
TRASPLANTE HEPATICO POR HEPATOCARCINOMA

***Resultados de una serie multicentrica con
criterios de priorización comunes***

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga
Hospital Universitario Reina Sofia, Cordoba
Hospital Universitario Virgen del Rocio, Sevilla
Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Granada
Coordinación Autónoma de Trasplantes Andalucía

Introducción

Áreas de estudio y controversia actuales en el Hepatocarcinoma (HC)

- Papel de la resección en los tumores pequeños
Child A-Meld<10
- Sistemas de priorización para trasplante
- Tratamiento en lista de espera
- Ampliación de indicaciones (UCSF, regla 7...)
- Estadificación pre-trasplante
- Marcadores pronósticos (morfológicos,
moleculares)
-

Introducción

Desequilibrio entre Cirróticos con HC y Donantes

- **Aumentar el numero de donantes (alto riesgo, vivo, etc)**
- **Disminuir el numero de indicaciones por HC**
- **Trasplantar los HC con mayor posibilidades de éxito**
 - **Gestión adecuada de la lista de espera (indicaciones competitivas con otras hepatopatias)**

Objetivos del estudio

Impacto de la implantación de un sistema de priorización para TH del Hepatocarcinoma sobre:

- La supervivencia y recurrencia tumoral**
- Correlación radio-patológica en la estadificación**
- Resultados de los tratamientos en lista**

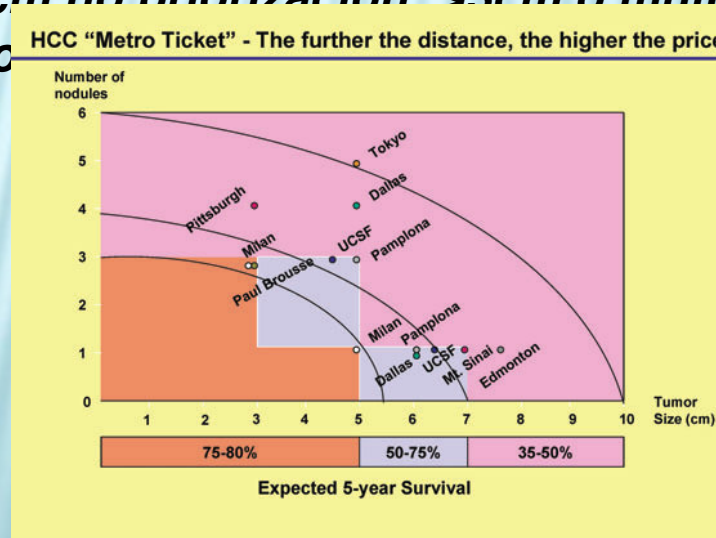
Pacientes y Metodología

- ❑ **Periodo estudio: Enero 2002-Diciembre 2006 (5 años)**
- ❑ **Serie multicéntrica, de bd prospectiva, en 4 centros de Andalucía**
- ❑ **Nº 199 pacientes con diagnostico inicial y/o final de HC**
- ❑ **HRS 62; HVR 56; HVN 18; HCH 63**

