FUNDIEH

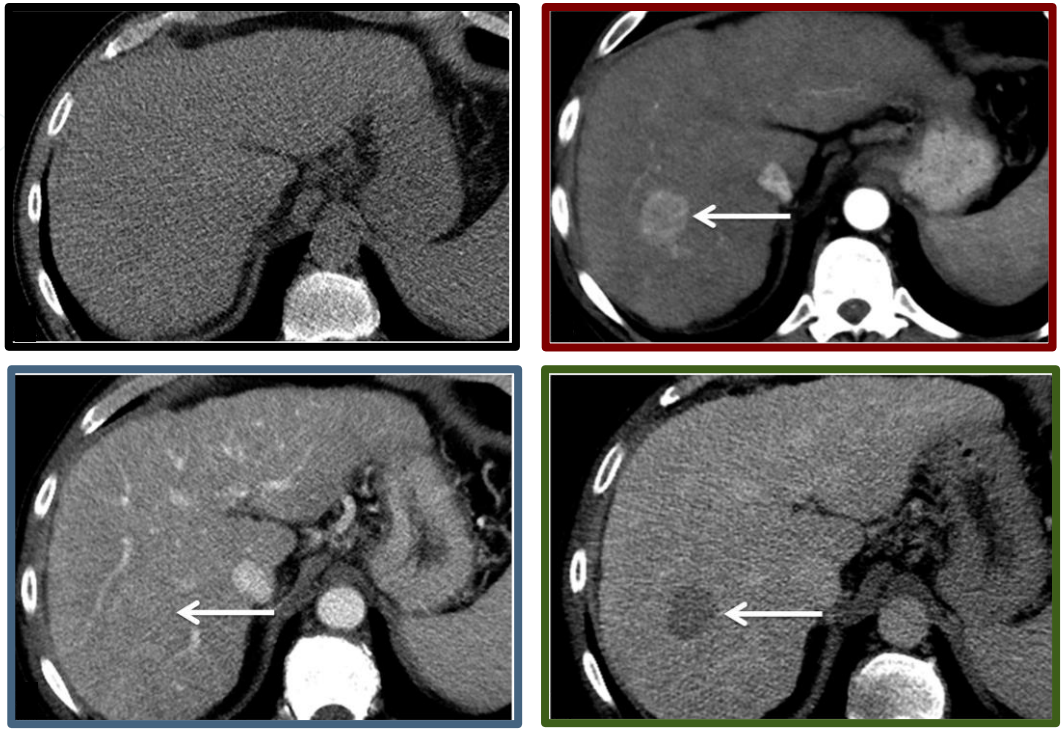
ALTA COMPLEJIDAD EN RED
Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

BAYER Bayer

SIMPOSIO: HEPATOCARCINOMA

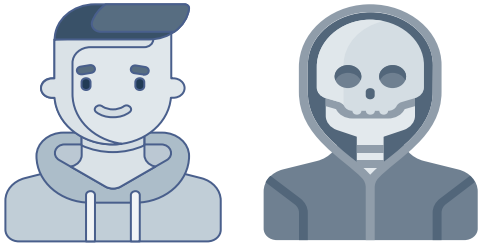
Tratamiento percutáneo del HCC

Lo clásico y lo nuevo



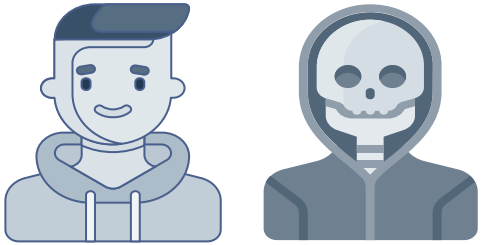
LIRADS 5 – 20 mm

¿Que paciente?



¿Que ubicación?

