

Cáncer de hígado

Albert Abad, José Luis Manzano y Laura Layos

Servicio de Oncología Médica
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, ICO, Badalona, Barcelona

¿Es frecuente el cáncer de hígado? ¿En qué lugares es más frecuente?

Si consideramos todo el mundo, podríamos decir que el cáncer de hígado (hepatocarcinoma) es muy frecuente (origina 1 millón de defunciones/año) pero no es así en los países occidentales, donde en realidad es poco frecuente. En Europa representa el 2% de todos los tumores, cifra que se corresponde con la de España, y representa unos 3.000-3.500 casos diagnosticados cada año en nuestro país. Los lugares de mayor frecuencia son el Sudeste asiático y el África subsahariana. Si observamos estas cifras vemos que representa un problema mucho menor que el cáncer colorrectal y el cáncer gástrico en el conjunto de los cánceres digestivos en España.

¿Qué factores de riesgo se asocian al cáncer de hígado?

El factor de mayor riesgo es estar enfermo de cirrosis hepática, lo que nos lleva a considerar el consumo de alcohol exagerado como el factor de riesgo evitable de mayor influencia, ya que la mayoría de cirrosis hepáticas tienen como origen el alcoholismo crónico. Un 5% de los pacientes afectados de cirrosis desarrollan un cáncer de hígado, ¿y el resto de casos? Ya se ha dicho la importancia de la cirrosis. Cerca del 80% de los casos se diagnostican en un hígado cirrótico, pero otros factores relacionados con el cáncer de hígado no son evitables como lo es el alcoholismo. Así, la infección por el virus de la hepatitis B y la hepatitis C son las causas más importantes de cáncer de hígado, sobre todo la hepatitis de la forma crónica activa. El 75% de los españoles con cáncer de hígado son positivos para el virus de la hepatitis C, luego sigue la hepatopatía crónica causada por el alcohol, y en tercer lugar la infección por el virus de la hepatitis B. Algunas sustancias tóxicas también se relacionan con este tumor. Una de ellas es la aflatoxina, que es una toxina de los hongos que infectan algunos alimentos. No representa un riesgo en España, pero es de gran importancia por su alta incidencia en el Sudeste asiático. Una forma rara de cáncer del hígado es un tumor llamado sarcoma, y se ha visto relacionado con la exposición a cloruro de vinilo.

¿Qué síntomas origina?

El cáncer de hígado no da síntomas inicialmente, por ello veremos más adelante la importancia de visitar periódicamente a los pacientes con factores de riesgo. Los síntomas acostumbran

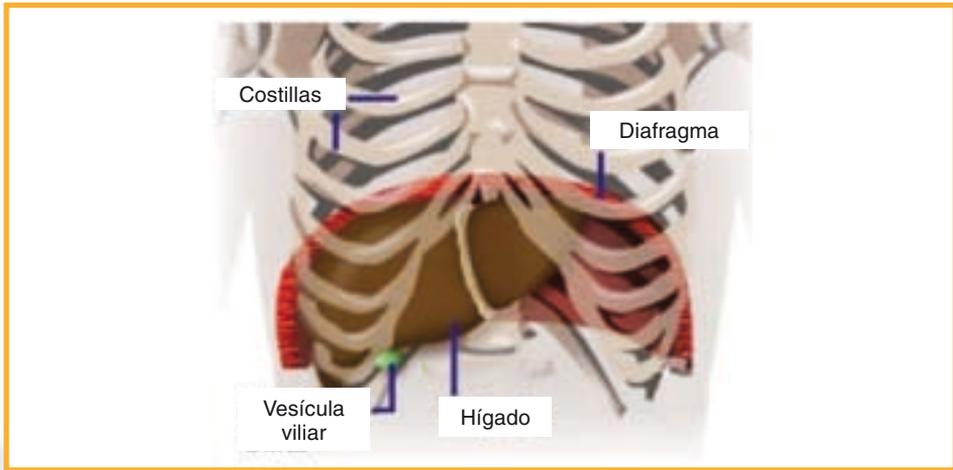


Figura 1. Localización del hígado.