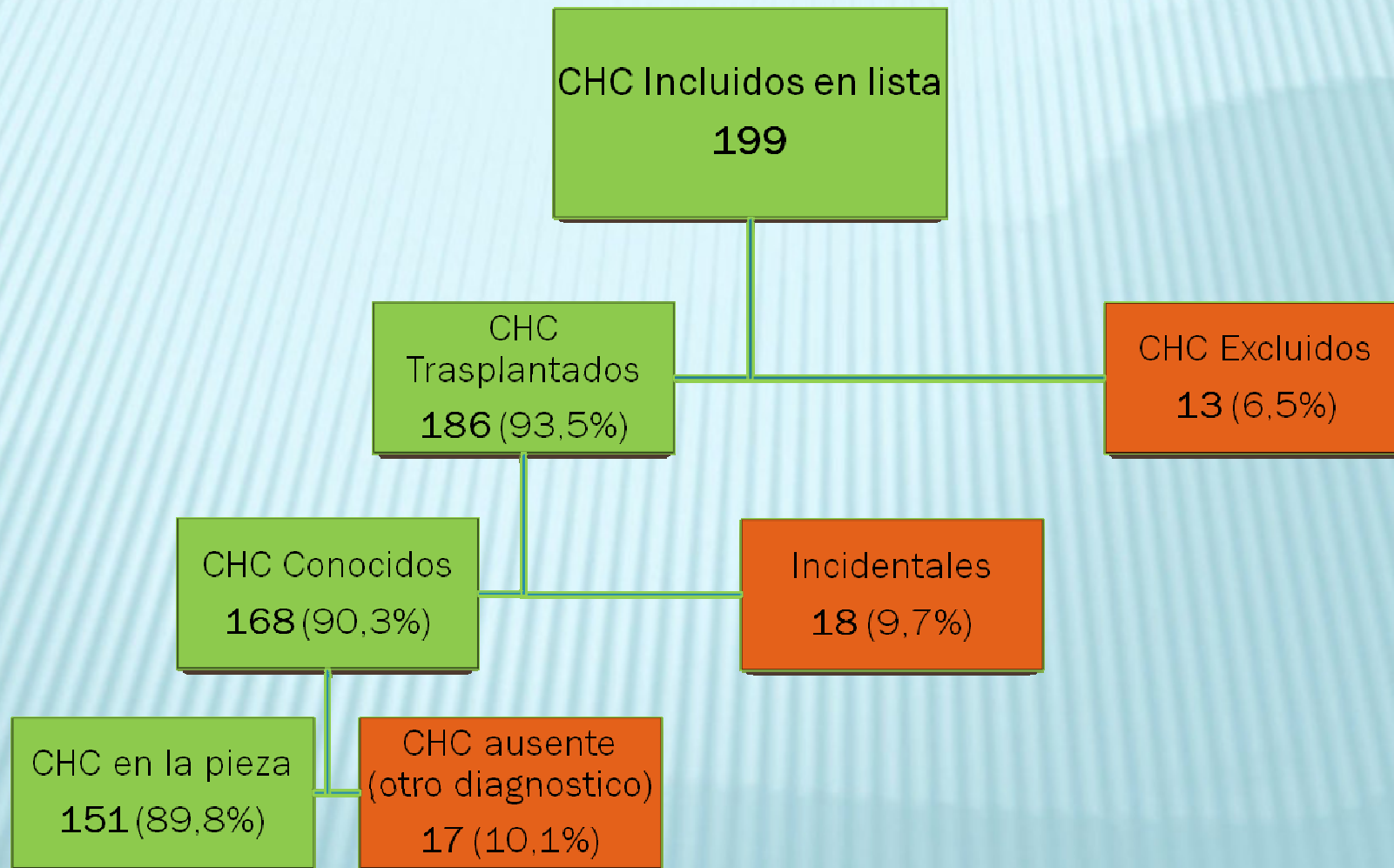


Pacientes y Metodología

- ❑ **Criterios de inclusión: Milán**
- ❑ **Estudios imagen: Eco, TC y RM**
- ❑ **Criterios de priorización Meld (competitivos con otras indicaciones según gravedad)**
 - ❑ **Grupo I (periodo 1º): Enero 2002.Abril 2003-**
 - ❑ ***<2cm 24 puntos Meld; >2cm o multinodular 29 puntos***
 - ❑ **Grupo II (periodo 2º): Mayo 2003-Dicembre 2006**
 - ❑ ***<3cm no priorización; >3cm o multinodular 18 puntos***



Pacientes y Metodología





**Hay que hablar con datos,
Resolver problemas con datos,
Tomar decisiones con datos...
Pero cuando veas muchos datos duda de
ellos**

