

## Cómo tratar lo invisible

## How to treat the invisible

Sánchez-Ballestín M<sup>a\*</sup>, Bosch J<sup>a</sup>, Guirola JA<sup>a</sup>, Wong S<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Radiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa. Zaragoza

### | SEÑOR EDITOR

El crecimiento de nuestra especialidad es innegable. Nuestra cartera de servicios aumenta día a día y cada vez nuestros compañeros nos solicitan intervenciones con mayor dificultad técnica y como primera opción terapéutica. Lo que clásicamente se trataba de forma quirúrgica ahora exige, para el máximo beneficio del paciente y sin ningún tipo de duda, un tratamiento mínimamente invasivo.

Esta tendencia es especialmente relevante en el tratamiento del hepatocarcinoma (HCC). Desde que la BCLC (*Barcelona Cancer Liver Clasification*) publicó la guía de tratamiento del HCC, el tratamiento mediante ablación percutánea ha cobrado especial protagonismo siendo el tratamiento de primera elección en el estadio O (enfermedad muy temprana) y en aquellos pacientes en estadio A con hipertensión portal no candidatos a trasplante hepático<sup>1</sup>.

La terapia ablativa, en pacientes bien seleccionados, puede ser muy satisfactoria para el intervencionista. Es rápida y sumamente eficaz cuando se produce la ablación completa de la lesión y de sus márgenes. En los experimentos *ex vivo* es de una sencillez y eficacia abrumadora. Alojando la aguja de ablación en la posición adecuada, se consigue una ablación homogénea, reproducible y exacta consiguiendo convencernos en pocos minutos de su eficacia y seguridad. Desgraciadamente, en el paciente, esta técnica puede resultar complicada en función de determinados factores dependientes de la lesión a tratar así también como de la experiencia del médico que la realice.

El HCC se caracteriza por ser una lesión con un comportamiento vascular típico pero que nos puede dificultar su correcta localización cuando no son visibles ecográficamente y precisamos control bajo TC. En el estudio basal muchas veces es invisible, se revela en fase arterial, tiene un lavado rápido en fase portal y vuelve a hacerse invisible en fase tardía. Esto nos deja una ventana inferior al minuto para localizar y acceder a la lesión en el punto exacto donde tenemos que aplicar la ablación. Las lesiones de pequeño tamaño y cercanas a la cúpula diafragmática son especialmente ilocalizables pudiendo producir incertidumbre con respecto a su localización y su inclusión en el área tratada. Además, a su invisibilidad se añade el marcado artefacto que pueden producir determinadas agujas de ablación por el endurecimiento del haz de rayos X en la TC llevándonos a tratar una lesión pequeña, que requiere una precisión exquisita, por simples referencias anatómicas.

Para estos casos, una buena ayuda es el marcaje previo de la lesión con Lipiodol® (Guerbet LLC. Dublín. Irlanda). El uso de la TC-Lipiodol® para la detección de HCC invisibles a otros medios de imagen en pacientes que iban a ser sometidos a trasplante hepático, estuvo “de moda” en los 80 y 90 pero hoy en día, es una técnica que ha caído en desuso por la gran sensibilidad que presentan los TC-multicorte actuales sin necesidad de tener que someter al paciente a una arteriografía previa<sup>2</sup>. El Lipiodol® es un contraste radiológico que es eliminado por el sistema reticuloendotelial de los hepatocitos

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: mirisanba@gmail.com (Sánchez-Ballestín M)

normales. Las células tumorales del hepatocarcinoma no presentan sistema reticuloendotelial por lo que pasadas 2-3 semanas, el Lipiodol® del parénquima hepático sano habrá desaparecido quedando marcadas únicamente las lesiones tumores y haciéndose visible en la TC lo que antes era invisible.

Creemos que recordar y usar esta técnica puede facilitar el manejo percutáneo de lesiones pequeñas, aumen-

tar nuestra tasa de éxitos y disminuir la necesidad de retratamientos por ablaciones incompletas de lesiones invisibles.

Los retos cada vez más complicados a los que hoy en día se enfrenta el intervencionista, requieren usar todo nuestro arsenal de conocimiento histórico y experiencia para ofrecer tratamientos cada vez más innovadores y menos invasivos a nuestros pacientes.

### | BIBLIOGRAFÍA

1. Bruix J, Reig M, Sherman M. Evidence-Based Diagnosis, Staging, and Treatment of Patients With Hepatocellular Carcinoma. *Gastroenterology*. 2016;150(4):835-53
2. Itai Y. Lipiodol-CT for hepatocellular carcinoma. *Abdom Imaging*. 1997;22(3):259-60