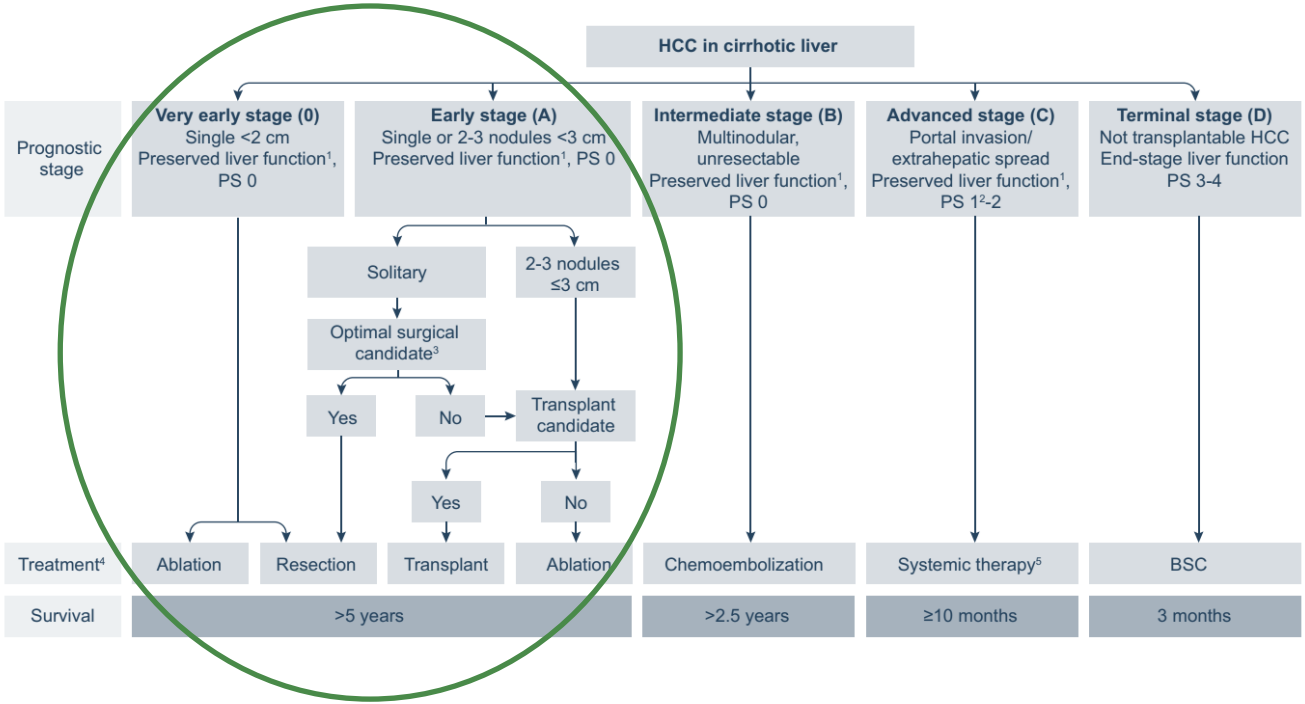
¿Que paciente?



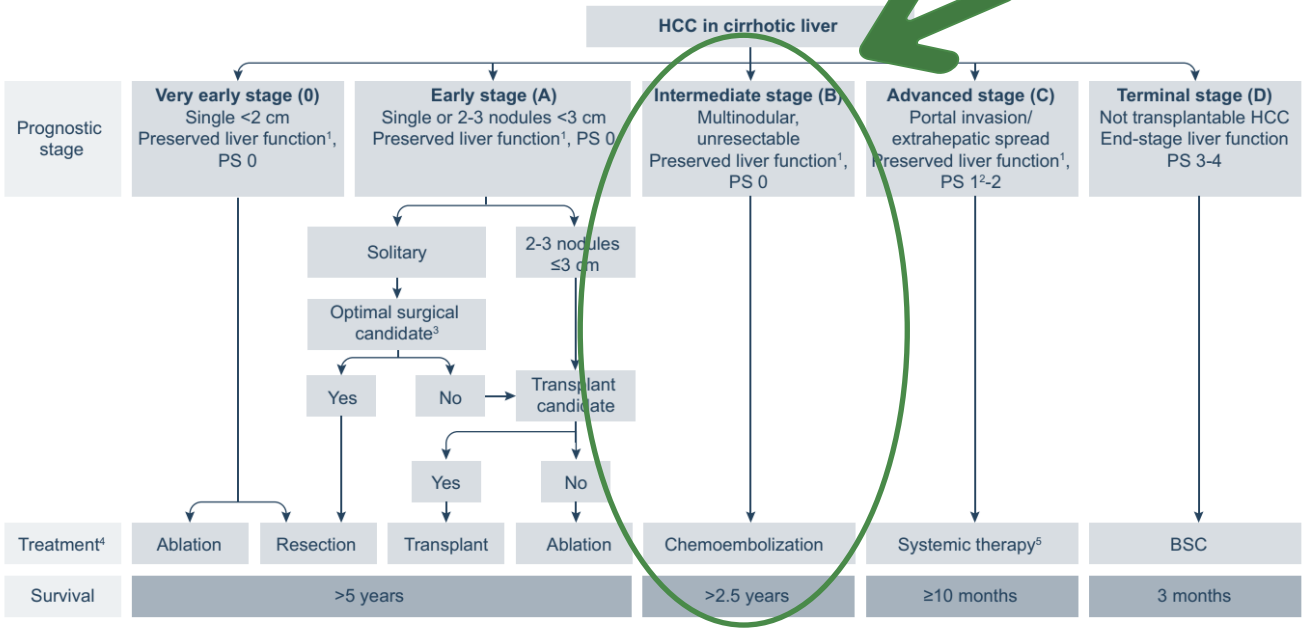
¿Que ubicación?

¿Que método elegir?

