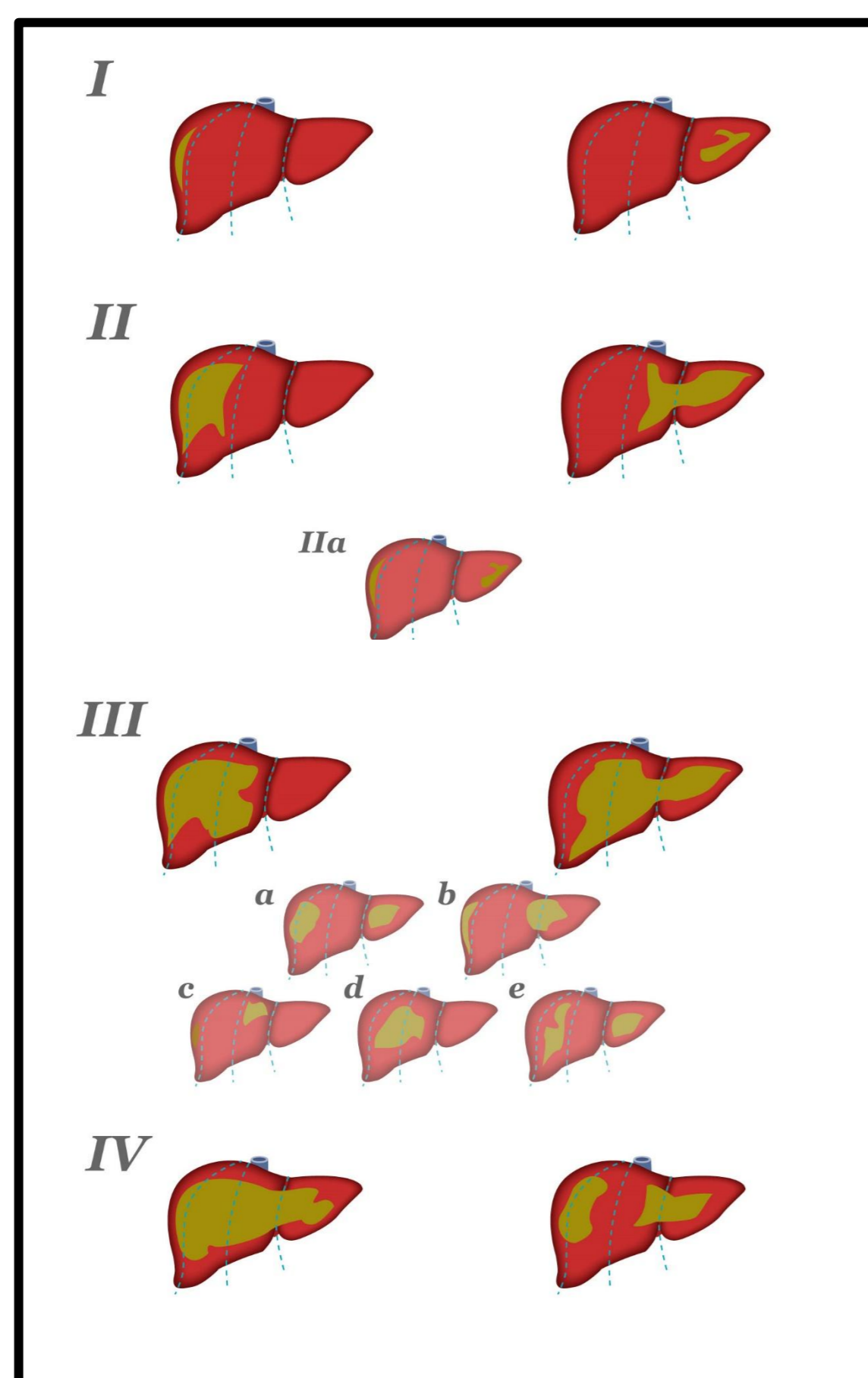




Introducción

El Hepatoblastoma es el tumor primario de hígado más común en la población pediátrica, durante los tres primeros años de vida [1], con una incidencia de 0.5 a 2 por millón de habitante [2]. La introducción y estandarización de protocolos de evaluación y estratificación de riesgo PRETEXT y POSTEXT, al igual que las pautas de manejo SIOPEL, han permitido un incremento mayor al 50% en la supervivencia global [3-4]; sin desconocer el rol de la centralización de dichos pacientes en entidades multidisciplinarias que al tratarse de patologías de baja prevalencia permite la concentración de la experiencia necesaria para asegurar la experticia y suficiencia con el objetivo de ofrecer resultados óptimos [5-8].

Figura 1. PRETEXT sistema de clasificación. POSTEXT es usado para denotar la extensión tumoral después de la quimioterapia prequirúrgica. PRETEXT, pretreatment extent of disease; POST-TEXT, posttreatment extent of disease.



Objetivos

El objetivo del presente estudio es evaluar las características biodemográficas, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y sobrevida de pacientes con hepatoblastoma.

