



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CIRUGÍA

Actualización en carcinoma hepatocelular y adenocarcinoma pancreático

M. A. Mercado y E. Rosas-Lezama

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"

Recibido el 28 de mayo de 2015; aceptado el 10 de junio de 2015

Carcinoma hepatocelular

El carcinoma hepatocelular es una causa común de muerte por cáncer, con una incidencia en aumento. En etapas tempranas es posible ofrecer tratamientos quirúrgicos curativos. Miura y cols. (Milwaukee, WI) estudiaron el tratamiento de tumores hepáticos menores de 3 cm comparando la ablación contra la resección quirúrgica. Se estudiaron 2,855 pacientes: 1,984 tratados con ablación y 871 con resección. Entre los pacientes tratados con ablación se encontró una frecuencia mayor de cirrosis (22 vs. 15%) y niveles elevados de alfa fetoproteína (46 vs. 39%). La sobrevida a 3 y 5 años fue mejor en el grupo sometido a resección (67%, 55%) contra el grupo de ablación (52%, 36%). Por lo tanto, concluyen que la resección en tumores \leq 3 cm ofrece mejor supervivencia a largo plazo y sugieren que la ablación sea utilizada como segunda línea terapéutica.¹

El tratamiento óptimo para el carcinoma hepatocelular continúa indefinido, especialmente para pacientes con cirrosis compensada. Chapman y cols. (St. Louis, MO) analizaron a 1,765 pacientes tratados quirúrgicamente con resección (884) o trasplante (881), 28.1% de los pacientes sometidos a resección era elegible para trasplante. Encontraron aumento de la supervivencia a 5 (74 vs. 52%) y 10 años (53 vs. 21%) en el grupo tratado con trasplante, así como de la supervivencia libre de enfermedad. Concluyen que el trasplante hepático es una mejor opción comparada

con la resección, ya que también se reemplaza el hígado dañado; sin embargo, el trasplante sólo está disponible para una minoría de pacientes.² Agopian y cols. (UCLA, CA) analizaron 30 años de experiencia en trasplante hepático por hepatocarcinoma para determinar predictores de recurrencia. Tiempo medio de recurrencia de 15 meses. Encontraron como predictores de recurrencia: grado tumoral (diferenciación), invasión microvascular y macrovascular, ausencia de tratamiento para infraestadificación, tumores no incidentales, relación neutrófilos/linfocitos pretrasplante, alfa-fetoproteína y colesterol total elevados. Con dichas variables proponen un nomograma para evaluar la recurrencia a 1, 3 y 5 años. Concluyen que la incorporación de biomarcadores de rutina pretrasplante mejora la predicción de recurrencia, dato útil para la elección del receptor y para establecer la vigilancia postrasplante y la terapia adyuvante.³

El tumor hepático más frecuente es el cáncer colorrectal metastásico, en el cual es común usar quimioterapia. La quimioterapia causa lesión hepática, así como esplenomegalia y trombocitopenia con disminución de la sobrevida a largo plazo. Para comprender la repercusión del aumento del volumen esplénico por quimioterapia, Simpson y cols. (MSKCC, NY) estudiaron a pacientes con carcinoma colorrectal metastásico y el desarrollo de complicaciones posteriores a la resección hepática. Estudiaron a 80 pacientes divididos en dos grupos de acuerdo con la recepción de QT preoperatorio, que fueron comparados con grupos controles

Autor de correspondencia: Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, C.P. 14000. México, D.F. Teléfono: (+52-55) 55739321, fax: (+52-55) 55739321.

Correo electrónico: miguel.mercadod@quetzal.innsz.mx (M. A. Mercado)

(colecistectomía y Ca colorrectal no metastásico no tratado). El volumen esplénico fue medido por tomografía. A los 6 meses pos-QT hubo incremento significativo del volumen esplénico. Encontraron asociación significativa con complicaciones posoperatorias y aquéllos con incremento del volumen mayor a 39% tuvieron complicaciones mayores. Interesantemente, no hubo correlación con cambios en el volumen esplénico y la cuenta plaquetaria. Por lo anterior, sugieren utilizar el volumen esplénico como factor predictivo.⁴