Estadificación de Barcelona

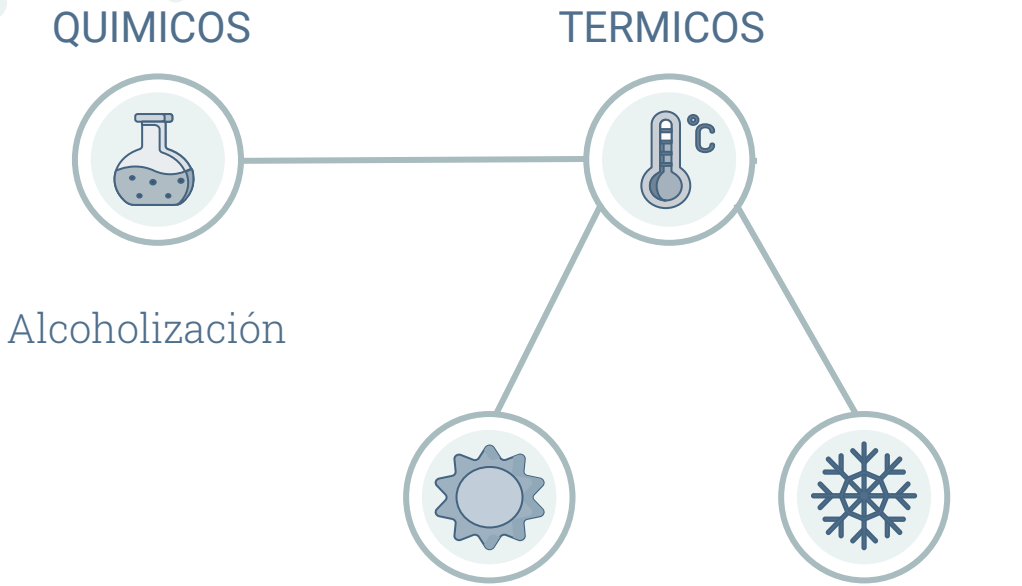


Estadificación de Barcelona



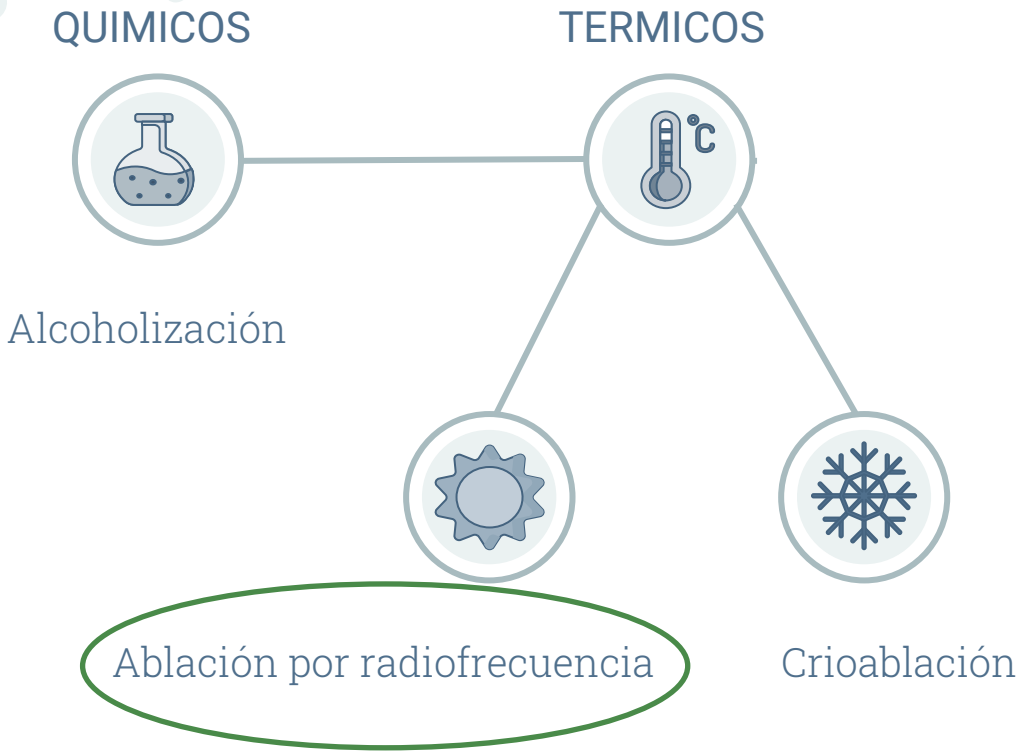
Métodos de ablación

Lo clásico (y disponible)



