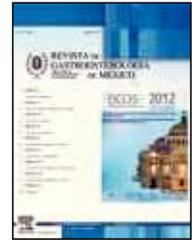


REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## ONCOLOGÍA

# Neoplasias hepatobiliares

## Hepatobiliary tumors

M.A. Mercado<sup>a\*</sup>, A.E. Uribe<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Director de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>b</sup> MPSS, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La resección hepática puede ser curativa en el hepatocarcinoma, si bien es frecuente la recurrencia. La mayor parte de las estimaciones acerca de sobrevida se basan en curvas de Kaplan-Meier y muy pocas en la sobrevida (SV) real. Gluer et al.<sup>1</sup> analizaron la SV a 10 años posresección en pacientes vivos. Después de 10 años tras la resección, 303 de 4,197 pacientes (14 estudios clínicos) estaban vivos con SV real de 7.2% y SV reportada de < 26.8%. Los factores pronósticos fueron función hepática, márgenes libres y amplios, además de ausencia de lesiones satélite. En consecuencia, estos investigadores concluyeron que la sobrevida actuarial sobrestima la sobrevida real.

La hepatectomía mayor se refiere a la resección de más de cuatro segmentos hepáticos. Un estudio retrospectivo de pacientes operados por hepatocarcinoma en cinco centros de Francia, China y Estados Unidos analizó los datos clínico-patológicos de 1,115 pacientes; 539 (48.3%) tuvieron una hepatectomía mayor por tumores con diámetro promedio de 10 cm y en el 22% con lesiones bilaterales. En el 35% se identificó enfermedad hepática crónica y en 60% invasión microvascular. La supervivencia global a 90 días fue de 40%.<sup>2</sup> La SV global a cinco años para pacientes con hepatectomía derecha (n = 332) y extendida (n = 207) fue de 42% y 36%, respectivamente (p = 0.52). Se observó una mejoría en la supervivencia respecto de los periodos analizados: 30%, 40% y 51% para los periodos de 1981-1989, 1990-1999 y 2000-2008, respectivamente. No hubo diferencias en la mortalidad posoperatoria y la supervivencia global entre los centros

participantes. De esta manera, se sugiere que las indicaciones para este tipo de intervención pueden extenderse, en función de que los resultados han mejorado en grado considerable en las últimas décadas.<sup>2</sup>

Earl et al.<sup>3</sup> analizaron una SV similar posterior a la resección hepática y el trasplante hepático por hepatocarcinoma. En un estudio retrospectivo en 188 pacientes evaluaron la SV posintervención (121 trasplantados y 67 resecados). Los pacientes sometidos a resección tenían un promedio de edad más alta (62.3 ± 12), menor prevalencia de HCV (37% vs 71%, p < 0.001) y menor probabilidad de ser considerados por los criterios de Milán (43% vs 92%, p < 0.001). Al realizar un análisis univariado, la SV a cinco años y la supervivencia libre de enfermedad fueron mejores en los trasplantados (60% vs 40%, p < 0.004, y 56% vs 25%, p < 0.001). Por otra parte, el análisis multivariado que consideró edad, virus de la hepatitis C, terapia preoperatoria y criterios de Milán no reveló ventajas respecto de los pacientes trasplantados (HR, 1.45; p = 0.31). En conclusión, la resección secundaria a hepatocarcinoma no muestra diferencias respecto del trasplante, con excepción del periodo libre de enfermedad. Es decir, la resección debe utilizarse como tratamiento primario para los pacientes con hepatocarcinoma elegibles para una intervención quirúrgica.<sup>3</sup>

Un estudio retrospectivo de dos instituciones en 69 pacientes (edad promedio de 69 años; 42% de hombres), 32 de ellos sin resección hepática, evaluó los factores pronósticos luego de una resección definitiva secundaria a carcinoma

Autor para correspondencia: Vasco de Quiroga No. 15, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, México, D. F., C.P. 14050. Teléfono: 01 (55) 5487 0900 ext. 2130 y 2131.

Correo electrónico: mercadodiazma@yahoo.com (M.A. Mercado).

localizado en la vesícula biliar; las medias de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) con y sin enfermedad fueron de 28.5 y 22.6 meses, respectivamente. La supervivencia se evaluó mediante curvas de Kaplan-Meier; asimismo, realizaron análisis univariado y multivariado. En el 81%, el diagnóstico fue un hallazgo incidental durante la colecistectomía; 78% se sometió a resección hepática, a 73% se le practicó por lo menos una biopsia ganglionar y 24% fue objeto de resección del colédoco. De acuerdo con el análisis univariado, la supervivencia con o sin enfermedad se vio disminuida si el colédoco se encontraba afectado, así como también si había márgenes positivos ( $p < 0.001$ ). Por lo anterior, se recomienda un tratamiento agresivo inicial cuando hay invasión al colédoco, ya que éste es un grupo con alto riesgo de recurrencia de la enfermedad<sup>4</sup>. En un estudio retrospectivo con seguimiento a 21 años de pacientes operados por cáncer vesicular en estadio T1, la supervivencia a cinco años después de la colecistectomía, colecistectomía y disección ganglionar o colecistectomía radical fue de 50%, 70% y 79%, respectivamente ( $p < 0.0001$ ). Una proporción de 29% de 2,788 falleció a causa del carcinoma. El tipo de tratamiento quirúrgico y la menor edad resultaron factores de buen pronóstico ( $p < 0.001$ ), mientras que el uso de radiación redujo la supervivencia ( $p = 0.0002$ ). Los autores concluyeron que el uso único de colecistectomía no es adecuado para el tratamiento del cáncer vesicular<sup>5</sup>.