K. Ishikawa

Resultados

Estadio Hepático/Estadio Tumoral pre-Tx

	Nº global 199	Tx 186	Excluidos 13	Milán + 144	Milán – 24	Periodo 1 53	Periodo 2 146	Incidentales 18
Meld lista	14.8	14.9	14.2	15	14.3	14.7	14.8	14.4
Meld Tx	13.2	13.2	-	13.1	11.9	11.5	13.7	15.6
Child-Pugh A/B/C (%)	40/60	41/59	27/63	47/53	43/57	43/57	40/60	6/94
TNM I-II	84%	85%	55%	100%	-	79%	85%	-
TNM III-IV	16%	15%	45%	-	100%	21%	15%	-
Nº Nódulos	1.4	1.4	1.8	1.4	2.3	1.4	1.5	-
Tamaño total (cm)	4	3.9	5.3	3.5	6.7	3.8	4.1	-
AFP (mediana)	13	13	64	13	51	14	13	8

Resultados

Trasplante/Lista/Exclusión

	Nº global 199	Tx 186	Excluidos 13	Milán + 144	Milán – 24	Periodo 1 53	Periodo 2 146	Incidentales 18
Biopsia	9.5%	10.2%	-	25%	16,6%	13,2%	8,3%	-
Tto percutáneo (si)	53%	54%	55%	49%	96%	47%	51%	-
<i>AP</i>	8	8	0	6	2	2	6	
<i>RF</i>	12	12	0	8	3	5	7	
<i>QE</i>	85	80	5	61	18	19	66	-
Down-staging	7,5% (14)	7,3% (13)	20% (1)	3% (2)	48% (11)	12% (3)	15% (11)	-
Tx si DS	13	11	1	1	10	3	10	-

Resultados

Trasplante/Lista/Exclusión

	Nº global 199	Tx 186	Excluidos 13	Milán + 144	Milán – 24	Periodo 1 53	Periodo 2 146	Incidentales 18
Trasplantados	186	186	13	144	24	53	133	18
Tiempo en lista /días (mediana)	90	88	118	79	52	53	97	172
Exclusiones	13		13			0	13	-
<i>Progresión tumor</i>			9					
<i>Progresión cirrosis</i>			1					
<i>Otras</i>			3					
Tiempo hasta exclusión			131 días					