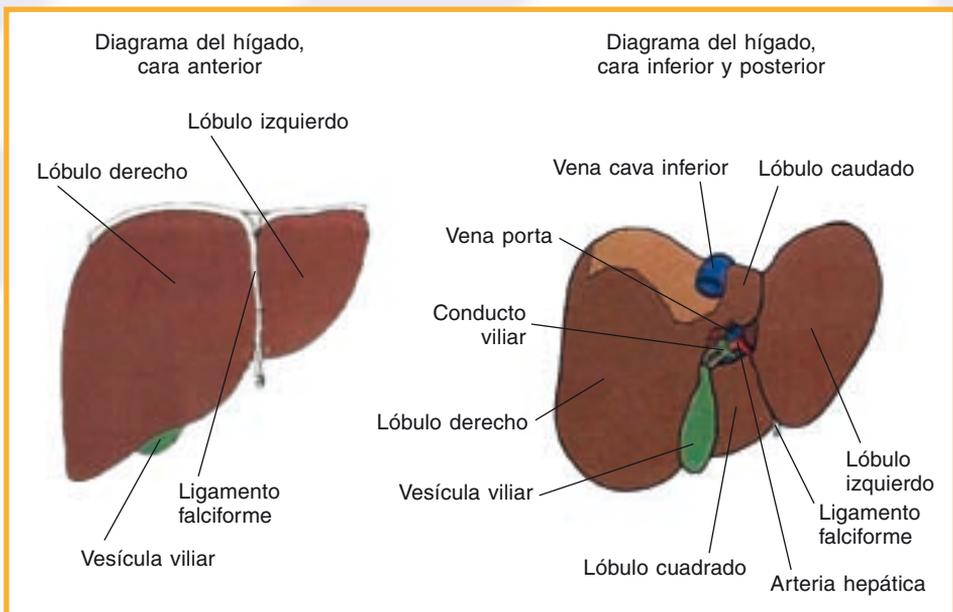


Figura 2. Anatomía del hígado.

a aparecer cuando el tumor ya ha alcanzado cierto tamaño. Los principales son el dolor en el abdomen, por debajo de las costillas, la pérdida de peso sin causa aparente, pérdida del apetito, fiebre ligera y, en fases más avanzadas, se puede palpar una masa por debajo de las costillas en el lado derecho (hepatomegalia), aparecer ictericia (tono amarillo de la piel) o ascitis (líquido libre en la cavidad abdominal). Los síntomas están relacionados con la ocupación de espacio y

