

# Tumores Hepáticos Malignos: Panorama General

Los tumores malignos en el hígado se clasifican como primarios (originados en el hígado) o metastásicos (diseminados desde un sitio extrahepático). Los cánceres primarios incluyen el carcinoma hepatocelular (HCC o hepatoma), que se origina en hepatocitos, y el colangiocarcinoma, que surge en los conductos biliares. En Estados Unidos, el tumor hepático más común es el cáncer colorrectal metastásico, con aproximadamente 150,000 casos nuevos de cáncer colorrectal diagnosticados anualmente, de los cuales casi 60% desarrollará metástasis hepáticas durante su vida.

En comparación, se diagnostican cerca de 30,000 nuevos casos de HCC al año en Estados Unidos. Una serie occidental de 1,000 pacientes consecutivos con cáncer de hígado reveló una distribución interesante: 47% tenía HCC, 17% metástasis de cáncer colorrectal, 11% colangiocarcinomas, 7% metástasis neuroendocrinas y 18% otros tumores. Aunque estas cifras no reflejan la incidencia real, son indicativas de los patrones de referencia en centros médicos universitarios terciarios con equipos especializados de trasplante hepático y clínicas de hepatología activas.

**150K**

**Casos anuales**

Nuevos diagnósticos de cáncer colorrectal en EE.UU.

**60%**

**Metástasis hepáticas**

Pacientes que desarrollarán metástasis durante su vida

**30K**

**HCC anual**

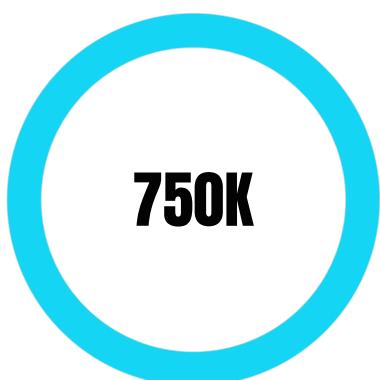
Nuevos casos de carcinoma hepatocelular diagnosticados

# Carcinoma Hepatocelular y Colangiocarcinoma

## Carcinoma Hepatocelular

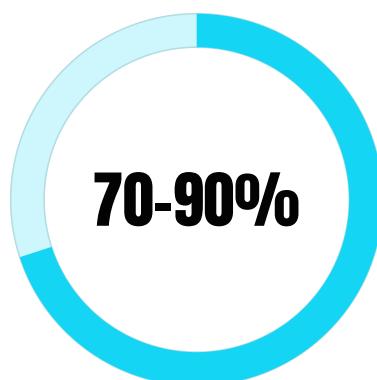
El HCC es la quinta neoplasia maligna más común mundialmente, con aproximadamente 750,000 nuevos casos diagnosticados anualmente. Debido a su alta mortalidad, representa la tercera causa más común de muerte por cáncer a nivel global. Los principales factores de riesgo incluyen hepatitis viral (B o C), cirrosis alcohólica, hemocromatosis y NASH.

La incidencia varía significativamente por región: en Asia, el riesgo es de 35 a 117 por 100,000 personas por año, mientras que en Estados Unidos es de 7 por 100,000 personas por año. Aunque la cirrosis no está presente en todos los casos, se estima que aparece en 70 a 90% de los pacientes. En personas con cirrosis, la tasa de conversión anual a HCC es de 2 a 6%.