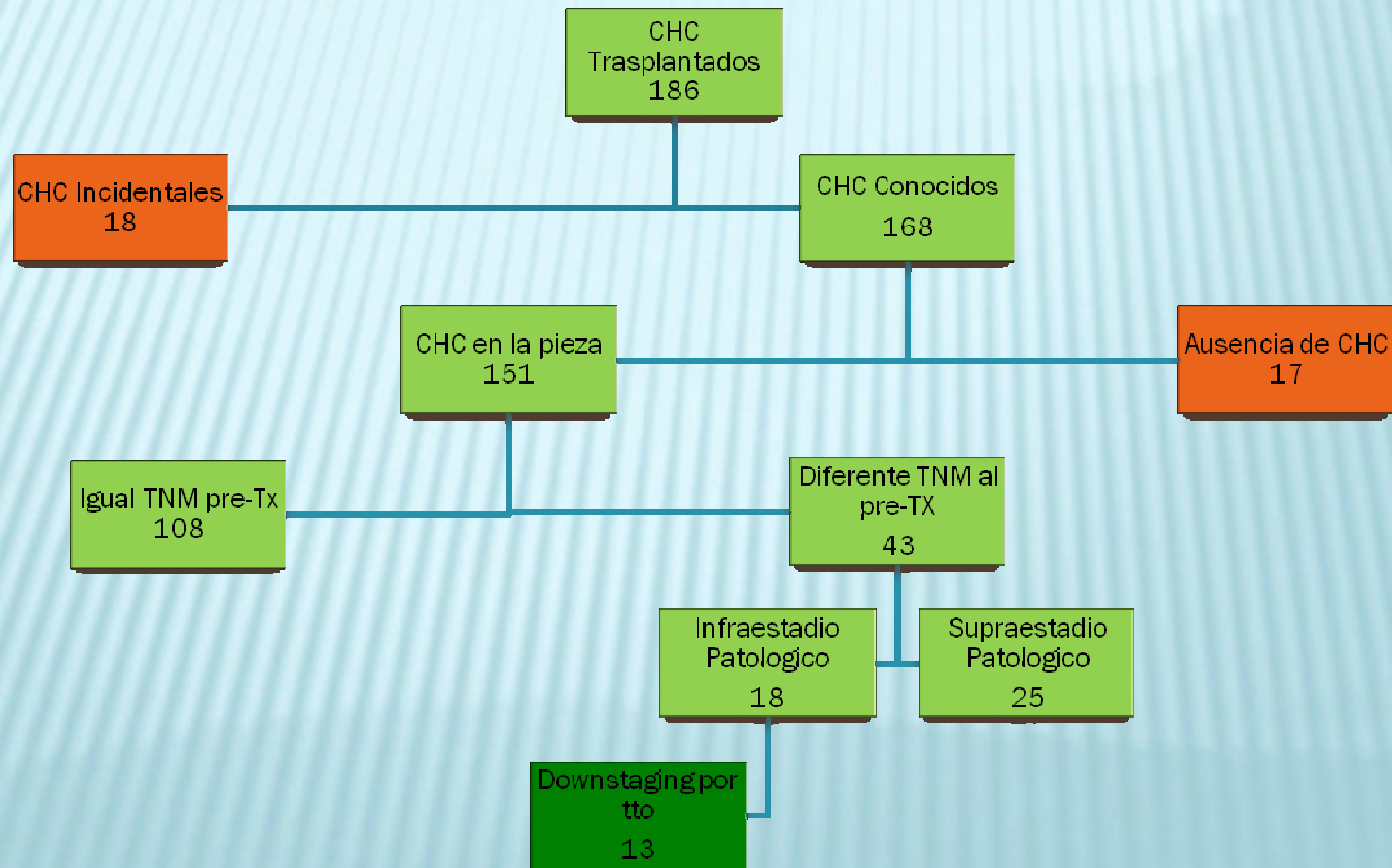
Resultados

Estadificación Radio-Patológica

La estadificación pre-Tx fue correcta (concordancia) en 108/186 (58%)

✓ Infravalorados (tumor mas avanzado en la pieza explante): 43/186 (23%)