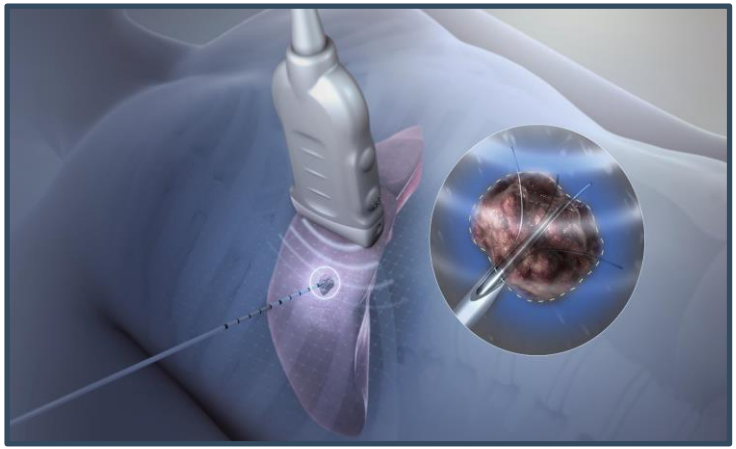
Métodos de ablación

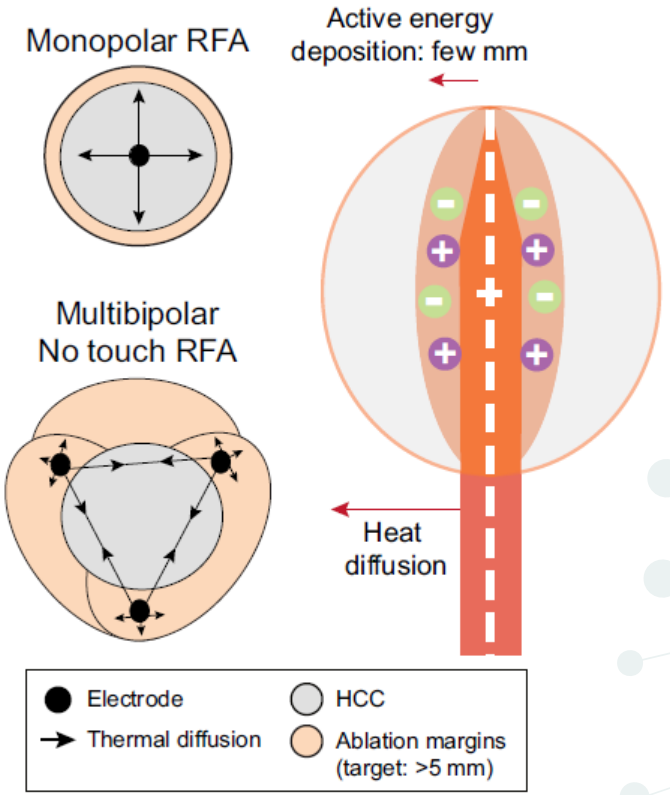
Lo clásico (y disponible)



ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA

Generación de una corriente eléctrica a través de una punta de un electrodo que por agitación iónica produciendo calor local, alcanzando una temperatura de hasta 100°C generando coagulación y necrosis.





Ablación por Radiofrecuencia (RFA)

Ventajas

Resultados similares a la cirugía en pacientes seleccionados

Menores efectos adversos que la cirugía

Limitaciones

Alto costo

Lesión térmica de estructura adyacentes.

Efecto disipador de calor (Heat sink effect)

Tamaño tumoral

Tamaño del HCC en la eficacia de RFA

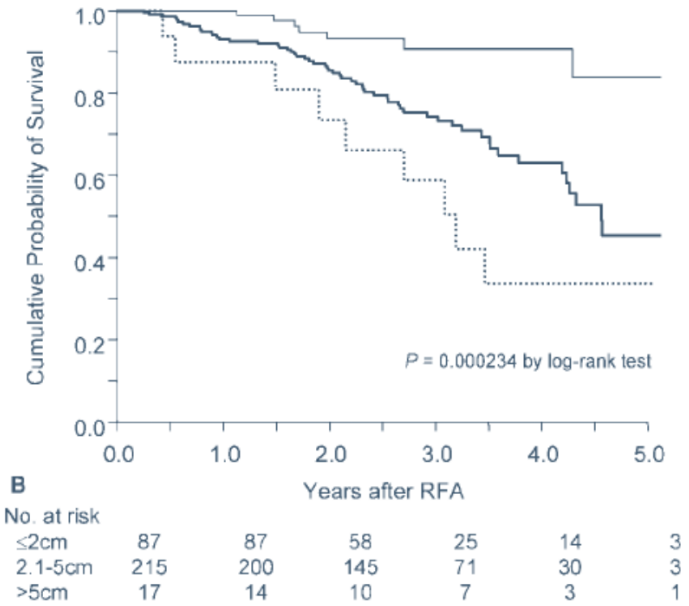
Estudio retrospectivo de 302 pacientes

Supervivencia a 3 años

< 2 cm: 91%

2-5 cm: 74%

> 5 cm: 59%



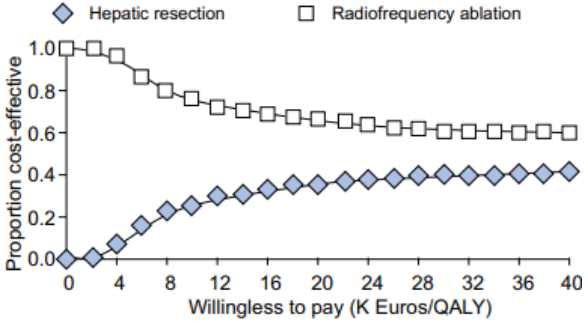
Tateishi, R.(2005) Journal of the American Cancer Society, 103(6), 1201-1209..

