

Aspectos clínicos y epidemiológicos de pacientes con carcinoma hepatocelular en dos centros de referencia de Venezuela

Oswaldo Jesús Quijada González

Gastroenterólogo. Adjunto de la unidad de Gastroenterología del Hospital General IVSS "Dr. Miguel Pérez Carreño."

El carcinoma hepatocelular constituye la primera neoplasia primaria maligna del hígado. A pesar de los progresos en el conocimiento de su historia natural y patogénesis, esta enfermedad sigue siendo una patología agresiva con una alta mortalidad.

Su incidencia ha sido reportada en aumento con áreas específicas de alta presentación. La incidencia anual en el mundo entero de nuevos casos de hepatocarcinoma por año es de un millón de pacientes. En Asia, hay una incidencia de 27-36 casos/100.000 habit/año, en Occidente de 5-15 casos/100.000 habit/año. Es el 90% de todos los cánceres hepáticos.

En Venezuela según el último Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud correspondiente al año 2010, reporto: Tumores malignos del hígado y de las vías biliares intrahepáticas: Total: 867. Hombres: 458; Mujeres: 409. Carcinoma de células hepáticas: Total: 175; Hombres: 100. Mujeres: 75. Tumores malignos del hígado sin especificación: Total: 610. Hombres: 318. Mujeres: 292. Hepatoblastoma: Total: 2. Hombres: 1. Mujeres: 1. Otros sarcomas del hígado: Total: 1. Hombres: 1. Mujeres: 0. La mayor frecuencia fue a partir de los 40 años y predomina el sexo masculino.

Su etiología se encuentra estrechamente ligada a la infección crónica por el virus de hepatitis B y C, en cuyo caso, por la historia natural de estos pacientes infectados con larga evolución, el hígado es lesionado desarrollando cirrosis.

El hepatocarcinoma tiene varias formas de presentación clínica. Su aparición no siempre está ligada al antecedente de infección viral del hígado.

La mayoría (90%) de los hepatocarcinomas se producen sobre un hígado con cirrosis siendo para este grupo de pacientes la causa más frecuente de muerte y presenta un aumento en la incidencia con los años de seguimiento de la cirrosis de un 15 a 20% de hepatocarcinomas a los 5 años.

Otros factores de riesgo para hepatocarcinoma se encuentran: la cirrosis de cualquier etiología, hepatopatía crónica por alcohol, hepatopatías de origen autoinmune, edad mayor de 50 años, sexo masculino, diabetes, obesidad, consumo de aflatoxinas, etc.

Se dispone de dos pruebas para realizar despistaje de hepatocarcinoma, las serológicas y las radiológicas. Como test serológico, la determinación de alfafetoproteína (AFP) es la más utilizada.

Es una proteína producida en el hepatocito del feto humano, cuyos niveles descienden progresivamente después del nacimiento. Su elevación significa la presencia de células hepáticas inmaduras. Un valor de AFP de 20 ng/ml provee un equilibrio entre la sensibilidad y la especificidad, sin embargo, la sensibilidad a este nivel es de solo 60% pudiendo tener hasta un 40% de falsos negativos. Con un punto de corte en 200 mg/ml la sensibilidad disminuye a 22% pero obtenemos una mayor especificidad y una menor tasa de falsos positivos. La AFP por tanto, es un test inadecuado para la vigilancia. Sin embargo, aun tiene un importante papel en el diagnóstico de hepatocarcinoma en pacientes cirróticos con una masa hepática, donde un valor por encima de 200 mg/ml tiene un alto valor predictivo positivo para hepatocarcinoma.

La prueba de imagen más utilizada para el despistaje es la ecografía abdominal que proporciona una sensibilidad de entre 65 y 80% y una especificidad mayor al 90%, lo que la convierte en una adecuada prueba para despistaje. El uso combinado de AFP y ecografía abdominal cada 6 meses es la estrategia recomendada.

