

---

## El hepatocarcinoma

---

### *Hepatocellular carcinoma*

M. Iñarrairaegui

---

El hepatocarcinoma (HCC) es la sexta neoplasia más frecuente a nivel mundial, y una de las principales causas de muerte por cáncer<sup>1</sup>. Además, en la mayoría de las ocasiones, asienta sobre una enfermedad hepática previa, y se conocen muchos de los factores de riesgo para desarrollarlo (hepatitis virales, cirrosis alcohólica, esteatohepatitis no alcohólica, entre otros). Su diagnóstico en población cirrótica se basa en pruebas de imagen no invasivas, siendo la ecografía la técnica inicial que se utiliza para su detección, por su bajo coste y accesibilidad.

Por estos motivos, alta incidencia y mortalidad, conocimiento de la población en riesgo, y método de diagnóstico no invasivo, el HCC es una enfermedad en la que tradicionalmente se ha sugerido la realización de programas de diagnóstico precoz encaminados a mejorar la supervivencia.

En el año 2008, se creó un registro a nivel nacional prospectivo para evaluar las características demográficas, analíticas y clínicas de los pacientes diagnosticados de HCC en un período corto de tiempo (4 meses). En el registro participaron voluntariamente 62 centros de segundo y tercer nivel. Los resultados de dicho registro se publicaron en el año 2010, y es un reflejo de la realidad de esta enfermedad en nuestro entorno<sup>2</sup>. Otras dos series con menor número de pacientes han analizado también las características y evolución del HCC a nivel unicéntrico.

En el presente número de Anales del Sistema Sanitario de Navarra, se publica el primer estudio a nivel local, en Navarra, de las características epidemiológicas, clínicas, estadio tumoral, evolución y supervivencia de los pacientes diagnosticados en Navarra de HCC<sup>3</sup>. Es un estudio que incluye a toda la población Navarra, no solo a los pacientes diagnosticados en un único centro, y durante un período amplio de tiempo que incluye 6 años, por lo tanto, constituye a nivel nacional, el registro más largo multicéntrico publicada hasta la fecha.

Uno de los hallazgos de este trabajo es que no se objetiva ni aumento en el diagnóstico de tumores en estadios precoces ni en la su-

Departamento de Aparato Digestivo. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

**Correspondencia:**

Mercedes Iñarrairaegui  
Departamento de Digestivo  
Clínica Universidad de Navarra  
E mail: minarra@unav.es

pervivencia en aquellos pacientes sometidos a programa de cribado. Como los mismos autores comentan en la discusión, éste es un aspecto controvertido en la literatura, y aunque las principales guías clínicas recomiendan el cribado de HCC en los pacientes cirróticos<sup>4,5</sup>, existen series, como la publicada en este número, que no reflejan este beneficio en la supervivencia. Estos trabajos sin embargo siempre están sujetos a sesgos, el primero de ellos de selección. Los pacientes en cribado son en el 100% de los casos, pacientes cirróticos, que por el hecho de ser cirróticos ya no pueden recibir el mismo tipo de tratamiento radical (cirugía en la mayoría de los casos) que los pacientes en el mismo estadio tumoral sin cirrosis. Y que el tratamiento aplicado afecta a la supervivencia independientemente del estadio es un hecho ya conocido<sup>6</sup>. Por tanto, valorar la eficiencia del cribado en términos de supervivencia entre dos poblaciones que no son comparables podría justificar la ausencia de diferencias. Sin embargo, estudios prospectivos aleatorizados para valorar la eficacia del cribado resultan éticamente muy difíciles de llevar a cabo.

Por ello, creo que el principal reto actualmente para mejorar la supervivencia de los pacientes con HCC, es, además de mejorar la adherencia a los programas de screening, posibilitar la aplicación de terapias radicales al mayor número de ellos, independientemente de si su diagnóstico se ha realizado en programa de cribado o fuera de ellos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. FERLAY J, SOERJOMATARAM I, DIKSHIT R, ESER S, MATHERS C, REBELO M et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136: E359-E386.
2. VARELA M, REIG M, DE LA MATA M, MATILLA A, BUSTAMANTE J, PASCUAL S et al. Tratamiento del carcinoma hepatocelular en España. Análisis de 705 casos en 62 centros. *Med Clin* 2010; 134: 569-576.
3. ELIZALDE APESTEGUI IR, SALDAÑA DUEÑAS C, GOÑI ESARTE S, PRIETO MARTÍNEZ C, SANGRO GÓMEZ-ACEBO B, ZOZAYA URMENETA JM. El hepatocarcinoma en la Comunidad Foral de Navarra: estudio de características y evolución en la práctica clínica habitual. *An Sist Sanit Navar* 2016; 39: 249-260.
4. BRUIX J, SHERMAN M. AASLD practice guideline. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology* 2011; 53: 1020-1022.
5. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 2012; 56: 908-943.
6. D'AVOLA D, IÑARRAIRAEGUI M, PARDO F, ROTELLAR F, MARTI P, BILBAO JI et al. Prognosis of hepatocellular carcinoma in relation to treatment across BCLC stages. *Ann Surg Oncol* 2011; 18: 1964-1971.