

## COMUNICACIONES ORALES

### Mesa Comunicaciones IV

#### 27. PAPEL DE LA CPRE INTRAOPERATORIA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

M. Tercero Lozano; F. Padilla Ávila; R. Martínez García; M. Pérez Durán; G. Carrillo Ortega; F. Morales Alcazar; E. Baeyens Cabrera

Complejo Hospitalario Jaén, Unidad Aparato Digestivo.

##### Introducción

La colecistectomía laparoscópica ha reemplazado a la abierta como tratamiento elección durante dos últimas décadas. Debido a que extracción laparoscópica de coledocolitiasis es técnicamente más factible, deben realizarse nuevas comparaciones entre abordaje quirúrgico y endoscópico para extracción de mismas.

##### Objetivos

Analizar nuestra experiencia en tratamiento de colecoledocolitiasis de forma conjunta con cirugía general, con CPRE intraoperatoria postcolecistectomía laparoscópica como alternativa a la técnica habitual con CPRE preoperatoria.

##### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 29 pacientes, entre Enero 2009-Junio 2010, con colelitiasis sintomáticas y riesgo moderado-alto coledocolitiasis confirmado con pruebas de imagen.

##### Resultados

La edad media fue  $71,48 \pm 11,77$  años, 51,7% varones y 48,3% mujeres. 37,9 % de pacientes tenía riesgo anestésico ASA II, 48,3 % ASA III, 10,3 % ASA I y un paciente (3,4 %) presentó ASA IV. Se logró acceso a vía biliar en 27 pacientes (93,1 % éxito) fracasando en dos (6,9%). Los resultados obtenidos fueron coledocolitiasis 48,3 %, barro biliar 6,9 %, no hubo evidencia de barro ni cálculos 31 %, dos pacientes con ampuloma y dos que fracasó la CPRE. La evolución fue satisfactoria en 22 de 29 pacientes (75,8 %), presentando complicaciones 7 enfermos, 3 hemorragias

postesfinterotomía, 2 reacciones pancreáticas leves y 2 abscesos posquirúrgicos. Tasa de conversión a cirugía abierta fue 10,3 %. La estancia media de ingreso fue  $10,55 \pm 8,842$  días. La mortalidad fue 0 %.

##### Conclusiones

La laparoscopia asociada a CPRE intraoperatoria, permite porcentaje más elevado de éxito en extracción cálculos, estancia hospitalaria más corta y menor morbimortalidad. Resuelve patología biliar en un solo tiempo y poder reconvertir en caso de fracaso CPRE. Realizándola postcolecistectomía evitamos distensión asas intestinales que dificultan la laparoscopia.

#### 28. EL PAPEL DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA-PAAF EN EL DIAGNÓSTICO DE LOES EN NUESTRO SERVICIO.

R. Carreño González; A. Gálvez Miras; E. Martínez Amate; M. Rodríguez Manrique; M. Anguita Montes; F. Bravo Castillo; J. Vega Sáenz

Hospital Torrecárdenas, Aparato Digestivo.

##### Introducción

La ultrasonografía endoscópica (USE) y la punción-aspiración con aguja fina guiada por USE (PAAF-USE) son unas técnicas fundamentales en el estudio de lesiones de la pared del tubo digestivo superior y de lesiones adyacentes al mismo. LA USE-PAAF ofrece la posibilidad de realizar un estudio anatomopatológico, evitando procedimientos más agresivos.

##### Objetivos

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes a los que se ha realizado USE +/- PAAF en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas (CHT).

- Valorar las indicaciones y características de la técnica.

- Evaluar la seguridad de la exploración. -Valorar la rentabilidad diagnóstica de la USE-PAAF en el estudio de las lesiones de páncreas.

##### Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo que incluye a todos los pacientes a los que se haya ha realizado USE +/- PAAF en el CHT desde el 1 de Enero de 2009 hasta Junio de 2010. La técnica se realizó con ecoendoscopio sectorial de 5-10 MHz y aguja de 22 Gauges.