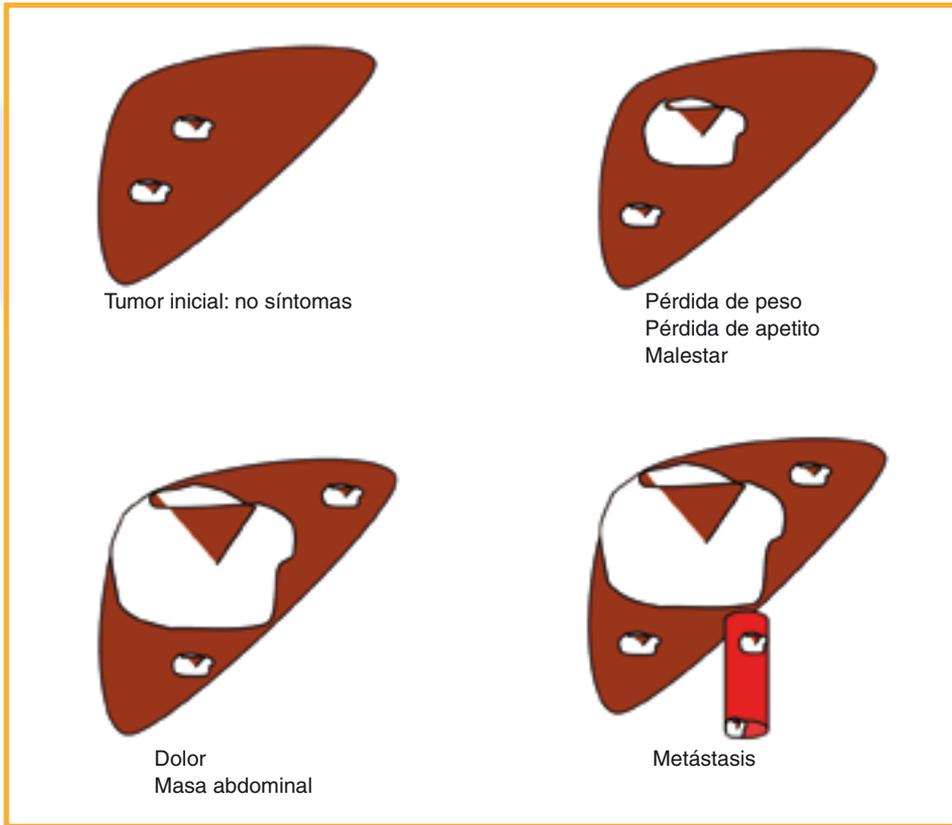


Figura 3. Evolución de un cáncer de hígado y síntomas que provoca.

la invasión tumoral. Finalmente, las células tumorales pueden diseminarse a otras partes del organismo (metástasis).

¿Cómo se diagnostica el cáncer de hígado?

Una vez sospechado por los síntomas que presenta el paciente, debemos establecer un diagnóstico de certeza basado en pruebas de laboratorio y de radiología. Existe un test de laboratorio llamado AFP (α -fetoproteína) que es de gran utilidad en el diagnóstico de este tumor. La AFP se eleva por encima de lo normal, en las enfermedades del hígado, pero sus niveles varían. Cuando se trata de una cirrosis o una hepatitis activa no superan los 400 ng/ml. Cifras superiores a 400 son altamente sospechosas de cáncer de hígado, y cuando se superan los 1.000 ng/ml se puede asegurar casi el diagnóstico. Existe otro tipo de cáncer que puede alterar la AFP que es el cáncer de testículo, pero la confusión diagnóstica no es posible debido a la diferente localización fuera de la cavidad abdominal. También las técnicas radiológicas son de gran ayuda. La ecografía es la exploración más rentable ante la sospecha. Su sensibilidad (capacidad de detectar un tumor en el hígado) es del 80% y la relación coste-beneficio muy favorable. En este tumor es

muy importante el diagnóstico temprano, ya que es la única vía para poder ser curado, como veremos más adelante. Es lógico pensar que la vigilancia de los pacientes de riesgo como los afectos de cirrosis o hepatitis del tipo C o B puede conllevar la detección de la enfermedad en fases tempranas. Así pues, es recomendable la determinación periódica de AFP y práctica de ecografía en este grupo de pacientes. Existen otras exploraciones radiológicas más sensibles y específicas (capacidad de distinguir entre dos enfermedades distintas) que sirven para confirmar el diagnóstico y la extensión de la enfermedad, como la TC y la RM (resonancia magnética). De gran utilidad en el estudio preoperatorio en aquellos pacientes en los que se ha indicado la extirpación del tumor. También la angiografía (radiografía de los vasos sanguíneos) forma parte del estudio preoperatorio, y en ocasiones es quien decidirá si el tumor se puede extirpar o no. Lo mínimo necesario para el diagnóstico de un tumor del hígado es una lesión de más de 2 cm por radiología, con una AFP superior a 400 ng/ml en un paciente cirrótico. En los demás casos se debe obtener muestra para análisis citohistológico (biopsia).

Y si me operan, ¿me pueden curar?