Métodos

Análisis retrospectivo (n=17)

Historias Clínicas

- | | | | |
|---|--|--|--------------------------|
| 1) Variables demográficas y antecedentes prenatales | 2) Herramientas diagnósticas y clasificación histológica | 3) Tratamiento quirúrgico y/o quimioterapéutico y complicaciones | 4) Desenlace y sobrevida |
|---|--|--|--------------------------|

Resultados

Tabla 1. Reporte niveles de AFP, tamaño y clasificación PRETEXT. Tipo de quimioterapia neoadyuvante, ciclos y clasificación POSTEXT.

Caso	Edad (meses)	α feto niveles ($\mu\text{g/ml}$)	Tamaño tumor** (cm)	PRETEXT	Esquema Quimioterapia	Ciclos Neoadyuvancia	POSTEXT
1	7	524	8	SD	C5V	5 e	III
2	12	400	6,1	I	CISP + DOXO	2 e	I
3	36	1210	14	III	CISP + DOXO	8 e	II
4	36	32222	17	IV	CISP + DOXO + CARBO	5 e	IV
5	11	268752	4,4	III	CISP + DOXO	6 e + 1	III
6	36	35350	4	III	CISP + DOXO	4	III
7	12	7000	10	II	CISP + DOXO	2 e	SD
8	36	300000	7,4	II	CISP + DOXO	2 e	SD
9	10	60500	13	II	C5V	4	II
10	24	475,25	7	II	C5V	10 e + 1	II
11	25	246,87	16	III	CISP + DOXO + CARBO	3 e + 3	III
12	15	202000	12	I	CISP + DOXO	0	NA
13	13	139912	11,2	II	CISP + DOXO	0	NA
14	12	1000	9,5	IV	CISP + DOXO + CARBO	2 e + 1	IV
15	8	1210	12	II	NA	0	NA
16	25	138771	14	II	CISP + DOXO	0	NA
17	12	95000	9,4	IV	C5V	4 e + 1	IV

** Diámetro mayor de lesión tumoral reportado en las imágenes diagnósticas. C5V: Vincristina, 5 -flourouracilo y cisplatino; CISP: Cisplatino; DOXO: Doxorubicina; CARBO: Carboplatino. e: Ciclo extrahospitalario, SD: sin dato, NA: No aplica.

Tabla 2. Tipo de intervención quirúrgica, adyuvancia, clasificación Clavien Dindo y recurrencia

Caso	Procedimiento Quirúrgico	Tipo procedimiento quirúrgico	Adyuvancia	Clavien-Dindo	Recurrencia
1		Donante cadavérico Split	4	II	NO
4		Donante cadavérico	2	II	NO
5		Donante cadavérico reducido	2	IVa	SI
8	Trasplante	Donante cadavérico reducido	3	II	NO
10	Hígado	Donante cadavérico reducido	0	I	NO
14		Trasplante donante vivo (Seg II y III)	3	IVa	NO
15		Donante cadavérico reducido	NA	IV	NO
16		Donante cadavérico reducido	NA	V	NO
2		Segmentectomía	4	I	NO
3		Trisegmentectomía	4	II	NO
6		Bisegmentectomía	4	I	NO
7		Trisegmentectomía	4	I	NO
9	Resección	Segmentectomía	1	I	NO
11		Segmentectomía	NA	IIIb	NO
12		Trisegmentectomía	4	II	NO
13		Hepatectomía ampliada	4	I	NO
17	No candidato (Metástasis)	Restricciones quirúrgicas	4	NA	NA