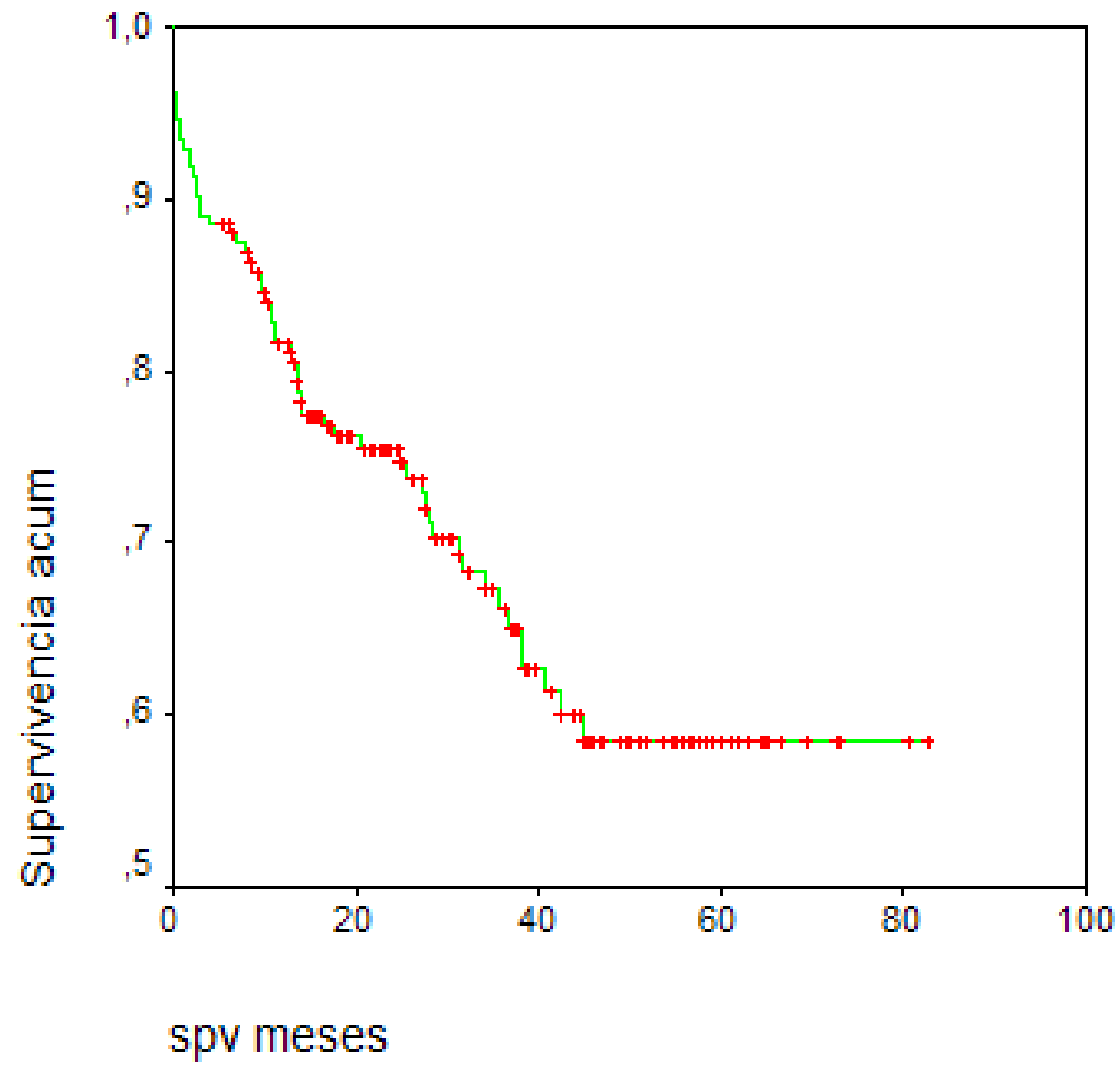
✓ Supravalorados (tumor menos avanzado en la pieza de explante): 35/186 (19%)