Sí, aunque no siempre. La posibilidad de ser operado depende de una serie de factores pronósticos en los que es básico la ocupación del hígado y el estado de «salud» del hígado no afectado por el tumor. La cirrosis hepática, que disminuye la actividad del hígado, no es una contraindicación absoluta a la cirugía, pero en este grupo de pacientes la mortalidad operatoria puede alcanzar el 30%. Así, es importante calcular el volumen de hígado que será necesario extirpar de manera minuciosa y realizar una resección lo más pequeña posible. La cirugía se realiza únicamente en los pacientes que se encuentran en lo que se llama estadio A. Corresponde a pacientes con un nódulo único menor de 5 cm o hasta tres nódulos menores de 3 cm, con un buen estado general (vida normal) y con la función del hígado normal o compensada en caso de pacientes cirróticos. No debe existir lo que se llama hipertensión portal (presión de la sangre alta en la vena porta) ni bilirrubina alta. El 70% de estos pacientes están vivos a los 5 años después de la cirugía.

¿Hay posibilidades de que me puedan trasplantar el hígado?

La primera condición para un trasplante es que la enfermedad esté localizada en el hígado, que no haya metástasis, y que el paciente no tenga alguna otra enfermedad grave. También el trasplante, en general, está limitado por la edad de los pacientes. Hasta ahora se requería para ello el hígado de alguna persona fallecida en determinadas condiciones (generalmente un accidente), pero actualmente se han desarrollado técnicas de trasplante de donante vivo. Se extirpa la mitad del hígado del donante y se trasplanta. Como el hígado es un órgano con gran capacidad de regeneración, tanto el donante como el receptor mantienen una función del hígado normal. Estas técnicas están ampliando los márgenes restrictivos del trasplante hepático en general.

En el caso del cáncer de hígado no existe evidencia de que el trasplante sea superior a la cirugía de resección en los pacientes reseables con márgenes (el sitio por donde se ha cortado) libres de tumor. No obstante, el trasplante sí está indicado en pacientes en estadio A con tres nódulos repartidos en las dos partes del hígado y en los pacientes cirróticos que reúnen las condiciones para ser resecados pero presentan hipertensión portal o bilirrubina alta. La decisión

final de qué tratamiento realizar debe ser siempre discutida. Existen alternativas de tratamiento que discutiremos más adelante y que pueden ser también aplicadas en esa situación. La lista de espera para trasplante puede originar un crecimiento tumoral que haga que cuando llegue el momento ya no sea trasplantable. Para evitar que se llegue a esta situación, también las alternativas que veremos en el siguiente apartado son de gran utilidad.

¿Hay alternativas a la cirugía?

Para los pacientes a los que no se puede extirpar el tumor, existen varias alternativas de tratamiento como la radiofrecuencia, la etanolización, la quimioembolización y la embolización arterial. La radiofrecuencia es una técnica que se basa en destruir el tumor mediante altas temperaturas generadas por un electrodo introducido en el tumor. El electrodo puede contener varios filamentos para que alcance más superficie tumoral (Fig. 4). Se realiza mediante la punción del tumor con una aguja que contiene el electrodo. Tiene la ventaja de que puede realizarse sin operación bajo control con una ecografía para colocar la aguja correctamente (Fig. 5). Está indicada en los casos de estadio A que se han comentado para la cirugía cuando ésta no se puede hacer por alguna causa.

La etanolización consiste en la destrucción del tumor mediante alcoholización, también introduciendo una aguja guiada por ecografía. También está indicada para los casos tempranos con nódulos menores de 3 cm correspondientes al estadio A.

La quimioembolización y la embolización arterial están indicadas en situaciones más avanzadas, cuando el cáncer está diseminado ampliamente en el hígado, situación que se denomina estadio B. Estas técnicas requieren la introducción de un catéter en las arterias hepáticas que van a llevar la sangre al tumor, y a través de él administrar un medicamento, para después colapsar la arteria (embolizar) y dejar que el medicamento actúe. Además, al embolizar la arteria deja de llegar sangre al tumor y dificulta su crecimiento. En algunos casos no se introduce ningún medicamento, realizando solamente el colapso de la arteria de modo que el tumor se destruya por falta de sangre. En este caso hablamos de embolización arterial.

Todas estas técnicas pueden utilizarse para dar tiempo al trasplante hepático cuando existe lista de espera.