## Resultados

Se estudió a 86 pacientes (48 hombres y 38 mujeres), con una edad media de 60,98 años. El procedimiento se realizó bajo sedación profunda en el 100% de los pacientes, controlada por endoscopista y con personal de enfermería entrenado. La vía de punción más utilizada fue la transduodenal (65%). El 68.6% de las lesiones en las que se realizó PAAF eran pancreáticas y el 16.3% mediastínicas. El resultado citológico de todas las PAAF realizadas reveló malignidad en el 20.2%, ausencia de malignidad en el 52.4%, atipia en el 4.8%, sospechoso de malignidad en el 7.1% y no concluyente en el 15.5%. Los diagnósticos finales mostraron adenocarcinoma de páncreas en el 33.3%, lesiones benignas-pancreatitis en el 16.7%, tumores quísticos en el 11.9%, neoplasia de pulmón en el 13.1%, quiste simple en el 5.8% y linfoma en el 1.2%. Las lesiones malignas pancreáticas se localizaron en cabeza pancreática en el 60.7%, tenían un tamaño medio de 42.30 mm con rangos comprendidos entre 30-74 mm. El 50% de ellas presentaron invasión vascular. No se realizó intervención quirúrgica en el 64.3% de los pacientes; el 21.4% recibió cirugía paliativa y en el 14.3% se tomaron biopsias. En ningún caso se practicó cirugía curativa ya que en esta circunstancia no es necesario realizar PAAF. Para el diagnóstico del cáncer de páncreas obtuvimos una correlación del 64.3% entre los resultados de la PAAF y el diagnóstico final. No se evidenciaron complicaciones derivadas de la técnica, ni efectos adversos de importancia con la sedación empleada.

## Conclusiones

La USE-PAAF en el CHT se considera una técnica segura y con gran rentabilidad diagnóstica. Es indispensable en el estudio de las lesiones pancreáticas, ya que permite seleccionar a los pacientes para el tratamiento quirúrgico, evitando intervenciones innecesarias.

### 29. DILATACIÓN PAPILAR CON BALÓN COMBINADA CON ESFINTEROTOMÍA EN LA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA COLEDOLITIASIS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

M. Soto Escribano<sup>1</sup>; P. Ruiz Cuesta<sup>2</sup>; A. Hervás Molina<sup>1</sup>; J. Benítez Cantero<sup>1</sup>; V. García Sánchez<sup>1</sup>; M. Pleguezuelo Navarro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo; <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo.

## Introducción

La esfinterotomía endoscópica (EE) combinada con la dilatación papilar con balón (DPB) se ha propuesto como una técnica eficaz y segura en casos de acceso papilar dificultoso o coledocolitiasis grandes.

## Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de la combinación de EE con DPB en la extracción de coledocolitiasis en pacientes con papilas de difícil acceso o coledocolitiasis de gran tamaño.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes en los que se realizó EE y DPB por dificultad de extracción de coledocolitiasis. Se recogieron las características clínicas de estos pacientes, resultados terapéuticos y complicaciones.

## Resultados

Se incluyeron 19 casos de coledocolitiasis, en 17 pacientes, a los que se les realizó EE con DPB con una media de 79 años. Uno con colangitis asociada y tres para completar extracción. Se optó por esta técnica en grandes litiasis (74%) o por dificultad de acceso papilar (26%), bien por papilas intradiverticulares (52.6%) o por reconstrucciones Billroth II (10.5%). El tamaño litiásico medio fue de 16 mm y el calibre medio de la vía biliar de 17 mm. La extracción completa de cálculos fue de un 89%. Como complicaciones se registró una perforación (5.2%) que se manejó de forma conservadora y una hemorragia post-esfinterotomía (5.2%) que se trató endoscópicamente. No existió mortalidad.

## Conclusiones

La combinación de EE con DPB parece ser una técnica eficaz para el tratamiento de coledocolitiasis de gran tamaño o en accesos papilares dificultosos, pero no exenta de complicaciones. Sin embargo, se precisan estudios controlados para demostrar esta aseveración.

### 30. ¿SERÍA RECOMENDABLE MODIFICAR EL PUNTO DE CORTE DE LA DEFINICIÓN DE CRONICIDAD EN EL DAÑO HEPÁTICO IDIOSINCRÁSICO INDUCIDO POR FÁRMACOS (DILI)?

