



## Introducción

El hepatocarcinoma (HCC) es una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial, asociada a diferentes factores de riesgo como infecciones, ingesta de alcohol, enfermedades autoinmunes, entre otras [1-2]. Existen diferentes alternativas terapéuticas para el manejo de HCC que van desde terapias ablativas locales, resecciones y trasplante hepático [3]; sin embargo, de todos, el más eficaz es el trasplante hepático porque erradica el tumor como la cirrosis subyacente. Además genera más supervivencia libre de enfermedad, de 70% a 5 años, comparativamente con la resección quirúrgica y los otros métodos percutáneos mencionados [1,3,4].

## Objetivos

Nuestro estudio pretende describir la experiencia de la Fundación Valle de Lili en el trasplante hepático por HCC.

## Métodos

De los pacientes que fueron llevados a trasplante de hígado se seleccionaron aquellos cuyo diagnóstico de base fue HCC. Se realizó un análisis estadístico descriptivo para las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes, el tratamiento utilizado, cambios en la inmunosupresión, infecciones, recurrencia, rechazo agudo y supervivencia del paciente. Para el análisis de supervivencia se usó el método de Kaplan-Meier, con STATA 12.

## Resultados

40 trasplantes hepáticos de 726 realizados, tenían diagnóstico de HCC. Todos los trasplantes fueron de donantes fallecidos. Los pacientes tuvieron entre 1-7 nódulos, el tamaño descrito en la descripción histológica estuvo entre 4-85 mm, mientras que en la descripción imagenológica el tamaño estuvo entre 5-76 mm. En la terapia de mantenimiento se usó: 65% ciclosporina (CsA), micofenolato (M) y prednisolona (P), un 22.5% tacrolimus (TAC), M y P, el 10% CsA y M, en el 2.5% CsA, azatioprina (AZT) y P, finalmente en un 25% se realizó conversión a mTOR (4 debido a neoplasia). Dentro de las complicaciones postrasplante, los pacientes que presentaron estenosis de la vía biliar, la mediana del diagnóstico fue de 6.1 meses (2.7 – 10.4). 4 pacientes presentaron malignidad distribuida así: 2 cáncer de próstata, 2 gástrico y 1 colón. Las causas de muerte fueron debidas a: 2 por no función primaria del injerto, 2 HCC, 2 sepsis y 1 muerte por accidente de tránsito. Dentro de las causas de retrasplante se encontraron una por no función primaria del injerto y otra debido a estenosis biliar severa. La supervivencia global del paciente fue para el primer, quinto y décimo año de 94%, 72% y 72% respectivamente.