En los casos en que la enfermedad está muy avanzada o afectando a otros lugares del organismo por el fenómeno llamado metástasis, el tratamiento debe basarse en quimioterapia, aunque no existe un tratamiento estándar para esta situación, siendo el medicamento más utilizado la adriamicina. En este caso es recomendable participar, si es posible, en un ensayo clínico con nuevos medicamentos que pueden ser activos para esta enfermedad.

¿Qué cuidados de alimentación debo tener?

En realidad, es muy importante la alimentación sana para prevenir la aparición del cáncer de hígado. Ya se ha comentado que la mayoría de los casos se diagnostican sobre hígado cirrótico, siendo el exceso de alcohol la causa más frecuente de ello. Así pues, la moderación en su consumo es fundamental para la prevención (no sobrepasar 30 g/d). Una vez establecida la enfermedad y recibido un tratamiento deberemos eliminar el consumo de bebidas que contengan alcohol y acompañarlo de una alimentación ordenada, disciplinada, metódica, que contenga de manera abundante frutas frescas, ensaladas, legumbres, cereales y, respecto a las proteínas ani-



Figura 4. Electrodo en «árbol».



Figura 5. Colocación del electrodo bajo control ecográfico.

males, más pescado que carne. La dieta debe ser, pues, muy rica en fibra y baja en grasas. Abundante agua, sobre todo fuera de las comidas, para mantener una buena hidratación del organismo. Se debe acompañar la dieta de unos hábitos de vida sanos, como dormir lo necesario (unas 8 h), y realizar ejercicio físico, como andar al menos 1 h/d.

¿Qué revisiones tengo que hacer? ¿Y si reaparece?

Sabemos que una vez finalizado el tratamiento el cáncer de hígado puede reaparecer, lo que se denomina recaída. Es, por lo tanto, muy importante realizar unos controles periódicos que permitan detectar esta recaída tempranamente para que las posibilidades de tratamiento sean las máximas. El establecimiento de un equilibrio entre los intervalos entre visitas, las pruebas a realizar y la eficacia que ello vaya a tener es difícil. Teniendo en cuenta la velocidad de



Figura 6. Introducción de catéter para embolizar mediante arteriografía.



Figura 7. Embolización selectiva.

crecimiento de los tumores, es recomendable una revisión con la determinación de AFP (α -feto-proteína) cada 3 meses (sobre todo si estaba alterada antes del tratamiento), y una prueba radiológica, ecografía o TC cada 6 meses.

La aparición de una recaída y su posible tratamiento deberá ser individualizada en cada paciente, ya que sus posibilidades terapéuticas van a depender del tratamiento previo y el tipo de recaída. Así pues, ante esta situación, el diálogo médico-paciente, siempre importante, cobra su máxima relevancia.

Decálogo de consejos para el paciente

- ▶ El exceso de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo muy importante. Beba con moderación.
- ▶ La cirrosis y la hepatitis B y C son factores de riesgo, por lo que si está usted en esta situación abandone el alcohol y siga estrictamente los controles con su médico.
- ▶ El seguimiento con AFP y ecografía hepática son de gran utilidad en la detección precoz en los grupos de riesgo.
- ▶ Una dieta equilibrada con abundante fruta y verdura ayuda a defenderse de las sustancias cancerígenas.
- ▶ La pérdida de peso sin causa, la pérdida de apetito y la aparición de dolor abdominal en el lado derecho superior del abdomen son signos de alarma de la presencia de un cáncer de hígado y debe consultar con el médico.
- ▶ El cáncer de hígado no es hereditario. No se preocupe por su familia.
- ▶ El tratamiento con cirugía sólo es posible en las fases tempranas de la enfermedad; acuda al médico ante cualquier sospecha.
- ▶ Discuta con su oncólogo cuál es el tratamiento más adecuado para su caso.
- ▶ No siempre el trasplante es el mejor tratamiento.
- ▶ Existen alternativas no quirúrgicas para tratar el cáncer de hígado. No se desanime si su caso no es operable.

Páginas web recomendadas

- ▶ www.aldeaeducativa.com/aldea/articulo.asp?which1=2803
- ▶ www.viataasalud.com/print.asp?id=69
- ▶ www.hepatitis.cl/hcc.htm