Mathur et al. señalaron en un estudio retrospectivo (1996-2008) con 132 pacientes sometidos a trasplante hepático ortotópico (THO) por adenocarcinoma que la obesidad fue un factor de mal pronóstico vinculado con morbilidad y recurrencia temprana del cáncer. Los factores analizados fueron edad, sexo, índice de masa corporal, isquemia, complicaciones y supervivencia. Las complicaciones se agruparon de acuerdo con la clasificación de Clavien-Dindo (I-V). Los resultados permiten establecer que la obesidad se relaciona con complicaciones que pueden poner en riesgo la vida y afecta directamente la supervivencia. Por otro lado, revelan que el índice de masa corporal es un marcador pronóstico de recurrencia temprana y debe tomarse en cuenta en todos los pacientes<sup>6</sup>. En 268 individuos con hepatocarcinoma (21% portadores de HBV y 41% de HCV) el tamaño promedio de los tumores para los pacientes resecaados y trasplantados fue de 3.18 y 3.02, respectivamente. La recurrencia encontrada fue de 56% para resecaados y 13.1% para trasplantados ( $p < 0.0001$ ). A su vez, la supervivencia global a uno, tres y cinco años fue de 47%, 40% y 23% para resecaados y 59%, 49% y 33% para trasplantados, respectivamente<sup>7</sup>.

En otro estudio retrospectivo en 154 pacientes con hepatocarcinoma, 58 satisficieron los criterios de Milán; la supervivencia global dentro y fuera de estos criterios fue de 63% y 48%, respectivamente ( $p = 0.07$ ). La media de supervivencia para los pacientes con PET positivo y negativo fue de 2.7 y 6.1 años, respectivamente. Los autores concluyeron que si bien un PET positivo revela en apariencia una disminución de la supervivencia, se necesitan más estudios que lo validen<sup>8</sup>.

Witkowski et al. evaluaron el papel de la colecistectomía profiláctica en el cáncer vesicular. Estos investigadores crearon un modelo con un software especializado (TreeAge)

y seleccionaron a poblaciones endémicas. Concluyeron así que las poblaciones en las que el riesgo de padecer esta neoplasia es mayor de 0.4%, se benefician del uso temprano de USG o incluso de colecistectomía profiláctica, si se considera la alta letalidad de este padecimiento<sup>9</sup>.

Por último, otro estudio evaluó el efecto de la quimioterapia y radiación en 22 pacientes para THO en el colangiocarcinoma irresecable. La probabilidad de SV con curvas de Kaplan-Meier a uno, dos y tres años fue de 90%, 70% y 63%, mientras que la SV a cinco años fue de 0% a 18% para el carcinoma intrahepático y de 23% a 26% para el extrahepático, sin terapia neoadyuvante. Estos resultados son promisorios para individuos con colangiocarcinoma extrahepático estadios I a IIB (AJCSS) con 100% de sobrevida en un seguimiento a 2.2 años; por otra parte, los resultados no son buenos para sujetos con carcinoma extrahepático estadio III con una sobrevida media de 1.2 años. Estos especialistas concluyeron que esto resalta la necesidad de realizar una evaluación correcta antes de practicar la cirugía<sup>10</sup>.

## Financiamiento

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

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Gluer AM, Cocco N, Laurence JM, et al. Systematic review of actual 10- year survival following resection for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2012;14:285-90.
2. Andreou A, Vauthey JN, Cherqui D, et al. Improved long-term survival after major resection for hepatocellular carcinoma: a multicenter analysis based on a new definition of major hepatectomy. *HPB (Oxford)*. 2012;14(Suppl. 1):200.
3. Earl TM, Naugler S, Scott D, et al. Hepatic resection offers similar overall survival to transplantation for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2012;14:20-21.
4. Eil RL, Hansen PD, Cassera M, et al. Bile duct involvement portends poor prognosis in resected gallbladder carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2012;14:21-22.
5. Hari DM, Howard J, Chiu CG, et al. A 21-year analysis of T1 gallbladder carcinoma: Is cholecystectomy alone adequate? *HPB (Oxford)*. 2012;14:33-34.
6. Mathur A, Leone JP, Franco ES, et al. Obesity portends and increased morbidity, abbreviated survival and early recurrence following olt for hepatocellular carcinoma. *HPB (Oxford)*. 2012;14:50-51.
7. Pleretti R, Bassit U, Ligorio M, et al. HCC: Resect or transplant. *HPB (Oxford)*. 2012;14:63.
8. Simoneau E, Jamal M, Aljiffry M, et al. The prognostic utility of FDG-PET CT in the evaluation of patients with hepatocellular carcinoma for liver transplantation. *HPB (Oxford)*. 2012;70:63.
9. Witowski ER, Ragulin E, McDade TP, et al. Surgical outcomes analysis & research. *HPB (Oxford)*. 2012;88:63.
10. Panjala C, Nguyen JH, Al-Hajjaj AN, et al. Impact of neoadjuvant chemoradiation on the tumor burden before liver transplantation for unresectable cholangiocarcinoma. *Liver Transplant*. 2012;18:594-601.