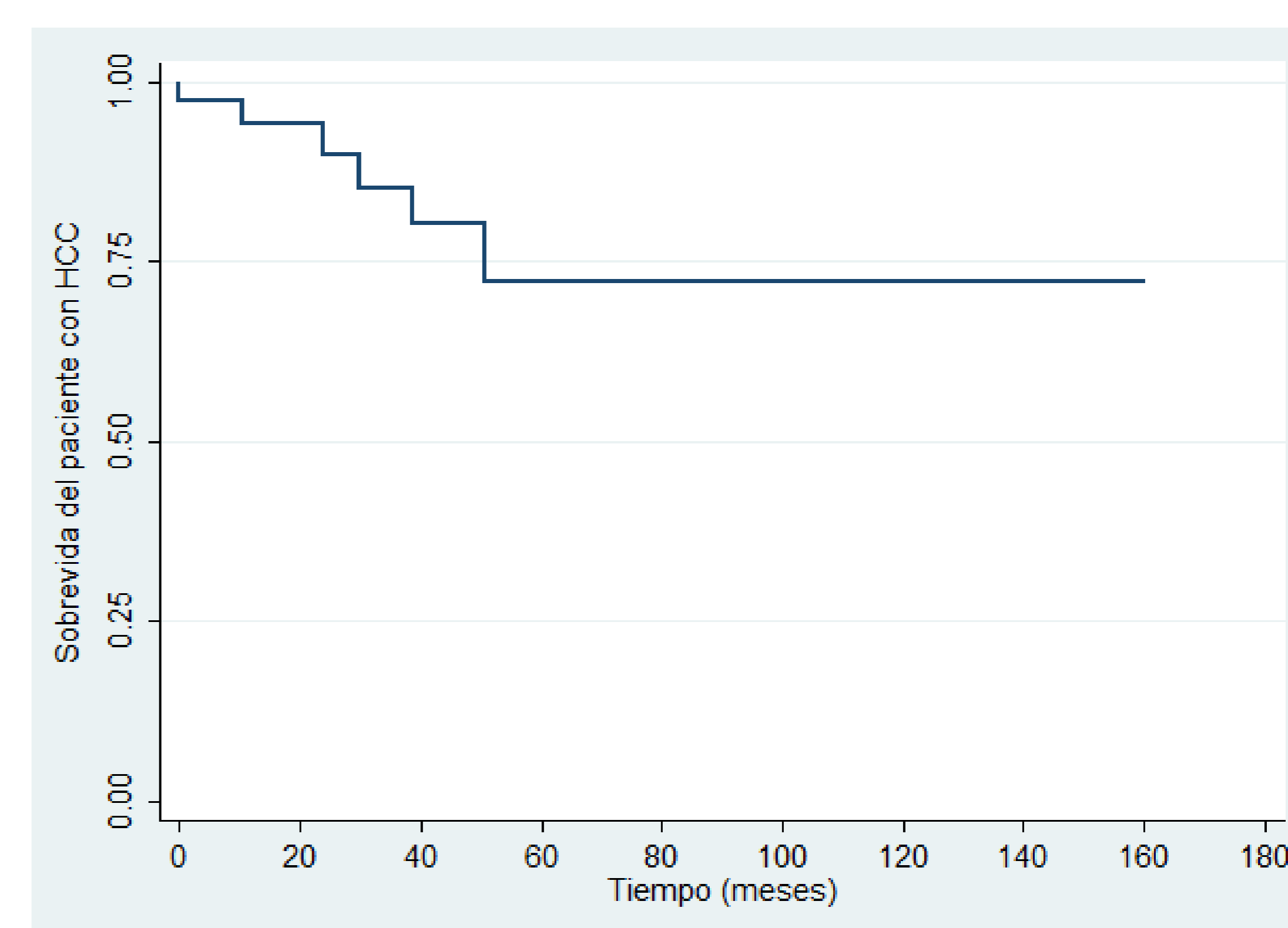
Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica	n=40
Edad (años) mediana (RIC)	63 (56 – 68)
Género, n (%)	
Femenino	19 (47.5)
Masculino	21 (52.5)
Hepatitis C	13 (32.5)
Child-Pugh, n (%)	
A	14 (35)
B	12 (30)
C	3 (5)
SD	12 (30)
Pretrasplante, mediana (RIC)	
Alfafetoproteína	71 ng/ml (8.5 – 300)
Bilirrubina total	1.3 mg/dl (0.94 – 2.65)
Gammaglutamil transferasa	127 U/L (78.5 – 215)
Aspartato amino transferasa	67.5 U/L (39.5 – 131)
Alanino amino transferasa	41.8 U/L (30.7 – 126)
Egreso, mediana (RIC)	
Bilirrubina total	1.06 mg/dl (0.73 – 1.7)
Gammaglutamil transferasa	375 U/L (173 – 477)
Aspartato aminotransferasa	29 U/L (20 – 48)
Alanino aminotransferasa	80 U/L (56.7 – 187)
Tiempo de isquemia (horas) mediana (RIC)	9 (6.5 – 10.5)
Tiempo de seguimiento (meses) mediana (RIC)	29 (9 – 50)

Tabla 2. Complicaciones postrasplante

Complicaciones	n=40 (%)
Estenosis biliar	11 (27.5)
Rechazo agudo	10 (25)
Muerte	7 (17.5)
Malignidad	5 (12.5)
CMV	3 (7.5)
Recurrencia	3 (7.5)
Retrasplante	2 (5)

Figura 1. Supervivencia del paciente



## Conclusiones

La Fundación Valle de Lili es centro de referencia del suroccidente colombiano en trasplante hepático adulto. Los datos observados son un aporte a los pocos estudios realizados en este ámbito en América Latina, siendo comparables con los reportados en otros grupos de trasplantes.

## Bibliografía

- Roayaie K, Roayaie S. Liver transplant for hepatocellular cancer: very small tumors, very large tumors, and waiting time. Clin Liver Dis. 2014 Aug;18(3):603-12.
- Lafaro KJ, Demirjian AN, Pawlik TM. Epidemiology of hepatocellular carcinoma. Surg Oncol Clin N Am. 2015 Jan;24(1):1-17.
- Saraswat VA, Pandey G, Shetty S. Treatment algorithms for managing hepatocellular carcinoma. J Clin Exp Hepatol. 2014 Aug;4(Suppl 3):S80-9.
- Menon KV, Hakeem AR, Heaton ND. Review article: liver transplantation for hepatocellular carcinoma - a critical appraisal of the current worldwide listing criteria. Aliment Pharmacol Ther. 2014 Oct;40(8):893-902.