Y. Borraz<sup>1</sup>; G. Peláez<sup>2</sup>; M. Romero-gómez<sup>3</sup>; M. Robles<sup>4</sup>; J. Durán<sup>5</sup>; R. Planas<sup>6</sup>; J. Navarro<sup>7</sup>; H. Hallal<sup>8</sup>; S. Blanco<sup>9</sup>; S. Ávila<sup>10</sup>; J. Solis-herruzo<sup>11</sup>; R. Pérez-álvarez<sup>12</sup>; M. Bruguera<sup>13</sup>; F. Pons<sup>14</sup>; J. Primo<sup>15</sup>; A. Castiella<sup>16</sup>; J. Salmerón<sup>17</sup>; A. Gila<sup>17</sup>; R. Solá<sup>18</sup>; F. Rodríguez<sup>7</sup>; J. Montero<sup>19</sup>; M. Berenguer<sup>20</sup>; F. Díaz-garcía<sup>21</sup>; M. Lucena<sup>1</sup>; R. Andrade<sup>4</sup>

<sup>1</sup>H. Virgen de la Victoria, Málaga, Servicio de Farmacología Clínica. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas; <sup>2</sup>H. Torrecárdenas, Almería, Servicio de Farmacología Clínica; <sup>3</sup>H. Valme, Sevilla, Unidad de Hepatología; <sup>4</sup>H. Virgen de la Victoria, Málaga, Unidad de Hepatología. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>5</sup>H. Virgen de la Macarena, Sevilla, Unidad de Hepatología; <sup>6</sup>H. Germans Trias i Pujol, Barcelona, Unidad de Hepatología. Centro de

Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>7</sup>H. Costa del Sol, Málaga, Unidad de Hepatología; <sup>8</sup>H. Morales Meseguer, Murcia, Unidad de Hepatología; <sup>9</sup>H. Basurto, Vizcaya, Unidad de Hepatología; <sup>10</sup>H. Xeral-Calde, Lugo, Unidad de Hepatología; <sup>11</sup>H. 12 de Octubre, Madrid, Unidad de Hepatología; <sup>12</sup>H. Central de Asturias, Oviedo, Unidad de Hepatología; <sup>13</sup>H. Clínic, Barcelona, Unidad de Hepatología. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>14</sup>H. Marqués de Valdecilla, Santander, Unidad de Hepatología. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>15</sup>H. Sagunto, Valencia, Unidad de Hepatología; <sup>16</sup>H. Mendaró, Guipúzcoa, Unidad de Hepatología; <sup>17</sup>H. San Cecilio, Granada, Unidad de Hepatología. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>18</sup>H. Del Mar, Barcelona, Unidad de Hepatología; <sup>19</sup>H. La Princesa, Badajoz, Unidad de Hepatología; <sup>20</sup>H. La Fe, Valencia, Unidad de Hepatología. Centro de Investigación Biomédica en Red: Enfermedades Hepáticas y Digestivas; <sup>21</sup>H. Puerta del Mar, Cádiz, Unidad de Hepatología.

### Objetivos

Encontrar coherencia, homogeneidad y objetividad en la definición de cronicidad y evaluar el pronóstico a largo plazo de los pacientes con un daño hepático idiosincrásico inducido por fármacos (DILI).

### Material y métodos

Se incluyeron pacientes DILI desde 1994-2009. Se definió cronicidad como la persistencia de las alteraciones hepáticas más de 3 (hepatocelular, HC) ó 6 meses (colestásica/mixta, Col/Mix) tras la retirada del fármaco.

### Resultados

De 249 pacientes, un 47% evolucionó a la cronicidad, 75 pacientes crónicos resolvieron los parámetros bioquímicos hepáticos mostrando el mejor punto de corte en 359 días. La cronicidad mayor de 1 año se asoció con: duración del tratamiento y latencia significativamente mayores. En 38 pacientes (15,3%) el daño no se resolvió al final de un seguimiento medio de 44 meses. La duración media del tratamiento y latencia mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el daño col/mix de los pacientes con un daño autolimitado (N=73) [(media, 45 días (1-732) y (media, 10 días (0-94), p=0,005)] y entre el daño col/mix de los pacientes crónicos persistentes (N=18) [(media, 157 días (5-1827) y (media, 35 días (0-308), p=0,027]. El rash también se asoció al daño crónico col/mix (28%, p=0,020).

### Conclusiones

- La evolución a la cronicidad es un fenómeno frecuente (15,3%).

- El mejor punto de corte para discriminar el verdadero daño crónico de una resolución prolongada sería de un año.

