



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Simposio

Actualidades en carcinoma hepatocelular (HCC)

Siendo las 17:00 horas del día 6 de septiembre de 2023 se da por iniciada la Sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presídium: Vicepresidente Dr. Raúl Carrillo Esper; Secretario Adjunto Dr. Enrique Graue Hernández; Dr. Coordina el Dr. Nahum Méndez Sánchez

El Dr. Carrillo Esper da la bienvenida a los presentes en ausencia del Dr. Fajardo Dolci quien está ausente por motivos de agenda y concede la palabra al Dr. Nahum Méndez quien abordará el tema Epidemiología y factores de riesgo. El carcinoma hepatocelular es el tipo más común de cáncer primario del hígado, se origina en las células hepatocelulares y muestra variabilidad en su presentación histológica. Es la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial y la supervivencia es muy baja. En los últimos años se han observado cambios en la etiología de este padecimiento siendo el hígado graso asociado a la función metabólica y el virus de la hepatitis B los causantes de los problemas hepatocelulares. Tiene que ver también con este padecimiento la obesidad y los problemas de diabetes que están muy ligados a las tasas de mortalidad. En Asia sigue siendo el virus de hepatitis B la causa más importante pero también el hígado graso. No solo los factores de tipo viral tienen que ver con el padecimiento que nos ocupa sino también los factores genéticos juegan un papel importante en la susceptibilidad en diferentes grupos; en EUA y México somos susceptibles a cambios metabólicos y al desarrollo de un tumor hepatocarcinoma. A lo largo del mundo existen diferentes polimorfismos que derivan en hígado graso y posteriormente hepatopatía crónica, cirrosis y eventualmente un tumor primario del hígado. En México el tumor primario de hígado ocupa el noveno lugar en incidencia de neoplasias malignas, en mortalidad por cáncer ocupa el tercer lugar en mujeres y el cuarto en hombres y la cirrosis es el primer factor de riesgo para desarrollar carcinoma hepatocelular. Los factores de riesgo para este padecimiento son: consumo crónico de alcohol, MAFLD, Diabetes, Obesidad, Infección crónica por VHB O VHC, colangitis biliar primaria, hemocromatosis y déficit de α 1-antitripsina. También las aflatoxinas presentes en alimentos como el maíz y los cereales. Para resumir en la aparición de este padecimiento tiene que ver la historia familiar, se da más en hombres, la edad avanzada es otro factor, así como los antes mencionados

El siguiente tema está a cargo del Dr. Norberto C. Chávez Tapia Tamizaje ¿En quién, ¿cuándo y cómo? Como se mencionó la cirrosis hepática es una causa de muerte muy importante en nuestro país en personas en edad productiva siendo el carcinoma hepatocelular la causa terminal de la gran mayoría de las hepatopatías. Una primera pregunta es si estamos haciendo tamizaje. Del 2003 al 2006 la respuesta es que casi no se hacía tamizaje, en México del 2022 al 2013 solo el 22% de pacientes con cirrosis hepática que requieren un tamizaje adecuado para carcinoma hepatocelular lo reciben por lo que es el reto más importante. Cuando hablamos de tamizaje en general es difícil encontrar ensayos clínicos, sin embargo, en particular en este caso contamos con 2 por lo que se ve que el uso de ensayos clínicos donde se puede observar que el uso de tamizaje en estudios clínicos aleatorizados es de utilidad incluso se observa una reducción de la mortalidad en los pacientes sometidos a tamizaje adecuado. Cuando un paciente con cirrosis llega a una etapa terminal como el carcinoma hepatocelular casi no hay intervenciones que modifiquen su mortalidad salvo el trasplante hepático.

Las tres asociaciones internacionales, La Americana la Europea y de la Asia Pacífico coinciden en a quienes se deben de realizar el tamizaje. Primordialmente a pacientes con cirrosis hepática en una escala Child Pugh A o B, a los pacientes de Child C se les recomendaría un tamizaje dependiendo si van a ir a lista de trasplante hepático. Pacientes que no tienen cirrosis pero tienen hepatitis B y pacientes que no tienen cirrosis pero tienen fibrosis grado 3. Las recomendaciones son más o menos estándar, esto es realizar ultrasonido abdominal. Esto debe realizarse cada 6 meses. Los pacientes que tienen cirrosis por diferentes causas son los que se deberían de estar tamizando según la Asociación Norteamericana y Europea así como los portadores de cirróticos de hepatitis B. Los pacientes curados de hepatitis C pero que tienen fibrosis deben de seguir siendo evaluados y actualmente la incidencia por MAFLD probablemente sea importante. La Asociación Americana para el estudio del hígado ha dado recomendaciones para pacientes con MAFLD: se deben considerar todos los pacientes con MAFLD para tamizaje; pacientes con MAFLD y marcadores no invasivos de fibrosis avanzada deben ser considerados para tamizaje de HCC; pacientes con MAFLD en ausencia de fibrosis avanzada no deben ser



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

considerados para tamizaje de HCC. Se debe documentar la utilidad de ultrasonido en pacientes con cirrosis por MAFLD, Cuando la calidad del US no es adecuada se debe considerar TC, IRM con o sin AFP cada 6 meses.

A continuación, la Dra. Erika Betsabé Ruíz García con los Nuevos Tratamientos para HCC. El Instituto Nacional de Cancerología nos muestra que al menos el 70% de los pacientes llegan en enfermedad avanzada con grandes volúmenes tumorales que no pueden ser operados. En los pasados 10 años crearon en el Instituto la Unidad funcional de hígado, páncreas y vía biliar. Entre más temprano se detecte s la enfermedad más posibilidades de supervivencia. En los últimos 5 años se han visto una cantidad de moléculas altamente efectivas para el hepatocarcinoma. Hoy en día el tratamiento que mejor resultado ha dado es una combinación de un antiangiogénico más una inmunoterapia. Otros fármacos que combinados con inmunoterapia mejoran la supervivencia. Hoy la disyuntiva está con que empezar. No todos los medicamentos están en México pues algunos están en ensayos clínicos y son de alto costo. Se han hecho grupos multidisciplinares a nivel nacional para tener consenso y poder tomar las mejores decisiones. Vamos avanzando pero todavía quedan varias dudas a resolver

Por último la exposición de la Dra. Graciela Castro Narro HCC y trasplante hepático. El trasplante hepático ofrece una excelente supervivencia a largo plazo. Los criterios para el trasplante hepático son los de Milán. Que toma en cuenta la morfología tumoral. Además de la evaluación estándar previa al trasplante todos los pacientes deben someterse a una exploración trasversal abdominal con tomografía computarizada o resonancia magnética; también se realiza un TAC torácico para descartar metástasis pulmonares y una gammagrafía ósea para descartar metástasis esqueléticas y trombo tumoral en la vena porta. La selección adecuada de pacientes es muy importante para definir que el paciente vaya a trasplante. Después del trasplante hepático es necesario dar seguimiento al paciente para definir si hay alguna recurrencia temprana y si la hay se debe dar tratamiento para que el paciente tenga una mejor supervivencia. Se recomienda ver al paciente en algunos centros cada 3 meses con una tomografía por un año y después cada 6 meses por 2 años y darle seguimiento hasta 5 años para que en caso de que haya recurrencia se detecte temprano y se trate

Una vez terminadas las exposiciones se procedió a la Sesión de preguntas y comentarios