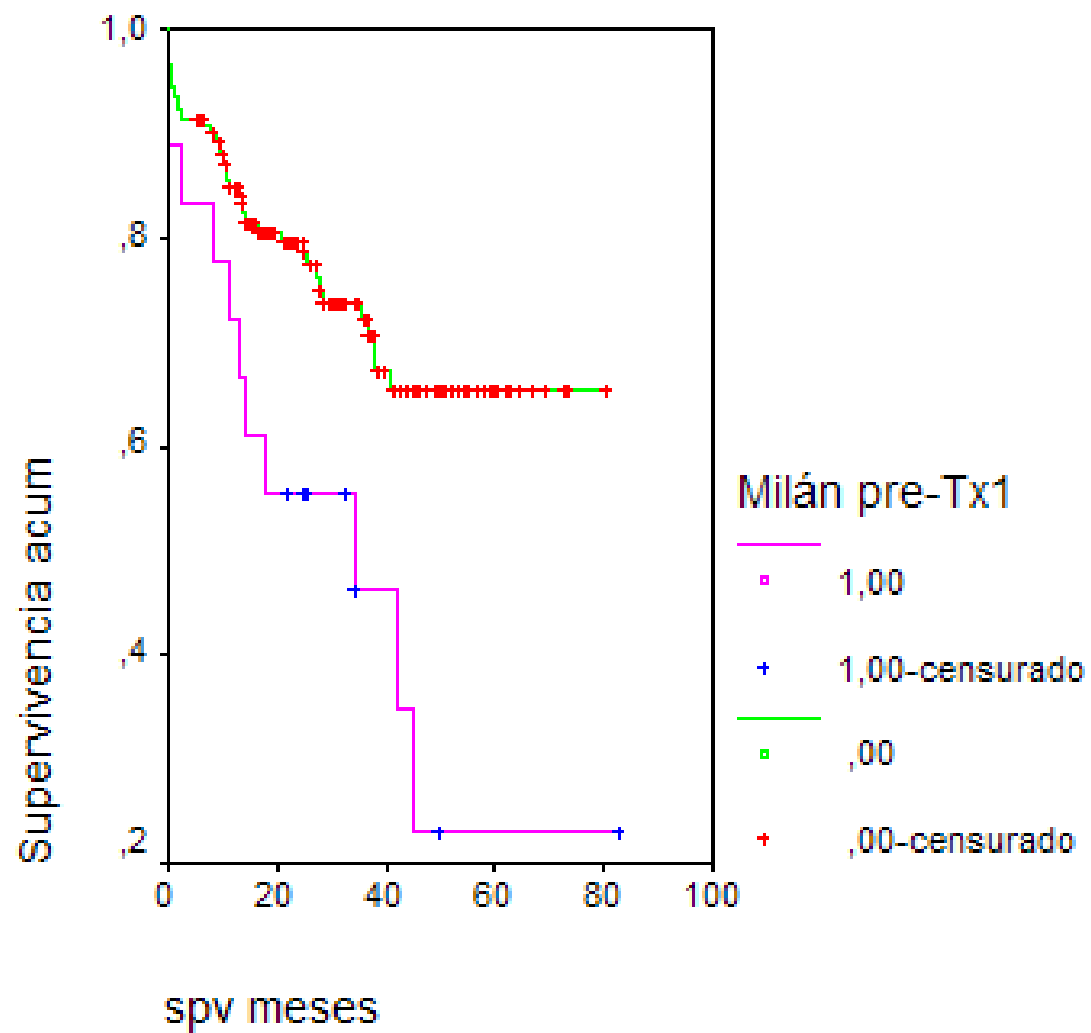
Resultados

	Nº global	Tx	Excluidos	Milán +	Milán -	Periodo 1	Periodo 2	Incidentales
Mortalidad postoperatoria	-	17 (9%)	-	11/144 (7,6%)	3/24 (12,5)	11/53 (21%)	6/133 (4,5%)	2/18 (11%)
Supervivencia a 8 años (%)	58	61		65	23	53	58	-
Recurrencia	-	10%		7%	24%	9%	12%	25%