- El rash, latencia y duración de tratamiento están asociados a una cronicidad persistente col/mix. Financiación:

FIS PI-041688 y Agencia Española del Medicamento. CIBERehd financiado por ISCIII.

### 31. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN CIRRÓTICOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO.

I. Grilo<sup>1</sup>; J. Pascasio<sup>2</sup>; F. Ortega<sup>3</sup>; M. Rodríguez-Puras<sup>4</sup>; J. Tirado<sup>5</sup>; J. Sousa<sup>6</sup>; M. Ferrer<sup>6</sup>; M. Sayago<sup>6</sup>; A. Giraldez<sup>6</sup>; M. Gómez-bravo<sup>7</sup>; J. Márquez<sup>6</sup>

<sup>1</sup>EPS Bajo Guadalquivir. HAR. Ecija/ HUVRocío Sevilla, Ap. Digestivo; <sup>2</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Ap. Digestivo; <sup>3</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla., Enfermedades Respiratorias; <sup>4</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla., Cardiología; <sup>5</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla., Medicina Nuclear; <sup>6</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla., Ap. Digestivo; <sup>7</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla., Cirugía hepatobiliopancreática y trasplante.

### Objetivos

Estudiar la prevalencia, severidad y variables asociadas al síndrome hepatopulmonar (SHP) en cirróticos candidatos a trasplante hepático (CTH).

### Métodos

Estudio prospectivo. Para estimar la prevalencia del SHP se consideraron dos criterios gasométricos: clásico [pO<sub>2</sub> <70 mmHg y/o gradiente alveoloarterial de oxígeno (A-aO<sub>2</sub>) ≥20 mmHg, en posición supina] y actual (A-aO<sub>2</sub> ≥15 mmHg, en posición sentada) El SHP se clasificó según la pO<sub>2</sub> (mmHg) en: leve (<80), moderado (60-80), severo (50-60) y muy severo (<50). Se investigó la asociación entre el SHP y variables generales, de hipertensión portal (HTP) (varices, hipersplenismo, encefalopatía, ascitis), grado de disfunción hepática [Child-Pugh (CP), MELD], tensión arterial media (TAm), ortodesoxia y parámetros respiratorios.

### Resultados

Se estudiaron 316 pacientes consecutivos. El 25,6% cumplían criterios de SHP-clásico y el 26,2% los criterios actuales, siendo el 92,6% leve-moderado. El SHP se asoció a la presencia de ascitis (p=0,022), hipoalbuminemia (p=0,008), mayor puntuación CP (p=0,038), menor TAm (p=0,01), menor capacidad vital (p=0,036) y menor DLCOco (p=0,001). No hubo diferencias en la edad, sexo, etiología, ni en variables clínicas de HTP. No existió diferencia en la presencia de ortodesoxia entre los pacientes con y sin SHP (30,4 vs 32,9%). En el estudio multivariante sólo la puntuación CP (p=0,01) y la ascitis (p=0,03) mantuvieron las diferencias.

### Conclusiones

1) El 25% de los CTH tienen SHP, mayoritariamente leve-moderado.

2) Una mayor puntuación CP y la presencia de ascitis se asociaron al SHP.

3) La ortodesoxia no es característica de los pacientes con SHP.

4) La disminución de la DLCOco se asocia al SHP.

### 32. PREVALENCIA Y SEVERIDAD DEL SÍNDROME HEPATOPULMONAR EN CIRRÓTICOS CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA Y EVOLUCIÓN TRAS EL TRASPLANTE.

I. Grilo<sup>1</sup>; J. Pascasio<sup>2</sup>; E. Rodríguez-becerra<sup>3</sup>; F. López-pardo<sup>4</sup>; J. Tirado<sup>5</sup>; J. Sousa<sup>2</sup>; M. Ferrer<sup>2</sup>; M. Sayago<sup>2</sup>; Á. Giráldez<sup>2</sup>; M. Gómez-bravo<sup>6</sup>; J. Márquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>EPS Bajo Guadalquivir. HAR. Écija /HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Ap. Digestivo; <sup>2</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Ap. Digestivo; <sup>3</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Enfermedades Respiratorias; <sup>4</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Cardiología; <sup>5</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Medicina Nuclear; <sup>6</sup>HU. Virgen del Rocío. Sevilla, Cirugía hepatobiliopancreática y trasplante.

