

EDITORIAL

Ablación de tumores hepáticos por radiofrecuencia. Estado del arte.

Fernando Burdio

Servicio de Cirugía General. Hospital de Bellvitge (Barcelona)

Correspondencia – Autor

Fernando Burdio

Servicio de Cirugía General.

Hospital de Bellvitge (Barcelona)

E-mail: fburdio@comll.es

La ablación por Radiofrecuencia (RF) especialmente de tumores hepáticos primarios y secundarios irresecables es actualmente una terapia importante en el armamentarium del radiólogo y del cirujano.¹ Puede usarse como único procedimiento de tratamiento generalmente de manera percutánea o combinado con cirugía exéretica simultánea.²

Sin embargo, uno de los rasgos más notorios del empleo de esta técnica es su juventud. Los primeros modelos experimentales con RF aplicada al hígado se desarrollaron en 1990 y la primera referencia de su aplicación clínica apareció en 1995. Desde entonces hasta la fecha de hoy se han publicado unas 600 referencias en lengua inglesa, especialmente en los últimos años. A pesar de que el cuerpo de conocimiento sobre RF en su aplicación hepática ha tenido un crecimiento exponencial si se analiza cuidadosamente la bibliografía se observa que no existen estudios prospectivos, aleatorizados que estudien esta técnica.³ La mayoría de los estudios realizados son retrospectivos y se centran en valorar la seguridad del método y el porcentaje de recurrencias con seguimientos cortos y referencias escasas a la supervivencia posprocedimiento. Por otra parte, la evaluación correcta de estos estudios está obstaculizada por la variedad de técnicas descritas, por lo criterios de inclusión de los pacientes

poco consensuados y por el hecho de que está siendo empleada simultáneamente de forma percutánea por radiólogos intervencionistas, por cirujanos bien mediante laparotomía o por laparoscopia cuando se dispone de la experiencia suficiente para esta vía de acceso.⁴

No obstante, en el tratamiento del hepatocarcinoma, la RF es la mejor opción terapéutica no quirúrgica reconocida⁵. Dos indicaciones son aceptables actualmente: 1) El tratamiento del hepatocarcinoma irresecable especialmente en tumores de < 3 cm en un número menor a 3 cm y un aceptable funcionalismo hepático (Child A y B) y 2) Como tratamiento puente al trasplante hepático cuando la lista de espera es superior a 6 meses para ese procedimiento⁵.

Para el caso de las metástasis hepáticas especialmente de carcinoma colorrectal se pueden considerar las siguientes indicaciones fuera de un ensayo clínico: 1) Como complemento a la cirugía exéretica con el objetivo de amplificar sus indicaciones especialmente lesiones centrales más difícilmente extirpables preferentemente menores de 3 cm de diámetro⁶, 2) En un reducido número de casos puede ser justificable la ablación percutánea de pacientes en que concurren patología de base, edad elevada y especialmente recidiva hepática de la enfermedad que desaconsejen la exéresis quirúrgica y cuando el número de nódulos

a tratar con RF sea reducido. Sin embargo, ante la falta de evidencia por estudios randomizados controlados de ésta técnica en la enfermedad metastásica hepática los pacientes con enfermedad irresecable debe valorarse quimioterapia neoadyuvante como primera opción terapéutica aun cuando se sabe que la resecabilidad después del tratamiento con 5-Fluoracilo y oxalipalitano sólo alcanza un 13 % en algunas series.⁵ Faltan muchos años para que se conozcan los resultados de los estudios de

quimioterapia paliativa en pacientes con metástasis hepáticas irresecables con o sin la utilización de radiofrecuencia (ensayo EORTC/CLOCC), actualmente en marcha. Por lo tanto, en la actualidad podemos decir que todavía no se dispone de un grado de evidencia clínica completa acerca de la utilidad y de la eficacia de la radiofrecuencia en pacientes con metástasis hepáticas irresecables.⁷

Referencias

1. Curley SA, Marra P, Beaty K et al. Early and late complications after radiofrequency ablation of malignant liver tumors in 608 patients. *Ann Surg* 2004;239(4):450-458.
2. Wood BJ, Ramkaransingh JR, Fojo T, Walther MM, Libutti SK. Percutaneous tumor ablation with radiofrequency. *Cancer* 2002;94(2):443-451.
3. Tanabe KK, Curley GD, Dodd GD, Siperstien AE, Goldberg SN. Radiofrequency ablation. The experts weigh in. *Cancer* 2003; 100(3): 641-650.
4. Kuvshinoff BW, Ota DM. Radiofrequency ablation of liver tumors: influence of techniques and tumor size. *Surgery* 2002; 132(4): 605-612
5. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. AASLD Practice Guideline. *Hepatology*. 2005; 1208-1236.
6. Elias D, Baton O, Sideris L et al. Local recurrences after intraoperative radiofrequency ablation of liver metastases: a comparative study with anatomic and wedge resections. *Ann Surg Oncol* 2004;11(5):500-515.
7. Adam R, Delvart V, Pascal G et al. Rescue surgery for unresectable colorectal liver metastases downstaged by chemotherapy: a model to predict long-term survival. *Ann Surg*. 2004;240(4):644-57.
8. Figueras J. Metástasis hepáticas masivas de cáncer colorrectal. *Cir Esp* 2005; 77(6): 313-4.