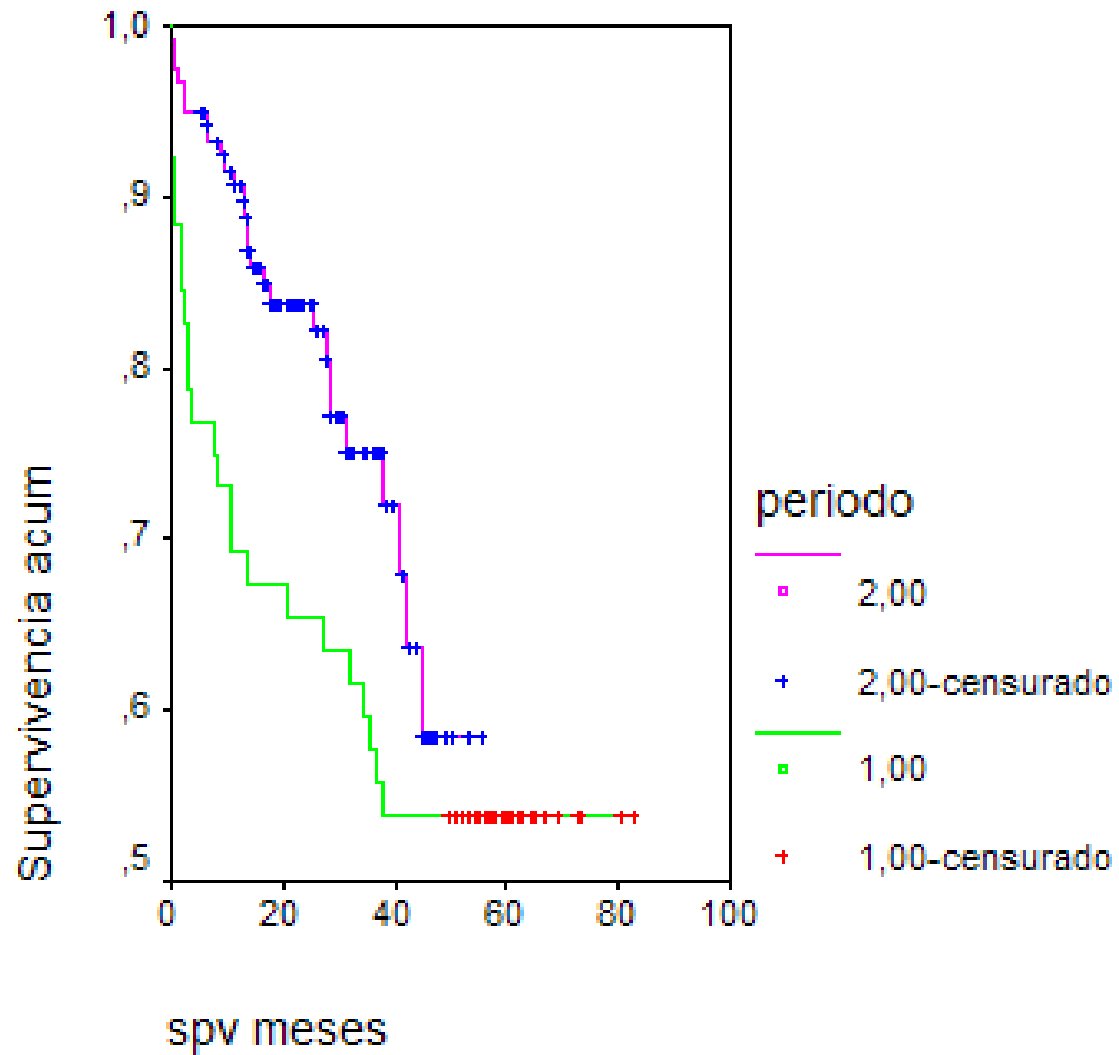
Supervivencia Global



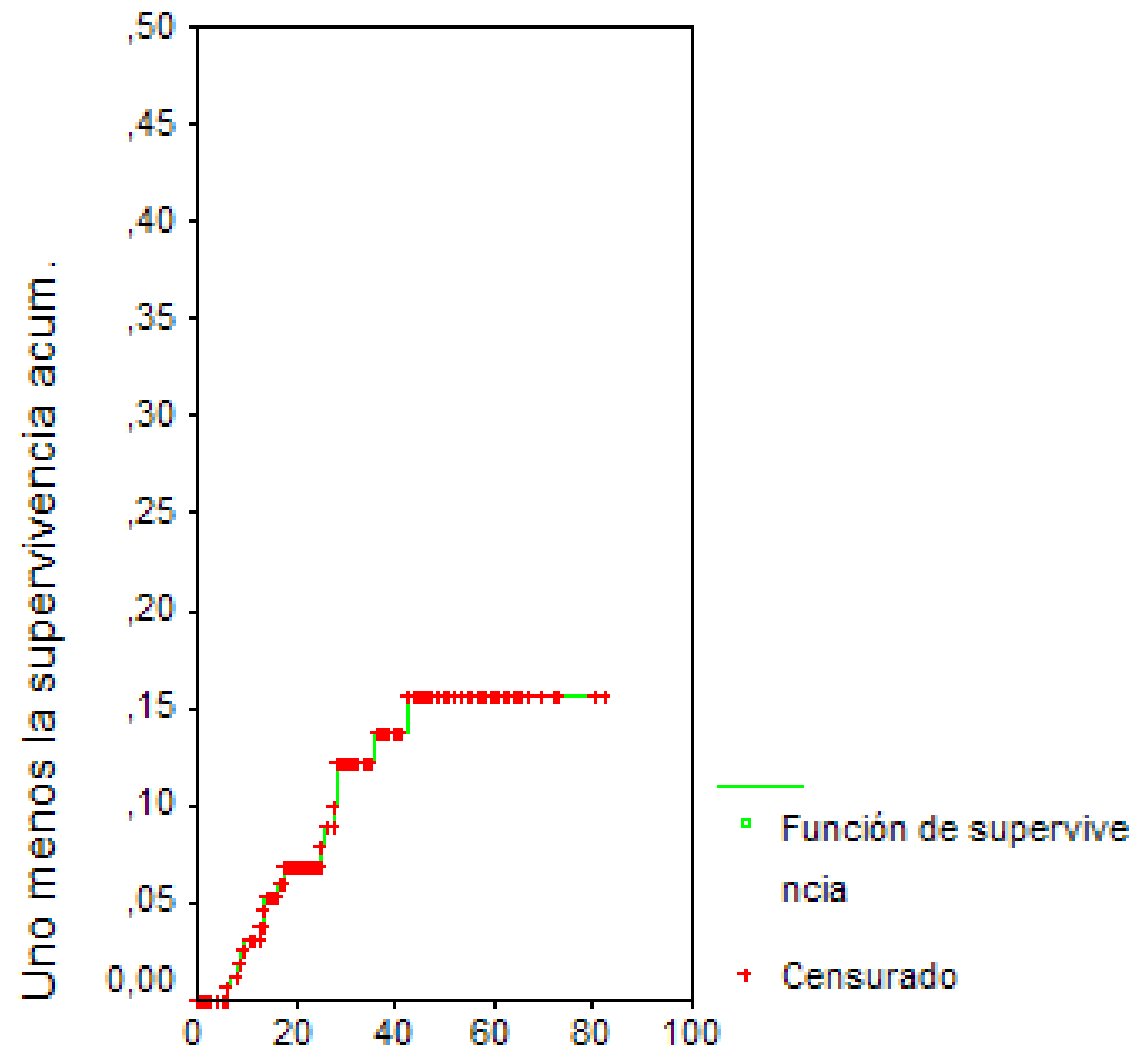
Supervivencia segun Milan



Supervivencia segun periodos



Probabilidad de recurrencia



Comentarios

1. Una política común de priorización para TH de los pacientes con HC, basada en criterios morfológicos, ofrece una tasa de exclusión en lista muy baja (6,5%)
2. Los criterios de Milán siguen siendo el mejor punto de corte actual para estratificar el riesgo de recidiva tumoral (<10%) y por tanto seleccionar a los pacientes con HC para TH
3. Las técnicas de imagen actuales permiten tener una exactitud diagnóstica (concordancia radio-patológica) en torno al 60%. Mas de un 20% tendrán tumores mas avanzados en la pieza.
4. Las técnicas de destrucción percutánea como tratamiento en lista de espera pueden ser útiles en un grupo seleccionado de pacientes con tumores mas avanzados para ser rescatados para TH, siendo de utilidad limitada en pacientes con tumores en estadios