#### Objetivos

Estudiar la prevalencia y severidad del síndrome hepatopulmonar (SHP) en cirróticos candidatos a trasplante hepático (TH), su influencia en la supervivencia pre y post-TH y la reversibilidad.

#### Pacientes y métodos

Estudio prospectivo. Para estimar la prevalencia del SHP se consideraron dos criterios gasométricos: clásico [pO<sub>2</sub> <70 mmHg y/o gradiente alveoloarterial de oxígeno (A-aO<sub>2</sub>) ≥20 mmHg, en posición supina] y actual (A-aO<sub>2</sub> ≥15 mmHg, en posición sentada). El SHP se clasificó según la pO<sub>2</sub> (mmHg) en: leve (> 80), moderado (60-80), severo (50-60) y muy severo (<50). El análisis de la supervivencia y el seguimiento post-TH se realizó en los pacientes con SHP-clásico, practicándose gasometría arterial y ECOB cada 3-6 meses tras el TH.

#### Resultados

Se estudiaron 316 pacientes. El 25,6% cumplían criterios de SHP-clásico y el 26,2% (48/183) con los criterios actuales. El 92,6% de los SHP fueron leves-moderados, el 6,2% severos y el 1,2% muy severos. La supervivencia media pre-TH fue menor en los pacientes con SHP (34,1 vs 41,6 meses; p=0,08). De los 197 pacientes trasplantados, 41 tenían SHP, sin existir diferencias en la supervivencia post-TH. En los 33 pacientes con SHP supervivientes se observó su reversibilidad en el 100% a los 12 meses (95,6%-6 meses).

#### Conclusiones

1) La mayoría de los casos de SHP en los cirróticos candidatos a TH son leves o moderados.

2) La presencia del SHP tiende a empeorar la supervivencia en lista de TH pero no influye en la supervivencia post-TH.

3) La reversibilidad del SHP es completa dentro del primer año tras el TH.

### 33. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA ALTERACIÓN DE LAS ENZIMAS HEPÁTICAS Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA.

R. Bendezu García; M. Casado Martín; E. Amate Martínez; M. Lázaro Sáez; R. Carreño González; M. Rodríguez Manrique; M. González Sánchez; J. Vega Sáenz

Hospital Torrecárdenas, Aparato Digestivo.

#### Objetivos

La alteración de las enzimas hepáticas es un hallazgo frecuente dentro de las evaluaciones médicas en la población general, entre las causas más frecuentes se encuentran la esteatosis de origen enólico, la hepatitis B y C, la toxicidad por fármacos y el hígado graso no alcohólico. El objetivo de nuestro estudio fue analizar la etiología de la elevación de las transaminasas (TA), gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) y/o fosfatasa alcalina (FA) de los pacientes remitidos a la consulta de alta resolución de hepatología y a su vez comprobar la eficacia de dicha consulta en el diagnóstico etiológico.

#### Métodos

Realizamos un estudio prospectivo de 433 pacientes remitidos a la consulta de alta resolución de hepatología, entre marzo de 2008 y junio de 2010, por presentar alteración de las TA, GGT y/o FA. La primera consulta incluyó una historia clínica completa y los resultados de una analítica previamente realizada que incluía marcadores serológicos para infección por virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC), marcadores de enfermedad celiaca, autoanticuerpos, metabolismo del hierro, ceruloplasmina, alfa-1 antitripsina, hormonas tiroideas y ecografía digestiva. Además, en los casos de hipertransaminasemia en rango de hepatitis aguda se solicitó IgM para virus de hepatitis A (VHA), citomegalovirus (CMV) y Epstein-Barr (VEB).

#### Resultados

El 61% de nuestra serie correspondió a hombres y 39% a mujeres, con una edad media de 49 años (15-97). El 83,4% de los pacientes fueron remitidos por elevación de las

TA de bajo rango (menos de 300UI). En este grupo la etiología más frecuente fue la esteatosis hepática no alcohólica (34%), seguida de esteatosis alcohólica (10,1%), autolimitada (9,1%), infección por VHC (7,5%) y toxicidad por fármacos (7,5%). En un 10% de los pacientes no se llegó a un diagnóstico etiológico. En el grupo remitido por elevación de enzimas de colestasis (2,1%) la causa más frecuente fue toxicidad farmacológica (44%). 40 pacientes fueron remitidos por elevación aislada de GGT, de ellos el 40% presentaba esteatosis no alcohólica, 20% en relación a abuso de alcohol, 20% no se alcanzó al diagnóstico y en un 12% fue autolimitada. Se logró llegar al diagnóstico etiológico en la primera consulta en el 74% del total de la serie y al final del estudio al 90%.

