

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Resultados en el tratamiento del Hepatocarcinoma en paciente cirrótico empleando la radiofrecuencia asociada a ecografía hepática intraoperatoria mediante abordaje laparoscópico

Autores:

Autor presentador:

Hipólito Durán

Resto de autores:

Eduardo Díaz; Isabel Fabra; Ramón Puga; Benedetto Ielpo; Catalina Oliva; Ricardo Carusso; Yolanda Quijano; Emilio Vicente

Institución:

Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Resumen de comunicación:

Introducción:

La ablación por radiofrecuencia (ARF) se ha impuesto en el tratamiento del hepatocarcinoma (HCC) irresecable o como terapia puente al trasplante. Sin embargo, su aplicación percutánea en nódulos de difícil acceso puede ocasionar sangrado o agresión térmica a órganos vecinos. La ARF laparoscópica evitaría tales lesiones. Así mismo, la laparoscopia permite asociar a la ARF la ecografía hepática intraoperatoria, lo que incrementaría el rendimiento diagnóstico-estadificación más precisa-, de la RM y del TAC identificando nódulos hasta entonces no vistos

Objetivo:

Estudiar la morbilidad de la técnica y si la asociación de la ecografía laparoscópica ha incrementado en nuestra serie el rendimiento diagnóstico de la RM y el TAC.

Material y método:

12 pacientes cirróticos con HCC sometidos a ARF y ecografía intraoperatoria laparoscópica entre Junio 2008-Mayo 2010. HCC resecaos, mayores a 5cm, con trombosis portal, o asociados a enfermedad hepática severa, fueron excluidos del estudio.

Resultados:

La exploración de toda la cavidad abdominal y la exploración ecográfica intrahepática por laparoscopia fue posible en 10 pacientes. En los 2 restantes el bloqueo adherencial presente dificultó la técnica.

La ecografía hepática intraoperatoria identificó 6 nuevos nódulos (33%) en comparación con los estudios de imagen preoperatorios. Los 6 nuevos nódulos fueron puncionados con trucut y confirmados en estudio patológico diferido. Además en dos pacientes advirtió incontable número de nódulos cuando los estudios de imagen referían 3 y 5 respectivamente. El tamaño medio de las

lesiones no vistas en los estudios preoperatorios fue de 13mm ($p<0,05$).

Un total de 27 nódulos han sido tratados con ARF (tamaño medio 25,15mm [5-50mm]). El tiempo quirúrgico medio fue 97 min (63-129). Las pérdidas sanguíneas en todos los casos fueron mínimas. No hubo morbilidad. Tampoco mortalidad. La estancia media postoperatoria fue 4 días (2-5).

El intervalo medio de seguimiento ha sido 20,5 meses (13-32). 7 nódulos en 6 pacientes (50%) han precisado al menos una quimioembolización (tamaño medio 44,71 mm [28-50mm]) ($p<0,05$). 11 pacientes permanecen vivos, 7 con enfermedad estabilizada, 3 con nueva enfermedad hepática y 1 con enfermedad extrahepática. 1 paciente con enfermedad extrahepática al diagnóstico falleció a los 13 meses.

Conclusiones:

La ARF por abordaje laparoscópico es una técnica segura sin morbimortalidad que en casos bien seleccionados permite a medio plazo un control local del HCC. Si el tamaño del nódulo es mayor a 4cm es preciso asociar una quimioembolización. La ecografía hepática intraoperatoria por laparoscopia ha incrementado en un 33% el rendimiento diagnóstico de la TAC y la RM preoperatoria.