

Frauca Remacha, Esteban ; Alós Díez, María; Fernandez Tomé, Lorena; Quiles Blanco, María José; García Vega, Marta; Andrés Moreno, Ane; Mendez Diaz, María del Carmen; Hierro Llanillo, Loreto  
 Servicios de Hepatología y Trasplante, Cirugía de Trasplante y Anatomía Patológica .  
 Hospital Infantil Universitario "La Paz". Madrid.

## Antecedentes / Introducción

- (1) El hepatocarcinoma (HCC) tiene una incidencia anual muy baja en niños (0,5-0,7 casos/millón) por debajo del hepatoblastoma (1-1,5 casos/millón). La vacunación sistemática frente al VHB ha reducido hasta un 85% su incidencia en áreas de alta prevalencia de la infección.
- (2) El HCC se puede desarrollar sobre cirrosis o sobre hígado sano (HCC esporádico 30-50 % de los casos).
- (3) Las enfermedades hepáticas con mayor incidencia son : Tirosinemia I (14-75% de casos) ; C1FP2 defecto de BSEP (5-15% casos) , Glucogenosis I y III , Deficit alfa-1-AT, AVBEH, S. Alagille, Alt. Vasculares (Shunts PS congénitos).
- (4) El trasplante hepático (TH) esta indicado en tumores con cirrosis subyacente y en los tumores primarios/esporádicos irresecables.
- (5) A diferencia de lo que ocurre en pacientes adultos no están claramente definidos los criterios tumorales que contraindiquen el trasplante.
- (6) Datos de registros europeo (ELTR) y norteamericano (UNOS) muestran una supervivencia postTH del 53,5 y 57,6% a 5 años . (H. La Paz superv. a 5 años TH todas las indicaciones 87%)
- (7) Series pequeñas de pacientes han reportado una supervivencia postrasplante a 5 años del 72-83% en pacientes con HCC que excedían los criterios de Milán. (Beaunoyer 2007, Ismail 2009, Kosola 2010, McAteer 2013, Pham 2015)
- (8) Se han identificado como factores de riesgo para la recurrencia postrasplante : invasión vascular, tamaño, multifocalidad, trasplante de rescate, HCC no incidental.

## Objetivo

Analizar los resultados de Trasplante Hepático (TH) en niños con HCC en nuestro centro

## Material y métodos

Revisión retrospectiva de los 12 TH con HCC desde el año 2000 (2% del total TH). Incluye datos demográficos , enfermedad asociada, características tumor, datos del trasplante , y evolución posterior (supervivencia y recidiva postTH)

## Resultados

**Casos** 12 pacientes (8 niñas, 4 niños). Edad diag. 5,8 años (9m-17,6 a)

**Grupo 1** (enfermedad hepática asociada) n 7 (58%)

edad (mediana) : 2 años (0,75-8,5)  
 3 C1FP 2 (defecto BSEP) (1 incidental); 2 tirosinemia I  
 1 AVBEH (incidental) ; cirrosis etiología desconocida

**Grupo 2** (sin enfermedad asociada) HCC primario n5 (42%)

edad (mediana) 12 años (7-17,6)

## Trasplante Hepático

Edad al trasplante fue 6,6 años (9 meses-17,9 años).

Grupo 1 : 4,5 a (0,75-8,6)

Grupo 2 . 12,4 a (7,3-17,8)

Tipo de donante : vivo en 7 casos y cadavérico en 5 .

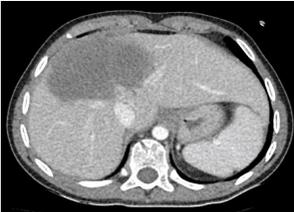
Pauta IS : esteroide , tacrolimus y basiliximab. 100%

Retrasplante 1 caso (trombosis de la arteria hepática).

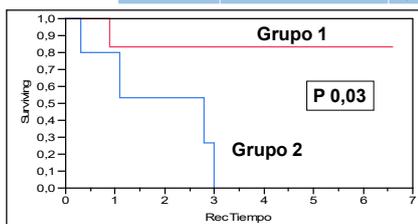
## Características del tumor

Paciente	Tamaño (cm)	Nº nódulos	Invasión vascular	Grado dif.	Enf extrahep	Estadio	Cumple Milán	Tto. preTH	Tto. postTH
1	2	1	no	Mod. Dif.	no	pT1a	si	no	
2	2,3	1	Si (micro)	Pobre dif.	no	pT2NxR0	si	no	
3	1,2	3	no	Bién dif.	no	pT2	si	no	
4	0,3	1	no		no		si	no	
5	2,5	1	no	Mod. Dif.	no	pT1bNxR0	si	no	
6	10	>3	Si (macro)	Mod. Dif.	no	pT4pNo	No (3)	sorafenib	4 PLADO
7	2	1	no	Bién dif.	no	pT1aNxR0	si	no	
8	13,5	>3	Si (micro)	Bién dif	no	pT3R0	No (2)	sorafenib	4PLADO
9	13	>3	Si (macro)	Mod. Dif.	No? (hemoperit)	pT3bN0	No (3)	2PLADO+sorafenib+TACE	
10	10,5	1	no	Mod. dif	No		No (1)	6PLADO+sorafenib+5GEMOX	
11	1 (resección previa)	1	Si (macro)		no		No (1)	Resección+3PLADO	3PLADO
12	4 (resección previa)	>3			no		No	Resección+7ciclos	1PLADO (susp por into)

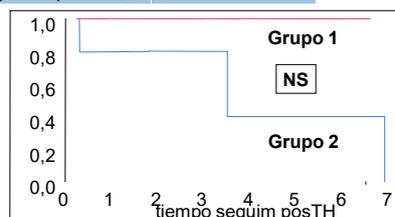
## Evolución postrasplante

	t. seguimiento	Recidiva HCC (tiempo)	Supervivencia
	<b>Grupo 1</b> (n7)	3 a (4m-6,6ª) 1/7 ; 11m ; adenop. abdomen	100 % (7/7)
	<b>Grupo 2</b> (n5)	1,8 a (4m-6,9) 4/5 2 m. cerebral/abdominal 12 m. pulmonar 2,9 a. pulmonar 3,1 a. injerto + pélvica ;	40 % (2/5) Causa fallecim: recidiva HCC

## Recidiva post-TH



## Supervivencia post-TH



## Conclusiones

En niños el HCC asociado o no a cirrosis es una indicación infrecuente de TH . En cuanto al resultado del trasplante parecen diferenciarse dos patrones , uno con supervivencia similar al del conjunto de indicaciones de TH pediátrico (HCC sobre cirrosis) y otro con alta tasa de recidiva y supervivencia inferior (HCC primario o esporádico). Es esencial la vigilancia de desarrollo tumoral (alfafetoproteína y ecografía/ 6-12 meses) en pacientes con enfermedad hepática y cirrosis. Se necesita la validación de criterios adaptados a las características del HCC en niños que definan la indicación/contraindicación del trasplante hepático en estos pacientes así como la definición de pautas de tratamiento coadyuvante postTH .