del trasplante, n.º de nódulos, tamaño tumoral, niveles de alfa-fetoproteína, Grado de Edmonson, invasión vascular, criterios de Milán, fecha de recidiva, fecha de *exitus* o último seguimiento. Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de *log-rank*. El valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se realizaron 1.451 trasplantes hepáticos, 384 (26,5%) por CHC. Se excluyeron 27 pacientes con seguimiento inferior a un mes. La edad media de los 357 pacientes del estudio (88,2% varones) fue de 57,4 años (27-73). La etiología de la cirrosis en el 44,8% fue VHC y en el 17,6% el VHB; el alcohol estaba presente en el 55,5%. El 61,3% de nuestros pacientes recibieron tratamiento del CHC en lista de espera. En el explante el 19,9% sobrepasaban los criterios de Milán, el 11,5% eran mal diferenciados y el 17,1% tenían infiltración vascular. Durante el seguimiento 41 pacientes (11,5%) presentaron recidiva del CHC (en 25 la recidiva fue precoz y en 16 tardía). Encontramos diferencias significativas en los pacientes con recidiva en aquellos que sobrepasaban los criterios de Milán, con niveles de alfa-fetoproteína elevada, con el tamaño tumoral del nódulo mayor, tumores mal diferenciados, con infiltración vascular, así como con ausencia de necrosis tumoral en el explante, aunque no apreciamos diferencias significativas con el tratamiento en lista de espera ($p = 0,0157$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue del 89,2%, 83,3% y 77,6% para los pacientes sin

recidiva y del 61%, 36,6% y 29,3% para el grupo con recidiva.

Conclusiones: La recurrencia del CHC determina la supervivencia de los pacientes trasplantados. En nuestra serie, la recurrencia se presenta con mayor frecuencia en los pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán, presentan alfafetoproteína elevada, sin necrosis tumoral con mala diferenciación y que presentan infiltración vascular en el explante. La recurrencia precoz difiere de la tardía únicamente en los pacientes con infiltración vascular.