Sobrevida y S. libre de enfermedad a 3 años

Cirugía vs Ablación por radiofrecuencia

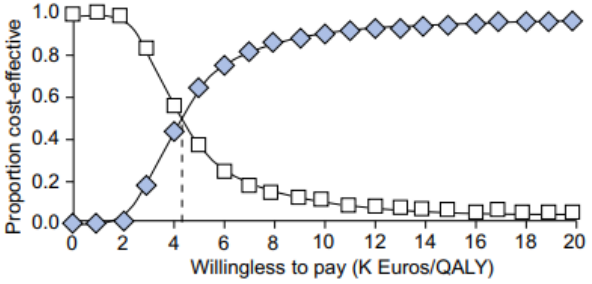
Tumores < 2 cm

SIN DIFERENCIAS



Tumores entre 3 y 5 cm

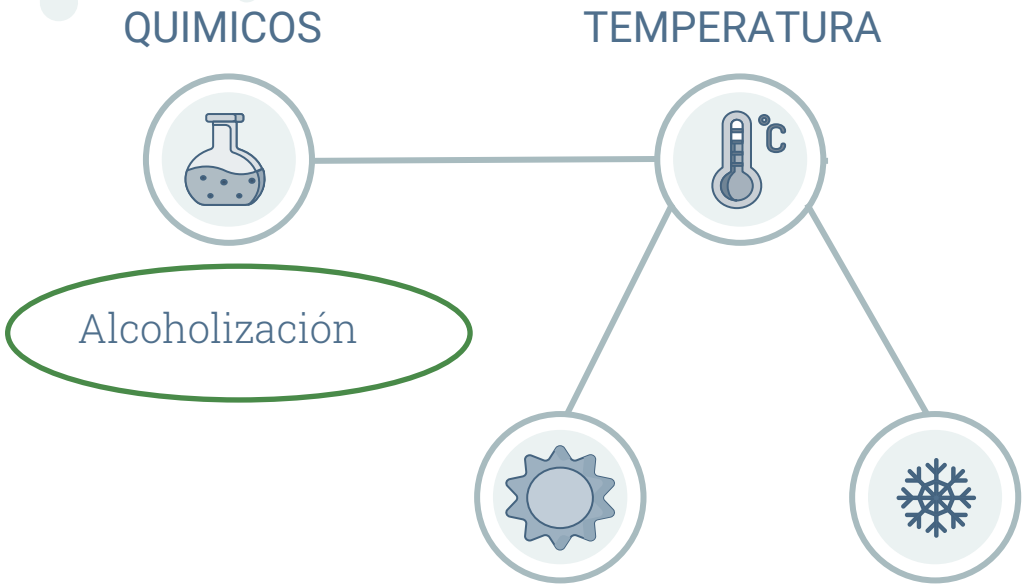
RIESGO ENTRE 20 Y 50% MAYOR EN CIRUGIA



Cucchetti, A. Journal of hepatology, 59(2), 300-307.

Métodos de ablación

Lo clásico (y disponible)



Alcoholización (PAI)

Ventajas

Bajo costo y buena accesibilidad

Anestesia local

No cambia su efectividad con respecto a la relación con otras estructuras

Limitaciones

Múltiples sesiones para alcanzar la inviabilidad de la lesión.

Baja efectividad comparado con otros métodos de ablación.

Alcoholización vs Radiofrecuencia

Metaanálisis - 18 estudios controlados

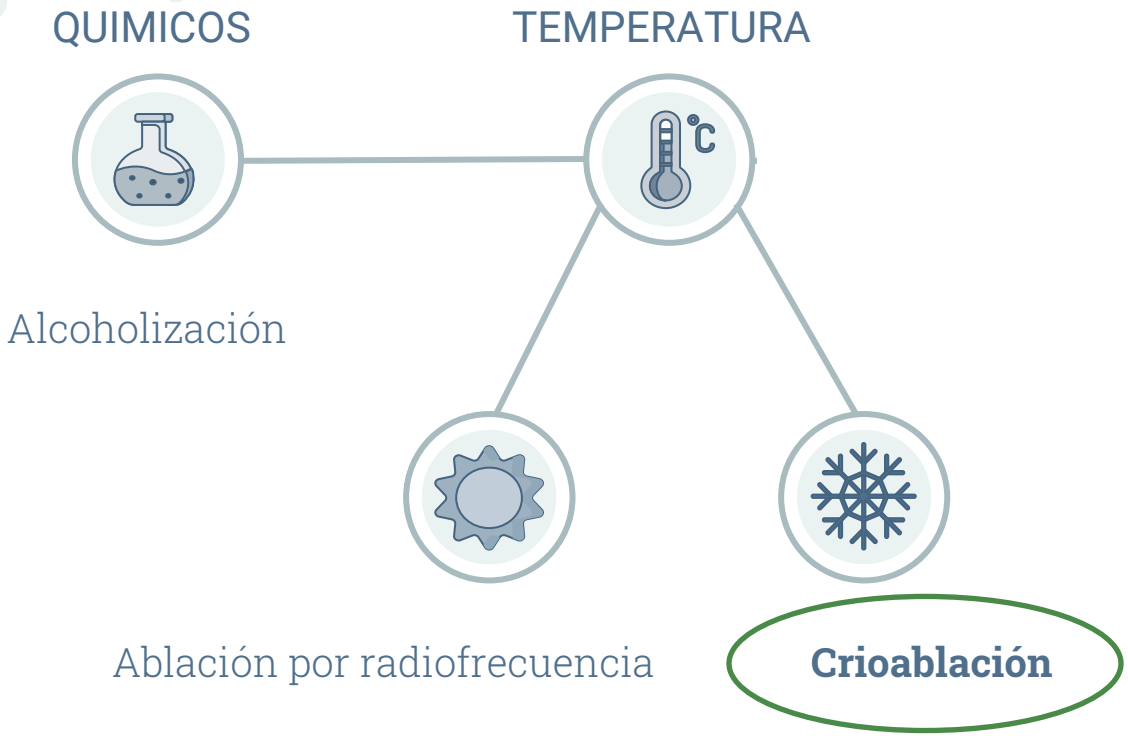
Mortalidad global al final de seguimiento