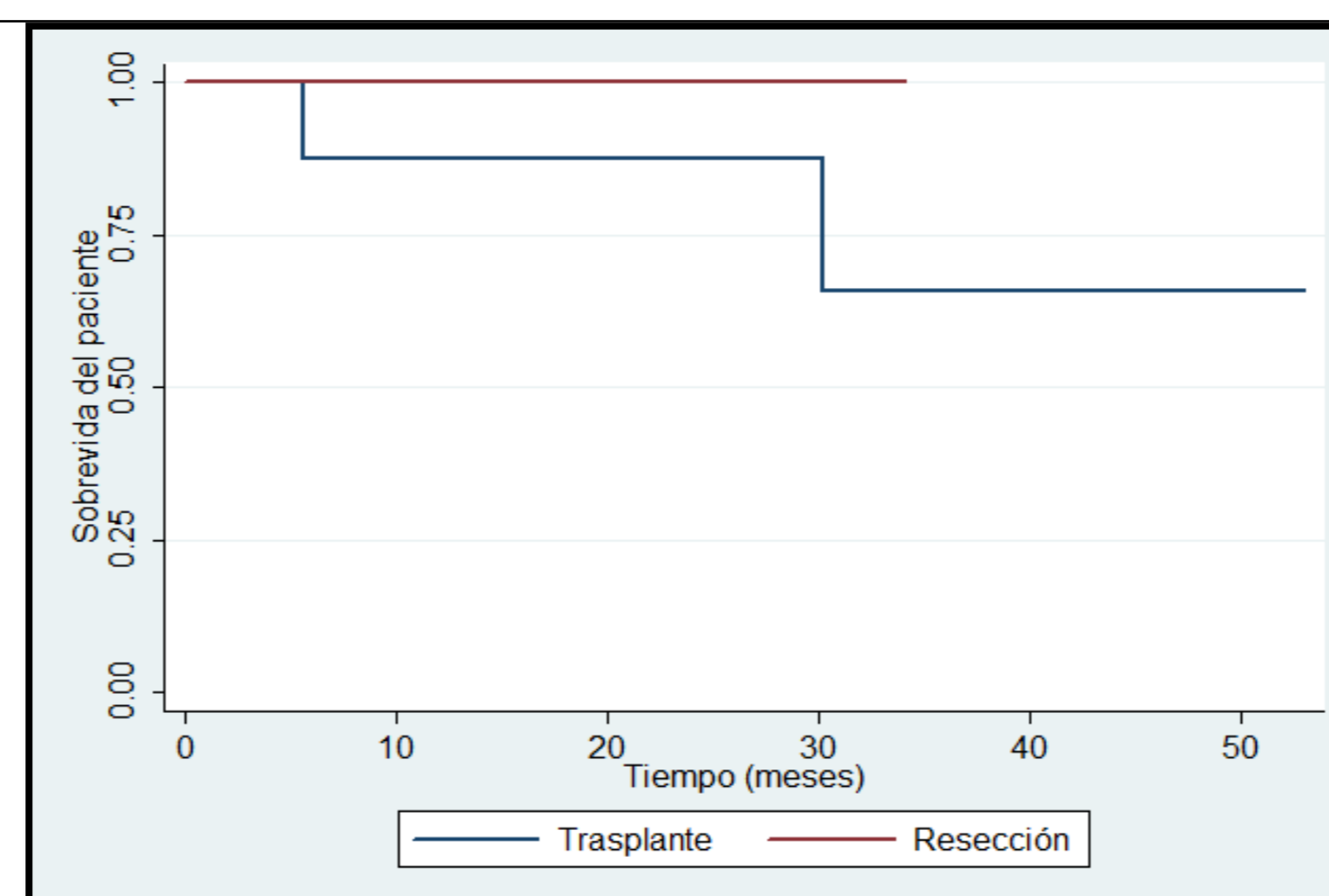


Figura 3. Sobrevida según la intervención (trasplante o resección) entre 2011 – 2014.

Conclusiones

El porcentaje de pacientes resecables para esta serie de casos es alto comparado con lo reportado en las series internacionales. Las complicaciones quirúrgicas registradas para la resección y trasplante en la serie de casos son equiparables a lo reportado en la literatura. El manejo de esta patología debe ser realizada en centros de referencia por grupos multidisciplinarios con experiencia de forma temprana, aumentando así la probabilidad de sobrevida de los pacientes.

Bibliografía

- Czauderna P, Lopez-Terrada D, Hiyama E, Haberle B, Malogolowkin MH, Meyers RL: Hepatoblastoma state of the art: pathology, genetics, risk stratification, and chemotherapy. *Curr Opin Pediatr* 2014, 26(1):19-28.
- Spector LG, Birch J: The epidemiology of hepatoblastoma. *Pediatr Blood Cancer* 2012, 59(5):776-779.
- Linabery AM, Ross JA: Trends in childhood cancer incidence in the U.S. (1992-2004). *Cancer* 2008, 112(2):416-432.
- Meyers RL, Tiao G, de Ville de Goyet J, Superina R, Aronson DC: Hepatoblastoma state of the art: pre-treatment extent of disease, surgical resection guidelines and the role of liver transplantation. *Curr Opin Pediatr* 2014, 26(1):29-36.
- Maibach R, Roebuck D, Brugieres L, Capra M, Brock P, Dall'Igna P, Otte JB, De Camargo B, Zsiros J, Zimmermann A, et al: Prognostic stratification for children with hepatoblastoma: the SIOPEL experience. *In Eur J Cancer. Volume 48*. England: 2011 Elsevier Ltd; 2012: 1543-1549.[vol 10].
- Hishiki T: Current therapeutic strategies for childhood hepatic tumors: surgical and interventional treatments for hepatoblastoma. *Int J Clin Oncol* 2013, 18(6):962-968.
- Haeberle B, Schweinitz D: Treatment of hepatoblastoma in the German cooperative pediatric liver tumor studies. *In Front Biosci (Elite Ed). Volume 4*. United States; 2012: 493-498.
- Malogolowkin MH, Kalzenstein HM, Krailo M, Meyers RL: Treatment of hepatoblastoma: the North American cooperative group experience. *In Front Biosci (Elite Ed). Volume 4*. United States; 2012: 1717-1723