Adenocarcinoma pancreático

En general, el cáncer pancreático es la neoplasia con peor pronóstico. Rosemurgy y cols. (Tampa, FL) hacen un análisis de dos décadas (1992-2010) para determinar si la sobrevida ha mejorado después de la resección de adenocarcinoma pancreático. Realizaron una revisión de 15,604 pacientes, encontrando una leve mejoría significativa entre 1992 y 2010 (sobrevida media de 14 a 18 meses). La sobrevida a 5 años no mejoró significativamente (14.4 vs. 17%), no obstante que en la última década fueron tumores más pequeños los resecados, que tuvieron mejor sobrevida inicial.⁵

Las terapias ablativas se han utilizado progresivamente en el adenocarcinoma pancreático avanzado. Martin y cols. (Louisville, KY) realizaron un estudio de 200 casos de adenocarcinoma pancreático tratados con electroporación irreversible (sistema de liberación de energía que destruye la membrana celular). Se dividieron en ablación (150) o ablación asociada con resección pancreática y arterial (50). Todos los pacientes recibieron quimioterapia de inducción y 52% quimiorradiación, en promedio 7 meses antes de la ablación. Encontraron una sobrevida media de 23.5 meses. Concluyen que para el adenocarcinoma pancreático estadios II y III, la electroporación más quimioterapia o quimiorradiación es una combinación prometedora para incrementar la sobrevida.⁶

Desde su identificación en 1996, las neoplasias papilares mucinosas intraductales con displasia de alto grado se catalogan como malignas. Rezaee y cols. (Johns Hopkins) analizaron neoplasias papilares mucinosas intraductales para determinar su malignidad. Estudiaron a 616 pacientes operados, que clasificaron en displasia de bajo, intermedio (48%) y alto grado (23%), y carcinoma invasor (30%). Encontraron una sobrevida global de 55% a 5 años. La sobrevida de las lesiones de alto grado fue superior a la del carcinoma invasor (94 vs. 29 meses). No observaron invasión metastásica de ganglios, perineural ni invasión vascular en las lesiones de alto grado, concluyendo que no debe ser considerado como entidad maligna.⁷

La hipofosfatemia se ha relacionado con complicaciones infecciosas en algunas operaciones abdominales. Sadot y cols. (MSKCC, NY) estudiaron la hipofosfatemia como predictor

de fistula pancreática posresección (grado II o mayor). También analizaron diámetro del conducto, características del parénquima, histopatología de alto riesgo, pérdida hemática, procedimiento y uso de quimioterapia. Entre 465 pacientes encontraron fistulas en 18%. La hipofosfatemia al tercer día posoperatorio, la pérdida hemática (mayor de 400 cc) y las características del parénquima tuvieron un alto valor predictivo negativo (93%). Concluyen que la hipofosfatemia es un excelente predictor de fístula pancreática posresección.⁸

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miura J, Groeschl R, Johnston F, et al. Surgical resection versus ablation for hepatocellular carcinoma less than 3 cm: A population based analysis [abstract]. HPB 2015; 17(Suppl. 1):7.
2. Chapman W, Klintmalm G, Hemming A, et al. Surgical treatment of hepatocellular carcinoma in North America: Can hepatic resection still be justified? J Am Coll Surg 2015; 220:628-637.
3. Agopian V, Harlander-Locke M, Zarrinpar A, et al. A novel prognostic nomogram accurately predicts hepatocellular carcinoma recurrence after liver transplantation: Analysis of 865 consecutive liver transplant recipients. J Am Coll Surg 2015; 220:416-427.
4. Simpson A, Leal J, Pugalenti A, et al. Chemotherapy-induced splenic volume increase is independently associated with major complications after hepatic resection for metastatic colorectal cancer. J Am Coll Surg 2015; 220:271-280.
5. Rosemurgy A, Klein R, Ryan C, et al. Has survival improved following resection for pancreatic adenocarcinoma? [abstract]. HPB 2015; 17(Suppl. 1):4.
6. Martin R, Kwon D, Chalikhonda S, et al. Treatment of 200 locally advanced (stage III) pancreatic adenocarcinoma patients with irreversible electroporation: Safety and efficacy [abstract]. Program of the 135th Annual Meeting, American Surgical Association. 2015:13.
7. Rezaee N, He J, Salman B, et al. High-grade intraductal papillary mucinous neoplasm is not malignancy [abstract]. HPB 2015; 17(Suppl. 1):4-5.
8. Sadot E, Roach L, McIntyre C, et al. Early post-operative hypophosphatemia as a novel predictor of anastomotic failure after pancreatic resection: A risk-prediction tool [abstract]. HPB 2015; 17(Suppl. 1):38.