RFA vs Alcoholización → Riesgo entre 30 y 50% menor en RFA

Majumdar, A. Cochrane Database of Systematic Reviews (2017).

Métodos de ablación

Lo clásico (y disponible)



Crioablación vs RFA

Supervivencia a 1 - 3 - 5 años (Global y DFS)

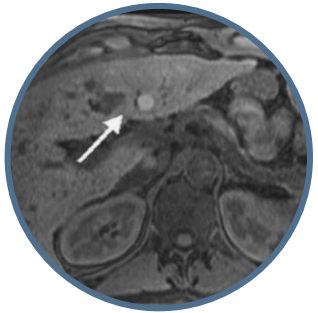
Sin diferencias estadísticas

Menor progresión tumoral (lesiones > 3 cm) con crioablación

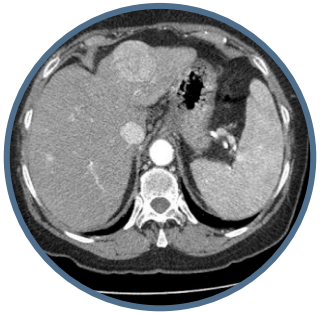
Wang, C. (2015). Hepatology, 61(5), 1579-1590.

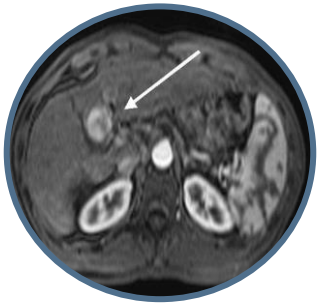
Factores a considerar

Tamaño

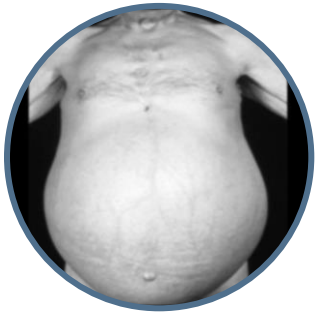


Ubicación





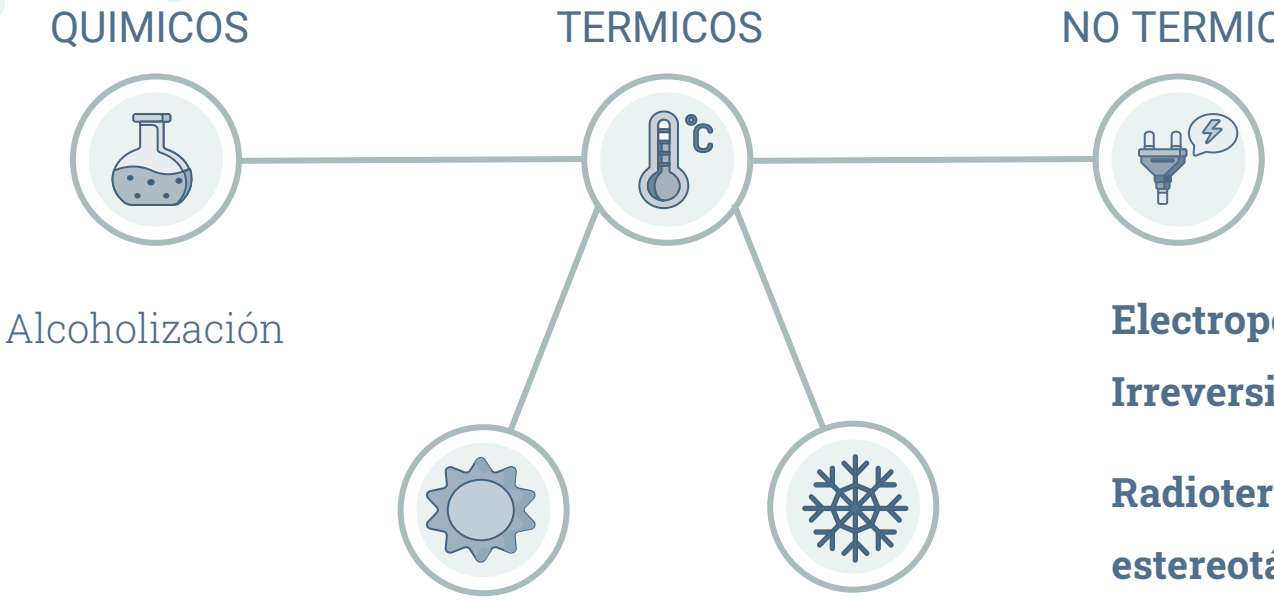
Paciente



Métodos de ablación: ¿Como decidir?