### Conclusiones

La esteatosis hepática no alcohólica fue la responsable de un tercio de las elevaciones de bajo rango de las TA, lo cual está en relación al incremento del síndrome metabólico en los últimos años. La existencia de un 10% de casos autolimitados pone en manifiesto la necesidad de repetir la determinación antes de empezar un estudio completo. A la vista del estudio, en los casos de pacientes con elevación aislada de GGT, no se debe recomendar un estudio analítico exhaustivo. Es posible llegar a un diagnóstico etiológico en la mayor parte de los casos en una consulta de acto único que incluya historia clínica, análisis y ecografía digestiva.

### 34. CARACTERÍSTICAS DE LOS HEPATOCARCINOMAS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 142 NUEVOS CASOS.

J. López Bernabeu<sup>1</sup>; M. de La Cruz Ramírez<sup>1</sup>; T. Ferrer Ríos<sup>1</sup>; J. Sousa Martín<sup>1</sup>; B. Figueruela López<sup>2</sup>; M. Sayago Mota<sup>1</sup>; Á. Giraldez Gallego<sup>1</sup>; F. Bellido Muñoz<sup>1</sup>; R. León Montañes<sup>1</sup>; J. Márquez Galán<sup>1</sup>; J. Pascasio Acevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HH. UU. Virgen del Rocío, Servicio de Aparato Digestivo;  
<sup>2</sup>Hospital de Valme, Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas.

### Objetivos

Conocer las características demográficas, clínicas y posibilidades terapéuticas de los pacientes con HCC en el momento del diagnóstico en un hospital de tercer nivel.

### Métodos

Estudio prospectivo de la cohorte completa de nuevos casos diagnosticados de HCC entre el 1 de octubre de 2008 y el 1 de Julio de 2010 en HH.UU. Virgen del Rocío, analizando las características demográficas, clínicas, técnicas diagnósticas utilizadas, así como las posibilidades terapéuticas y la indicación de trasplante hepático (TH).

### Resultados

Se recogieron 142 casos de HCC (85 de nuestro hospital y 57 remitidos de otros centros), 81% hombres, con edad media de 62 años (41-83), 91.5% cirróticos. Etiología: Alcohol (33.1%), VHC (31.7%), VHB (9.9%), Alcohol + VHC (9.9%), Alcohol + VHB (4.9%). Un paciente presentaba coinfección VIH + VHB. El 35.9% eran diabéticos y el 6.3% tenían antecedente de otra neoplasia. El diagnóstico se realizó con criterios radiológicos en el 85.9%, utilizándose ecografía con contraste en el 51.4%, TC en el 71.1% y RM en el 73.2%. El estadio BCLC de la serie global fue: 0 (7.1%); A (40.4%); B (23.4%); C (14.2%); D (14.9%) y en los casos de nuestro hospital: 0 (7.1%); A (33.3%); B (23.8%); C (10.7%); D (25%). El 50% de la serie global y el 44.7% de los casos propios, fueron diagnosticados dentro de programas de cribaje. Se planteó tratamiento curativo en 78 pacientes (54.9%) de la serie global (Inclusión en lista TOH, 34.5%; resección, 7.2%; radiofrecuencia, 12.8%) y en 38 pacientes (48.7%) de los casos propios. El cribaje permitió detectar más casos en estadio curativo que cuando el diagnóstico se realizó fuera de dicho programa (64.8% vs 30%;  $p < 0.001$ ). La quimioembolización fue el tratamiento más aplicado en pacientes en estadio curativo que permanecían a la espera de TOH (49.1%) seguido de la radiofrecuencia (28.3%). Un 12.8% de los casos realizaron tratamiento con Sorafenib al encontrarse en estadios avanzados en el momento del diagnóstico.

### Conclusiones

La realización de programas de detección precoz permite el diagnóstico del HCC en estadio potencialmente curativo en casi dos tercios de los casos. Sin embargo, estos programas apenas alcanzan a diagnosticar la mitad de los casos de HCC, por lo que es necesario generalizar su aplicación.