TL 7. REALIDAD DE UN HOSPITAL PÚBLICO TIPO III EN EL DIAGNÓSTICO Y POSIBILIDAD TERAPEUTICA DE PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA (HCC)

Ovalle. L[1], *Yaquich. P*[1], *Núñez P*[2], *Morales X*[1], *Agar S*[1], *Horwitz B*[3], *Alarcón P*[4]. [1]*Gastroenterología Hospital San Juan de Dios (HSJD). Santiago, Chile.* [2]*Becada de Gastroenterología HSJD.* [3]*Radiólogo intervencional Clínica Alemana. Santiago, Chile.* [4]*EU. HSJD.*

Introducción: Existe un aumento en el diagnóstico de HCC. El tamizaje de HCC en pacientes con factores de riesgo permite un diagnóstico precoz y aumento de la sobrevida. El sistema de estadiaje y algoritmo de tratamiento más usado es Barcelona-Cliníc Liver Cancer (BCLC). **Objetivos:** Determinar etiología de daño hepático, etapa según BCLC al momento del diagnóstico y mortalidad de los pacientes con HCC en control en HSJD. **Métodos:** estudio observacional y retrospectivo de pacientes con HCC en el HSJD (enero de 2014 -abril de 2018). **Resultados:** N = 52 (27 mujeres), 32-88 años. Causas de cirrosis: EHNA (38%), VHC (25%), Alcohol (15%) y EHNA+OH (8%). Etapa según BCLC: BCLC-0 6%, BCLC-A 37%, BCLC- B 19%, BCLC-C 23%, BCLC-D 15%. El 75% de los pacientes BCLC-C y 100% los pacientes con BCLC-D no fueron diagnosticados en HSJD; OR 3,1 (IC 95% 1,6-6,3, p = 0,01) de diagnóstico de HCC avanzado en nivel primario. En 52% (BCLC A y B) hubo crecimiento de las lesiones en espera de terapia. La mediana de sobrevida fue de 23 meses. La mortalidad según BCLC: 0%/42%/44%/76%/75% respectivamente. **Conclusiones:** ENHA fue la etiología más frecuente asociada a HCC. El tamizaje sistemático de HCC en HSJD logró diagnosticar lesiones en etapas más tempranas. La falta de terapias disponibles hizo que la enfermedad progresara en gran parte de ellos. La mortalidad de los BCLC-A y B es mayor a lo reportado por la literatura. Es imprescindible, a nivel primario de atención, enfatizar el control los factores de riesgo de HCC y optimizar los recursos para un tratamiento oportuno.