	CHILD A	CHILD B/C
Ubicación favorable	< 2 cm RFA=Cirugía / > 2 cm Cirugía	RFA
Ubicación Desfavorable	Cirugía	PAI Crioablación

Métodos de ablación – lo nuevo



Métodos de ablación – lo nuevo

Ablación por microondas (MWA)

Mayor Supervivencia libre de enfermedad con respecto a RFA en tumores > 3 cm

Métodos de ablación – lo nuevo

Ablación por microondas (MWA)

Mayor Supervivencia libre de enfermedad con respecto a RFA en tumores > 3 cm

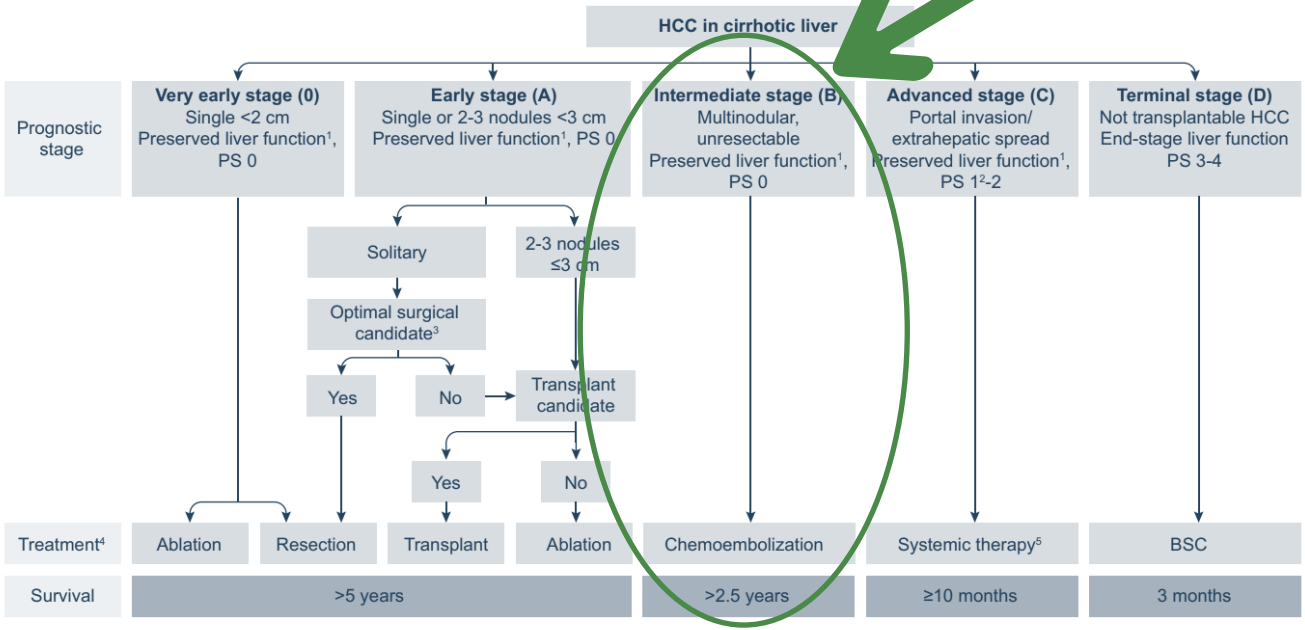
Electroporación Irreversible

Pacientes fuera de indicación quirúrgica o métodos térmicos (< 5 cm) sobrevida libre de enfermedad al año del 70%

Métodos de ablación – lo nuevo

Ablación por microondas (MWA)	Mayor sobrevida libre de enfermedad con respecto a RFA en tumores > 3 cm
Electroporación Irreversible	Pacientes fuera de indicación quirúrgica o métodos térmicos (< 5 cm) sobrevida libre de enfermedad al año del 70%
Radioterapia corporal estereotáctica	Menor sobrevida comparado con RFA