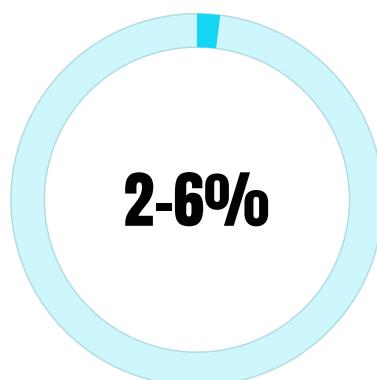
**Casos globales de HCC**

Nuevos diagnósticos anuales en todo el mundo



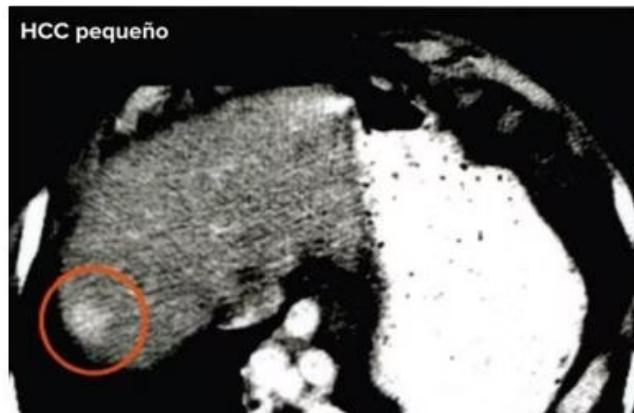
**Presencia de cirrosis**

Pacientes con HCC que presentan cirrosis



**Conversión anual**

Tasa de progresión de cirrosis a HCC



# Diagnóstico por Imagen y Características Tumorales

Los HCC son típicamente hipervasculares, con sangre proveniente principalmente de la arteria hepática. En estudios de tomografía computarizada (CT), la lesión aparece hipervascular durante la fase arterial y relativamente hipodensa durante las fases retardadas debido al lavado temprano del medio de contraste. La resonancia magnética también es eficaz para caracterizar el HCC: el tumor es variable en imágenes ponderadas en T1 y generalmente hiperintenso en imágenes ponderadas en T2.

Al igual que con la CT de contraste, el HCC aumenta en la fase arterial después de la inyección de gadolinio debido a su hipervascularidad y se vuelve hipointenso en las fases retrasadas. Una característica distintiva del HCC es su tendencia a invadir la vena porta, y la presencia de un trombo en la vena porta potenciadora es altamente sugerente de este diagnóstico.

El tratamiento del HCC es complejo y se administra mejor mediante un equipo multidisciplinario de trasplante de hígado. Para pacientes sin cirrosis que desarrollan HCC, la resección es el tratamiento de elección. Para pacientes con cirrosis clase A de Child con función hepática conservada y sin hipertensión portal, también se considera la resección. Si la resección no es posible debido a función hepática deficiente y el HCC cumple con los criterios de trasplante, el trasplante de hígado es el tratamiento de elección.

01

## Identificación del HCC

Evaluación mediante CT o MRI con contraste para caracterizar la lesión

02

## Valoración del candidato

Determinar elegibilidad para resección o trasplante según función hepática

03

## Selección de tratamiento

Resección, trasplante, o terapias ablativas según criterios específicos

04

## Seguimiento continuo

Vigilancia con imágenes cada 3-4 meses durante el primer año

# Opciones de Tratamiento y Metástasis Hepáticas

Las opciones de tratamiento para el cáncer de hígado incluyen resección hepática, trasplante de hígado, técnicas de ablación (radiofrecuencia, etanol, crioablación, microondas), tratamientos regionales (quimioembolización, quimioperfusión, radioembolización con itrio-90), radioterapia de haz externo, quimioterapia sistémica y enfoques multimodales. La toma de decisiones es compleja y se maneja mejor con un tablero multidisciplinario de tumores hepáticos.

## Resección Hepática

Estándar de oro para cánceres primarios y metástasis. Tasas de mortalidad <5% en hepatectomías mayores. Ofrece la única opción real para curación.

## Trasplante de Hígado

Para HCC con cirrosis que cumple criterios específicos. Protocolo de Mayo para colangiocarcinoma hilar con tasa de supervivencia a 5 años de ~70%.

## Técnicas de Ablación

Radiofrecuencia, etanol, crioablación y microondas. Utilizadas cuando la resección no es factible o como terapia neoadyuvante.

## Tratamientos Regionales

Quimioembolización, radioembolización con itrio-90, y quimioperfusión arterial. Efectivos para control de síntomas y reducción tumoral.

Más de 50-60% de los pacientes con cáncer colorrectal desarrollarán metástasis hepáticas durante su vida. La resección de metástasis hepáticas ha sido rutinaria desde estudios que demostraron su seguridad y eficacia. Los regímenes quimioterapéuticos mejorados y técnicas quirúrgicas avanzadas han producido estrategias más agresivas. El volumen del remanente hepático futuro y la salud del hígado de fondo, no el número de tumores, son ahora los principales determinantes para la selección quirúrgica.

### Diagnóstico

Identificación mediante imágenes avanzadas (CT/MRI) y biopsia cuando sea necesario

### Tratamiento Inicial

Resección, trasplante, ablación o terapias combinadas según caso individual

1

2

3

4

### Valoración Multidisciplinaria

Evaluación por equipo de oncología, cirugía, radiología y hepatología

### Seguimiento

Vigilancia cada 3-4 meses con modificación del plan según respuesta

Para tumores neuroendocrinos metastásicos al hígado, se ha defendido un tratamiento quirúrgico agresivo de reducción de masa para controlar síntomas y prolongar supervivencia. Las tasas de supervivencia a 5 y 10 años son de 61% y 35%, respectivamente. El tratamiento multimodal incluye ablación por radiofrecuencia, quimioembolización y radioembolización. Estudios recientes muestran tasas aceptables de supervivencia a 5 años (20-40%) para resección de metástasis hepáticas de tumores de mama, riñón y otros tumores gastrointestinales.

