

## # 49 LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL SUPERA A LA EMBOLIZACIÓN BLANDA EN EL MANEJO DEL HEPATOCARCINOMA DE ESTADIO INTERMEDIO: ANÁLISIS CLÍNICO-RADIOLÓGICO.

congastro2025-49

Eduardo Segovia-Vergara<sup>1</sup>, Álvaro Arredondo-Barría<sup>2</sup>, Gustavo Gutiérrez-Castillo<sup>3</sup>, Arturo Alonso-Gómez<sup>3</sup>, Matías Vargas-Araya<sup>3</sup>, Paola Oyarzún-Godoy<sup>4</sup>, Rodrigo Mansilla-Vivar<sup>1,4</sup>. <sup>1</sup>Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián, sede de La Patagonia, Puerto Montt, Chile. <sup>2</sup>Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, Chile. <sup>3</sup>Unidad de Radiología, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile. <sup>4</sup>Unidad de Endoscopia, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile.

**Introducción:** La quimioembolización transarterial (QETA) es el tratamiento de elección para el hepatocarcinoma (HCC) estadio intermedio; sin embargo, estudios recientes reportan similares tasas de respuesta, sobrevida y menores reacciones adversas con embolización blanda (EB). **Objetivo:** Comparar eficacia, sobrevida y seguridad de QETA y EB para el tratamiento de HCC. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes tratados mediante QETA o EB para HCC en el Hospital de Puerto Montt entre 2018 y 2025. Se realizó un control con resonancia magnética a las 6 semanas. **Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes (15 hombres), de edad promedio 69 años, con daño hepático principalmente de etiología metabólica. Se realizaron 19 QETA y 15 EB, con 5 complicaciones leves (4 en QETA) y 2 fatales (1 QETA y 1 EB). Ambos métodos lograron similar tasa de respuesta favorable (63% vs 71%); sin embargo, QETA logró mejor tasa de respuesta completa (9 (50%) vs 1 (7%)) y mayor sobrevida (27 vs 23 meses). No se identificó asociación entre Child-Pugh, etiología ni sexo con desenlaces clínicos-radiológicos. La presencia de una única lesión se asoció a mejor respuesta, mientras que no haber logrado un 100% de avascularización en el procedimiento se asoció a peor respuesta. **Conclusiones:** QETA continúa siendo una opción terapéutica preferente, con tendencia a mejor respuesta tumoral y sobrevida respecto a EB, aunque más costosa y con mayor riesgo de complicaciones, por lo que EB aún debe considerarse como una alternativa, especialmente en pacientes frágiles o centros con menor presupuesto.



**Tabla 1.** Comparación de respuesta radiológica, complicaciones y sobrevida posterior a quimioembolización transarterial (QETA) y embolización blanda (EB).

Variable	EB (n = 15)	QETA (n = 19)
Respuesta completa	1	7
Respuesta parcial	9	3
Crecimiento sin progresión	2	3
Progresión	2	4
Complicaciones postoperatorias leves	1	4
Complicaciones postoperatorias graves	1 (insuficiencia hepática fulminante)	1 (insuficiencia hepática fulminante)
Reintervenciones	3	5
Sobrevida posterior a diagnóstico	23 meses	27 meses
<p>Sobrevida informada mediante mediana (en meses).</p> <p><b>Grupos de respuesta tumoral:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuesta completa: Li-RADS TR no viable, sin crecimiento de la lesión target o de nuevas lesiones.</li> <li>- Respuesta incompleta: Li-RADS TR viable, sin crecimiento de lesión target ni otras lesiones.</li> <li>- Crecimiento sin progresión: Crecimiento de lesión target y/o lesiones satélite, sin progresión de etapa</li> <li>- Progresión: Crecimiento significativo de lesión target o de nuevas lesiones que condicionen progresión de enfermedad.</li> </ul>		

