



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



CÁNCER DE HÍGADO (HEPÁTICO)

El carcinoma hepatocelular representa el 90% de los cánceres hepáticos.

- Anualmente se diagnostican en España 6.499 nuevos casos y 850.000 casos en todo el mundo.
- Es el 6º cáncer más común de manera global.
- Es la segunda causa de muerte relacionada con cáncer a nivel global, produciendo alrededor de 800.000 muertes anuales.
- Su incidencia actualmente se encuentra en aumento, fundamentalmente debido a un aumento del hígado graso no alcohólico.
- El 75% de los casos de carcinoma hepatocelular son varones. La mayoría de los casos se diagnostica por encima de los 45 años.
- Las áreas de mayor incidencia de este tumor, son Asia y África Subsahariana debido a una mayor prevalencia de hepatitis B en este entorno. En Norteamérica, Japón o Europa la causa más importante de carcinoma hepatocelular hasta la actualidad es la infección por el virus de la hepatitis C.

Síntomas y diagnóstico

- Los síntomas del carcinoma hepatocelular son inespecíficos, de hecho, la mayoría de los pacientes pueden permanecer asintomáticos en el momento del diagnóstico.
 - Los síntomas más comunes son el cansancio, pérdida de peso o dolor abdominal.
 - La principal arma diagnóstica es el cribado ecográfico semestral en pacientes con cirrosis previa.
 - A pesar del cribado en pacientes con cirrosis, una gran parte de los casos se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad.
- SI SE REALIZA UN DIAGNÓSTICO EN ETAPAS INICIALES DE LA ENFERMEDAD PERMITE CONSEGUIR UNA SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS DEL 70% (titular)

Causas

Las causas más importantes de carcinoma hepatocelular son :

- Tener una cirrosis hepática previa: es la principal causa de carcinoma hepatocelular
 - Las hepatitis virales (hepatitis B, hepatitis C)
 - El abuso de alcohol
 - El síndrome metabólico (hígado graso no alcohólico).
- Existen otras causas mucho menos frecuentes como: hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson o enfermedades colestáticas hepáticas, déficit de alfa 1 antitripsina, hemocromatosis.

Medidas preventivas

Las armas más importantes en la prevención del carcinoma hepatocelular consisten en evitar la enfermedad hepática subyacente. Estas son las medidas mas efectivas:

- Vacunarse de la hepatitis B: La vacunación universal ha tenido un impacto sobre la reducción de la aparición de carcinoma hepatocelular. A pesar de ello actualmente existen unos 400 millones de adultos a nivel mundial infectados.
- Detectar y tratar la hepatitis C: Son factores de riesgo para la infección: el consumo de drogas por vía endovenosa, el haber recibido transfusiones antes del año 1992, los hemofílicos que recibieron hemoderivados antes de 1987, hijos de madres con virus de la hepatitis C, personas que hayan mantenido contactos sexuales de riesgo, o exposición ocupacional, personas con piercings, tatuajes.

En los últimos años han aparecido fármacos con alta eficacia para la curación de la hepatitis C, si se administran en etapas iniciales de la enfermedad hepática, se puede evitar el desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular en el futuro.

- Limitar el consumo de alcohol: Un abuso de alcohol debe de ser evitado en la población general, y sobretodo en pacientes con una enfermedad hepática subyacente. El consumo de riesgo ha sido definido como un consumo casi diario superior a 40gr de etanol al día (más de 4 Unidades de Bebida Estandar-UBEs - en varones-) y superior a 24 gr de etanol al día (más de 2 UBEs - en mujeres), equivalente a un consumo semanal superior a 21 UBEs para varones y a 14 UBEs para mujeres.

Un consumo por encima del determinado de riesgo dobla el riesgo de padecer enfermedades hepáticas (el 60% van a presentar alteraciones hepáticas al cabo de 10 años), y otro tipo de enfermedades y cánceres relacionados.

- Modificar el estilo de vida:
 - Vigilar el peso

- Hacer ejercicio
- Llevar una dieta saludable
- Controlar los factores de riesgo cardiovascular (obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia) van a ser fundamentales para prevenir el aumento de casos de carcinoma hepatocelular que se relacionan con la enfermedad hepática por depósito de grasa no alcohólica.

- Dejar de fumar: El tabaquismo es un factor de riesgo para el desarrollo de un carcinoma hepatocelular.

MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA EL CÁNCER en el APARATO DIGESTIVO

1.- Evitar el consumo de tabaco. si se deja de fumar, el aumento en el riesgo del cáncer inducido por fumar desaparece. La ventaja es evidente en el plazo de 5 años y es más marcado con el paso del tiempo

2.- Evitar la obesidad: Hay una asociación elevada entre ser obeso y el riesgo de adenocarcinoma de esófago inferior y del cardias gástrico; con un incremento de alrededor del doble en individuos con un índice de masa corporal (IMC) $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$. El riesgo del cáncer de colon aumenta de forma lineal con el incremento en el IMC entre 23 y 30 kg/m^2 . Un IMC 30 kg/m^2 aumenta el riesgo un 50-100% frente a los individuos con un IMC $< 23 \text{ kg/m}^2$. La asociación parece ser mayor en hombres que en mujeres.

3.- Es importante realizar ejercicio físico diariamente.

Muchos estudios han examinado la relación entre la actividad física y el riesgo de desarrollar cáncer. Hay evidencia consistente sobre que la actividad física regular está asociada con una reducción en el riesgo del cáncer de colon. Parece que el efecto protector aumenta con los niveles de actividad física

4.- Es conveniente consumir diariamente verduras y frutas.

Se debe:

- a) limitar el consumo de aquellos alimentos que contienen grasa de origen animal (a excepción del pescado), de productos lácteos y otros derivados de las grasas (particularmente los ácidos grasos saturados)
- b) Limitar los alimentos hipercalóricos (ricos en azúcar o grasa) y evite las bebidas azucaradas
- c) Evitar la carne procesada; limitar el consumo de carne roja y de alimentos con mucha sal.

Una serie de estudios epidemiológicos indican un efecto protector de consumos elevados de frutas y verduras sobre el riesgo de una gran variedad de cánceres, en particular esófago, estómago, colon, recto y páncreas, Los cereales con alto contenido en fibra se han asociado a un riesgo más bajo de cáncer colorrectal y de otros tumores del tracto digestivo en algunos estudios europeos.

5.- Moderar el consumo de alcohol

Existen evidencias epidemiológicas de que el consumo de alcohol aumenta el riesgo del carcinoma de células escamosas del esófago. Hay una clara evidencia de que el riesgo del cáncer de esófago se reduce un 60% a los 10 años o más después de dejar de beber.

Beber alcohol también se asocia fuertemente al riesgo de cáncer primario de hígado; el mecanismo responsable puede ser principalmente a través del desarrollo de cirrosis hepática.

Un riesgo elevado de cáncer colorrectal ha sido observado en muchos estudios epidemiológicos, en los cuales parece apreciarse una correlación lineal con la cantidad de alcohol consumida.

Una dieta pobre en frutas y verduras, típica de grandes bebedores, es probable que también desempeñe un papel importante.

6.- A partir de los 50 años los hombres y las mujeres se pueden beneficiar de participar en el cribado del cáncer colorrectal

Existe evidencia de que el cribado del cáncer colorrectal en población de riesgo medio (individuos de edad \geq 50 años sin otros factores de riesgo para desarrollar cáncer colorrectal), con prueba de sangre oculta en heces anual o bienal o colonoscopia cada 10 años, disminuye la incidencia y la mortalidad por esta neoplasia.

7.- Es recomendable vacunarse frente al virus de la hepatitis B.

La infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) y virus de la hepatitis C (VHC) explican la mayoría de los cánceres hepáticos. Existe una vacuna eficaz frente al virus de la hepatitis B y sería recomendable realizar una vacunación universal. Debe vacunarse a los niños recién nacidos dentro de las primeras 24 horas de nacer, según recomienda la OMS. Aunque la infección con VHB en personas adultas jóvenes (típicamente a través de relaciones sexuales o de agujas contaminadas) conlleva un riesgo mucho más bajo de hepatitis crónica y cáncer hepático que la infección en el nacimiento o durante niñez, con frecuencia suelen conducir a una hepatitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

Dra. Mileidis San Juan Acosta.

Especialista de la Fundación Española del Aparato Digestivo
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA
Santa Cruz de Tenerife

Torre, L. *et al.* Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* **65**, 87–108 (2015).

Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* **385**, 117–71 (2014).

EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J. Hepatol.* **56**, 908–43 (2012).

Las cifras del cáncer en España 2 2019". Publicado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Llovet, J. M., Montal, R., Sia, D. & Finn, R. S. Molecular therapies and precision medicine for hepatocellular carcinoma. *Nat. Rev. Clin. Oncol.* (2018).
doi:10.1038/s41571-018-0073-4

Rehm J. Gmel G. Sempos CT. Trevisan M. Alcohol-related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health* 2003; 27: 39-51.

Koh, W.-P. et al. Smoking as an independent risk factor for hepatocellular carcinoma: the Singapore Chinese Health Study. *Br. J. Cancer* 105, 1430–1435 (2011).

Bruix, J. & Sherman, M. Management of hepatocellular carcinoma: An update. *Hepatology* 53, 1020–1022 (2011).