Clínicamente se presenta como masa palpable en el área hepática, dolor abdominal y en avanzados casos caquexia e ictericia. Síntomas y signos de insuficiencia hepática pueden estar presentes. Puede ser un tumor focal o multifocal. Metástasis peritoneales y a nódulos linfáticos son frecuentes, asimismo, la invasión a la vena porta. La principal metástasis es hacia el área pulmonar.

Las pruebas diagnósticas para HCC incluyen radiológicas, biopsia y AFP. Cada uno de ellos utilizados en su contexto. La TAC trifásica con su patrón característico de hipervascularización arterial y lavado precoz en fase venosa portal/tardía, RMN con inyección de gadolinium (hiperintensidad en T2), arteriografía.

Existen varios sistemas de estadiaje: TNM, Okuda, BCLC (grupo de Barcelona) entre otros. Siendo el sistema del grupo de Barcelona el más integral y usado internacionalmente.

A partir de la experiencia de las series orientales se ha considerado que el tratamiento estándar curativo del HCC es la resección hepática parcial. Se acepta que los mejores candidatos a resección quirúrgica son aquellos con una buena función hepática (Child-Pugh A), sin hipertensión portal (gradiente de presión hepática <10 mmHg), y con tumores únicos bien delimitados, periféricos y de diámetro inferior a 5 cms. Los criterios de Milán para el trasplante hepático se basan en HCC únicos centrales o periféricos inferior a 5 cms o múltiples (3 o más nódulos inferiores a 3 cms de

diámetro) unilobulares o bilobulares, sin invasión vascular, sin infiltración a nódulos linfáticos o a metástasis a distancia y en pacientes cirróticos con cualquier estadio Child-Pugh. Otros tratamientos no curativos pero con buena sobrevida son: inyección percutánea de alcohol, radiofrecuencia, quimioembolización transarterial, terapia moleculares tipo sorafenib (para estadios avanzados).

En el trabajo titulado Aspectos Clínicos y Epidemiológicos de Pacientes con carcinoma hepatocelular en Venezuela, se analizan retrospectivamente los registros médicos de pacientes con diagnóstico de carcinoma hepatocelular en dos centros de la ciudad de Caracas, Venezuela. En este trabajo se identifican los factores epidemiológicos y clínicos de estos pacientes, así como, el estadiaje coincidiendo con la casuística publicada internacionalmente en relación a edad, sexo, factores de riesgo, etiología, métodos diagnósticos, sistema de estadiaje, pronóstico y métodos de despistaje.

En conclusión se desprende este trabajo y coincidiendo con la literatura internacional, que es necesaria la identificación de los pacientes en riesgo optimizando los mecanismos diagnósticos y realizando despistaje de HCC en pacientes cirróticos de cualquier etiología (cada 6 meses), haciendo incapie en cirrosis por hepa-

titis B, hepatitis C, por alcohol, por cirrosis biliar primaria, por hemocromatosis hereditaria y en los portadores de hepatitis B sin cirrosis.

Referencias bibliográficas

1. Bruix and Sherman. Management of Hepatocellular Carcinoma. *Hepatology*, Vol. 42, N° 5, 2005
2. Yamamoto J, Kohno T, Takayama T, Shimada K, Yamasaki H, Ozaqui H et al. Recurrence of hepatocellular carcinoma. *Br J Surg*. 2011;83:1219-1222
3. Johnson PJ. Role of alpha-fetoprotein in the diagnosis and management of hepatocellular carcinoma. *J Gast Hepatol* 1999; (Suppl): S32-36.
4. Samuel A. Wells. Advances in the treatment of liver tumors. *Curr Probl Surg* 2012;39:455.
5. Schöninger-Hekele M, Müller C, Kutilek M, et al. Hepatocellular carcinoma in Central Europe: pronostic features and survival. *Gut* 2001;48:103-9.
6. Cusnir M, patt YZ. Novel systemic therapy options for hepatocellular carcinoma. *Cancer J*. 2004;10:97-103.
7. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de Mortalidad. 2010. Caracas. Venezuela. Septiembre 2012.