



Carcinoma hepatocelular

J. Martínez*, J.L. Lledó, M. Aicart-Ramos, B. Mateos y A. Albillos

Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. Universidad de Alcalá. IRYCIS, CIBEREHD. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Carcinoma hepatocelular
- Cirrosis hepática
- Clasificación BCLC

Key words:

- Hepatocellular carcinoma
- Liver cirrhosis
- BCLC staging

Resumen

Epidemiología. El carcinoma hepatocelular (CHC) es uno de los tumores más importantes por su frecuencia y morbimortalidad asociada. Es la tercera causa de muerte por cáncer y se desarrolla fundamentalmente en pacientes con cirrosis hepática con grados avanzados de fibrosis.

Etiología. Las causas más frecuentes son el virus de la hepatitis C, virus de la hepatitis B y alcohol, aunque las aflatoxinas constituyen otra causa importante a nivel mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo. Por contra, en países desarrollados, la enfermedad hepática grasa no alcohólica es una causa emergente de CHC.

Diagnóstico. La aplicación de programas de vigilancia con ecografía en poblaciones de riesgo permite detectar el CHC en estadio precoz. El diagnóstico se establece mediante técnicas de imagen como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, o mediante estudio anatomopatológico.

Tratamiento. Basándose en variables clínicas y tumorales, los pacientes con CHC se clasifican en estadios que permiten orientar el tratamiento más apropiado en cada caso.

Abstract

Hepatocellular carcinoma

Epidemiology. Hepatocellular carcinoma (HCC) is one of the most important tumors because of its frequency and association with a high morbidity and mortality. It is the third most common cause of cancer-related death and usually develops in patients with cirrhosis or advanced stages of fibrosis.

Etiology. Hepatitis C virus, hepatitis B virus and alcohol are the main causes of cirrhosis and HCC, although aflatoxins are another important cause worldwide, mostly in developing countries. By contrast, in developed countries non alcoholic fatty liver disease is an emerging cause of HCC.

Diagnostic. Surveillance programs with ultrasound have been developed in order to detect HCC at an early stage in at risk population. Diagnosis is established with imagine techniques such as computer tomography and magnetic resonance, or by histological exam.

Treatment. A patient classification system that takes into account clinical variables and tumor characteristics allows clinicians to apply the most appropriated treatment to each patient.

Epidemiología

El carcinoma hepatocelular (CHC) es un problema de salud de primera magnitud. Es el tumor primario de hígado más frecuente, ya que supone el 90% de los casos, la sexta neoplasia

más frecuente, la quinta en varones y la séptima en mujeres, representando aproximadamente el 7% de todas las neoplasias. Es la tercera causa de muerte por cáncer y la primera en pacientes cirróticos¹. Además, su incidencia se ha incrementado en los últimos años de manera global, fundamentalmente en los países occidentales.

Su distribución mundial no es homogénea debido a la diferente implicación geográfica de los factores de riesgo asociados al mismo. El 85% de los casos se producen en países en vías de desarrollo. Así, en Asia y en África, preferente-

*Correspondencia

Correo electrónico: martinez.gonzalez.javier@gmail.com

mente en el África subsahariana, la incidencia de CHC es alta, llega a los 15 casos/100.000 habitantes/año y afecta a una población más joven que en otras regiones. En estos lugares, la etiología fundamental es la infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB), que tiene una alta prevalencia, asociada o no a la ingesta de aflatoxinas. En el sur de Europa, incluida España, la incidencia es intermedia, de 5-10 casos/100.00 habitantes/año, mientras que en el norte de Europa y Norteamérica la incidencia es baja, de unos 5 casos/100.00 habitantes/año¹. En estas zonas, la etiología más frecuente es el alcohol y, sobre todo, el virus de la hepatitis C (VHC). Este último se asocia a una incidencia anual de CHC del 2-8%, y es el principal responsable del creciente aumento de esta patología en las últimas dos décadas¹⁻³. Se prevé un pico de incidencia de CHC, estimado en el año 2020, en el que influirá, sin duda alguna, el aumento de la obesidad y de los factores que contribuyen al síndrome metabólico.

En cuanto a la edad, el CHC presenta una mayor prevalencia entre 60-70 años, siendo un tumor raro en menores de 40 años. Sin embargo, en países con infección por VHB endémica, la edad de presentación es más temprana, ya que esta infección es más frecuente en período prenatal o en edades tempranas, y también porque el VHB puede provocar CHC sin desarrollar previamente cirrosis^{1,4}. La distribución por género también es desigual, presentando los varones un riesgo 2-4 veces mayor que las mujeres.