Estadificación de Barcelona



Métodos de ablación
BCLC intermedio

RFA
RFA + Cirugía
RFA + TACE

Down-staging

Intención curativa

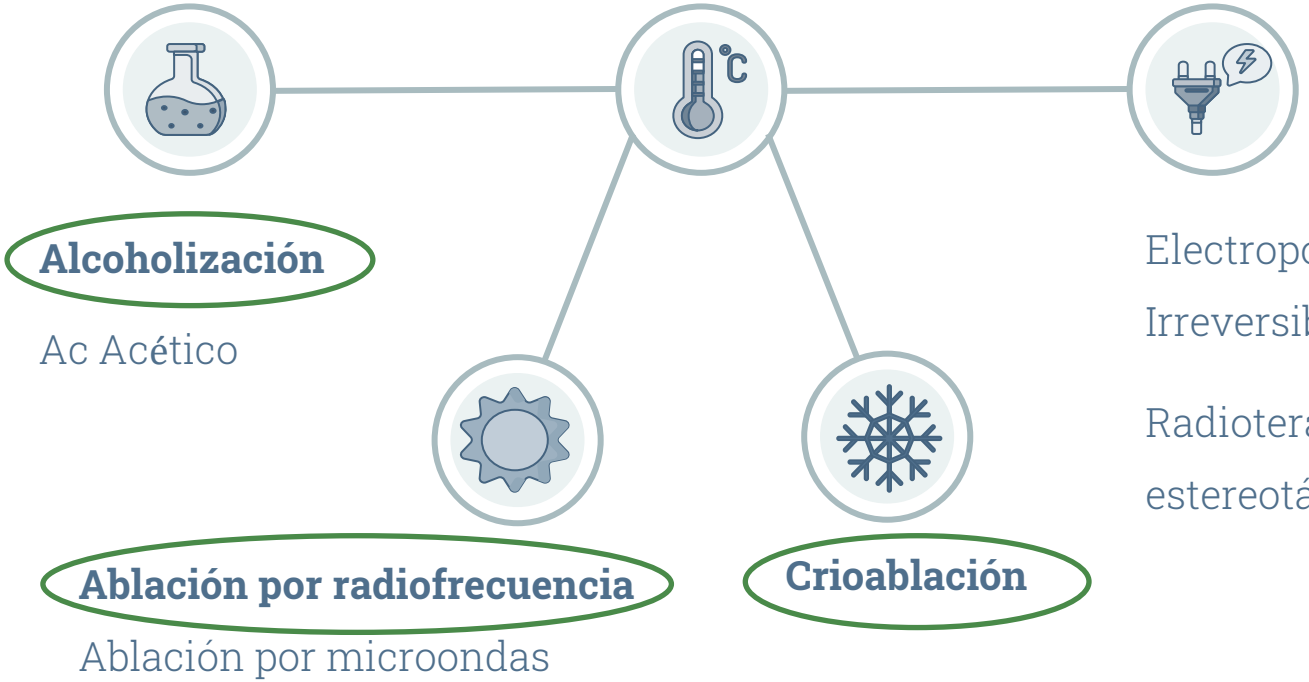
Radioterapia corporal estereotáctica (SBRT)

Conclusiones

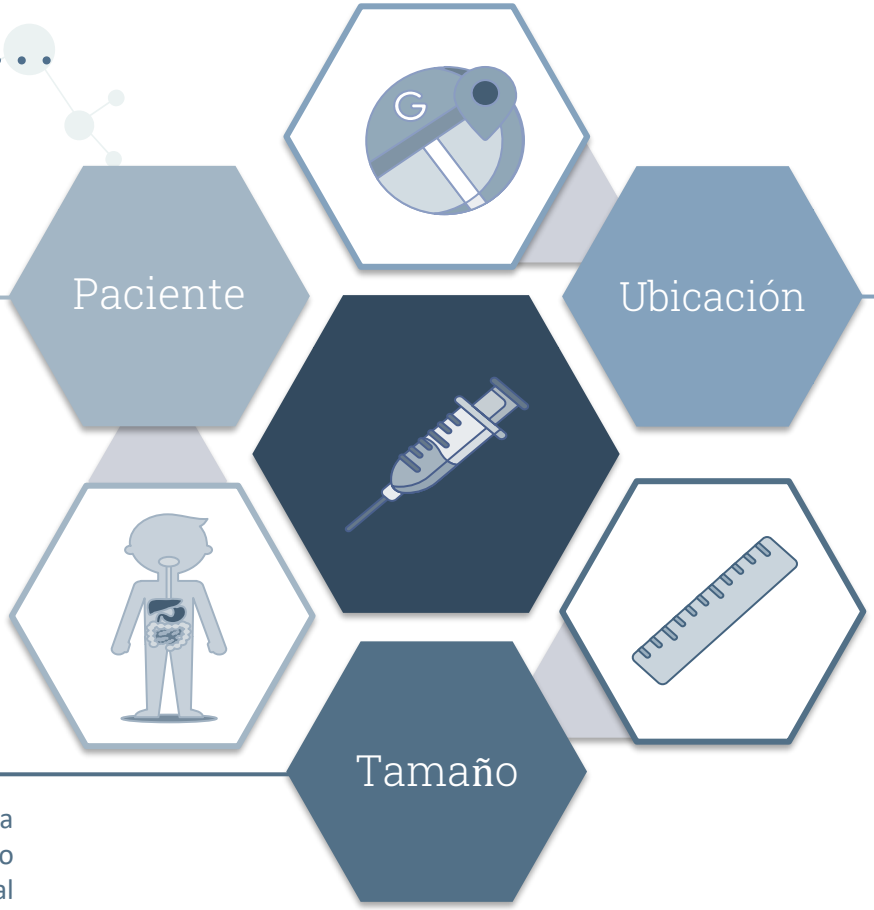
El abordaje de tumores hepáticos no es una tarea sencilla.

Métodos de ablación

Lo clásico y lo nuevo



Resumiendo...



Evaluar el grado de descompensación del paciente

Recordar cercanía a vasos, vía biliar y otras estructuras

Mejores resultados a menor tamaño tumoral