Etiología

Aproximadamente, en el 90% de los casos se consigue establecer una causa de la hepatopatía asociada al desarrollo del CHC. Las causas más frecuentes son la infección por el VHB y el VHC, la ingesta de alcohol y de aflatoxinas^{2,3}. Sin embargo, el CHC puede aparecer en el seno de una cirrosis de cualquier origen como esteatohepatitis no alcohólica, hemocromatosis, déficit de alfa 1-antitripsina, hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante, enfermedad de Wilson y otras hepatopatías metabólicas o algunas porfirias. Como ya se ha comentado, la distribución de estos factores de riesgo es muy variable, dependiendo del área geográfica, la raza o la etnia⁵⁻⁷. En África y Asia, la gran mayoría de los casos son debidos al VHB, mientras que en otros países desarrollados solamente el 20% de los tumores se deben a esta infección^{2,4}. A nivel mundial, se estima que más del 50% de todos los CHC se deben a la infección por el VHB, mientras que el 30% estarían asociados a la infección por el VHC⁸.

En todas las áreas geográficas, independientemente del origen de la hepatopatía, el riesgo de CHC varía según el grado de afectación hepática, siendo máximo en el caso de la cirrosis hepática. El 80-85% de los CHC se desarrollan en pacientes con cirrosis hepática, hecho que afecta al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad³. Entre los pacientes con cirrosis hepática, aproximadamente, el 1-8% desarrollan un CHC al año, y en torno al 30% lo harán a lo largo de su vida^{1,4}. Entre las causas de cirrosis que presentan un mayor riesgo se encuentra la hemocromatosis. Cerca de un 45% de los pacientes con cirrosis por hemocromatosis

desarrollan CHC. Sin embargo, dado que esta enfermedad es mucho menos frecuente que la infección por el VHC, el VHB o el alcohol, no supone un porcentaje significativo en el cómputo total de las causas de hepatopatía asociadas a este tumor. Los pacientes con infección por el VHC sin fibrosis significativa tienen un riesgo anual de padecer CHC menor del 1%. Sin embargo, este riesgo se incrementa hasta el 3-7% anual en aquellos pacientes que ya presentan fibrosis avanzada (más de F3 en la elastografía) o cirrosis⁷⁻⁹.

Aunque en términos generales, en el contexto de la infección por el VHB, el CHC también suele asentar sobre hígados cirróticos (70-80%), un porcentaje no desdeñable lo hace sobre hepatitis en estadios histológicos anteriores. Los factores de riesgo para el desarrollo de CHC en pacientes con infección crónica por el VHB son: la edad avanzada, el sexo masculino, una infección de larga evolución, antecedentes familiares de CHC, exposición a aflatoxinas, tabaco o alcohol, coinfección por el VHC o virus de la inmunodeficiencia humana, altos niveles de replicación (niveles de ADN del VHB elevados) e infección por el genotipo C^{2,3-6}. A consecuencia de este mayor riesgo de CHC en la hepatitis crónica por el VHB, está justificado iniciar el cribado en fases más tempranas respecto a otras enfermedades (ver apartado de diagnóstico).

La aflatoxina B1 es producida por cepas de *Aspergillus flavus* y otros hongos relacionados. Contamina con mucha frecuencia cereales y legumbres, especialmente en países del África subsahariana y Asia. Es un factor de riesgo por sí solo para el desarrollo de CHC y, además, potencia la acción oncogénica de la infección por el VHB³.

La obesidad, la diabetes y la enfermedad hepática grasa no alcohólica son factores de riesgo de CHC. Aunque el riesgo es más alto en el estadio cirrótico, cada vez se detectan más casos en pacientes con enfermedad hepática grasa sin datos de cirrosis^{4,6,10}.

Es fundamental tener en cuenta que la cirrosis es, en sí misma, oncogénica³. Eso implica que, aunque se elimine la causa de la cirrosis y el riesgo de CHC disminuya, este sigue siendo superior al de la población general. Por ello, en estos pacientes, aunque se elimine la causa, se deberá continuar el seguimiento y cribado de lesiones^{4,5}.

En un 15-20% de los casos, el CHC asienta sobre un hígado no cirrótico y en pacientes sin enfermedad hepática conocida, lo que supone un reto para el diagnóstico precoz.

Prevención del hepatocarcinoma

En relación con las estrategias preventivas, disponemos de la vacuna frente al VHB. Las intervenciones de salud pública mediante los programas de vacunación han conseguido disminuir su incidencia en algunos países asiáticos con infección endémica por el VHB como Taiwán. Se espera que la generalización de dicha vacuna, sobre todo en países en vías de desarrollo, origine un descenso de la incidencia del CHC¹.

Otra estrategia para prevenir el CHC es el tratamiento de la causa de la cirrosis, en caso de que exista. En este sentido, se han producido grandes avances recientes con los fármacos antivíricos para el tratamiento tanto del VHB como

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806248>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)