



Informativo FundHepa

No. 13 Cáncer - Segunda Edición 2022

Promover la Salud Hepática en México

Contenido

- Sabías que ... el cáncer del hígado constituye el 80-90% de los tumores hepáticos
- Para ampliar la información
- Preguntas frecuentes
- Mitos y realidades
- Es importante La conspiración es contraproducente.
- Noticias interesantes Cáncer de hígado infantil.

Editorial

El hepatocarcinoma (CHC) es el más común de los tumores malignos del hígado, representa el 90% de éstos, seguido por el colangiocarcinoma. Ocupa el 6to lugar en incidencia de las neoplasias malignas, con cerca de 1 millón de casos nuevos al año, y ocupa el tercer lugar en mortalidad, siendo uno de los cánceres más letales. De hecho, la supervivencia a 5 años de los pacientes con CHC es de 18-20%, y esto se debe a que frecuentemente se diagnostica en estadios avanzados. En relación a México, no existen estadísticas robustas sobre la epidemiología del CHC, pero sabemos que aunque su incidencia es baja en comparación a la de los países de Asia, su incidencia va en aumento, y que ocupa el cuarto lugar en mortalidad de las neoplasias malignas.

El principal factor de riesgo para el CHC es la presencia de cirrosis hepática, por lo cual el 85% de los CHC se presentan en pacientes con esta enfermedad. En México, la cirrosis hepática representa la sexta causa más común de mortalidad, y las etiologías más comunes son el alcohol, el virus de hepatitis C, y el hígado graso asociado a disfunción metabólica, el cual cada vez es más frecuente, lo que seguramente se verá reflejado en un incremento de casos de CHC asociados a esta entidad en los años venideros. Algo que vale la pena mencionar, es que el CHC se puede presentar en ausencia de cirrosis, como en pacientes con infección crónica por virus de hepatitis B, o también en pacientes con hígado graso asociado a disfunción metabólica.

Es evidente que se necesita un estudio formal de la epidemiología del CHC en nuestro país, de lo contrario será muy difícil tener una idea precisa de la magnitud del problema, necesaria para planear de forma adecuada políticas de salud pública.

Sabías que ... El cáncer de hígado o carcinoma hepatocelular, constituye el 80 - 90% de los tumores hepáticos malignos.

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (conocidas como cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales.

El cáncer es causado por anomalías en el material genético de las células, que pueden ser provocadas por agentes carcinógenos (físicos, químicos o biológicos), por anomalías genéticas cancerígenas adquiridas durante la replicación normal del ácido desoxirribonucleico (ADN) al no corregirse los errores que se producen durante la misma, o bien heredadas y, por consiguiente, se presentan en todas las células desde el nacimiento.

El cáncer de hígado es una enfermedad en la que los hepatocitos, las células más abundantes del hígado, se hacen anormales, crecen fuera de control y forman un tumor canceroso.

El cáncer que se disemina al hígado desde otra parte del cuerpo (cáncer metastásico) no es lo mismo que el cáncer primario de hígado, ya que el sitio primario donde se generó el cáncer no es el hígado y se le denomina cáncer secundario.

El hígado también puede desarrollar tumores benignos, que son más comunes que los tumores malignos, y que, al contrario del hepatocarcinoma, se presentan, en la mayor parte de los casos, en individuos sin cirrosis.



Infórmate:

www.higado.com

informate@fundhepa.org

Para ampliar la información...

Factores de riesgo para hepatocarcinoma:

- La cirrosis es el principal factor de riesgo para CHC, ya que confiere un riesgo 40 veces mayor de desarrollar CHC con respecto al individuo sin cirrosis.

La cirrosis es la etapa final de muchas de las enfermedades que afectan al hígado. El riesgo anual de desarrollar CHC en el paciente con cirrosis oscila entre un 1.5 y 6%, y varía dependiendo de la causa de la cirrosis, siendo mayor en pacientes con cirrosis por virus de hepatitis C o B, y menor en pacientes por cirrosis por alcohol, hepatopatías autoinmunes, o hígado graso asociado a disfunción metabólica. Otras causas más raras de cirrosis son enfermedades de etiología genética como el déficit de alfa 1 anti-tripsina, la enfermedad de Wilson, o la hemocromatosis.

- El virus de la hepatitis B y el hígado graso asociado a disfunción metabólica pueden dar origen a CHC incluso en ausencia de cirrosis.

- La diabetes y la obesidad también son factores de riesgo para CHC, y cobran especial importancia por su alta prevalencia en nuestro país.

- El consumo de alcohol también incrementa el riesgo de CHC en pacientes por cirrosis por etiologías distintas al alcohol, por lo cual es muy importante enfatizar al paciente con cirrosis, sin importar la causa, que no beba alcohol.

- El tabaquismo también incrementa el riesgo de CHC.

- La aflatoxina B1, producto de un hongo denominado *Aspergillus flavus*, que se encuentra en algunos granos que han sido almacenados en ambientes húmedos y calientes como los cacahuates, el maíz, el trigo, el frijol de soya, etc. Es común en Asia y en África. El incremento en el riesgo de CHC por esta toxina se ha visto predominantemente en pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis B. Su papel en México no se conoce bien, pero probablemente no sea tan relevante, ya que el proceso de nixtamalización puede inactivar la toxina.

- Algunos factores de riesgo menos comunes son los esteroides anabólicos (utilizados para aumentar la masa muscular), compuestos utilizados en la industria de los plásticos como el cloruro de vinilo y la presencia de arsénico en el agua que se utiliza para beber.

Existen factores que se consideran **protectores**, es decir, de forma preliminar se han asociado a un menor riesgo de desarrollar CHC, aunque falta evidencia que lo confirme. Entre estos factores se encuentran la metformina, que es un medicamento para tratar diabetes, las estatinas, que son medicamentos para tratar el colesterol alto, la aspirina, y el consumo de café.

Síntomas:

El CHC suele ser asintomático en etapas iniciales, y generalmente sólo da síntomas en etapas avanzadas, cuando el tratamiento muchas veces ya no es posible.

En ocasiones pueden existir los siguientes síntomas:

- Fatiga, malestar general, y pérdida de peso.
- Dolor en la parte superior derecha del abdomen, que se puede extender a la espalda y al hombro.
- Algunas personas pudieran sentir una masa en la parte superior del abdomen, inflamación y sensación de llenura o abotagamiento.
- Episodios de fiebre y náuseas.
- Desarrollo de ictericia (condición en la que la piel y lo blanco de los ojos se ponen amarillos) y la orina se hace oscura.
- En muy raras ocasiones el CHC produce algunas hormonas que pueden originar elevaciones en los niveles de hemoglobina o de calcio, que a veces pueden dar algunos síntomas, pero que más frecuentemente se detectan de forma incidental en laboratorios de rutina.

Es importante tener en cuenta que estos síntomas pueden ser causados por cáncer primario o metastásico, por un tumor benigno (no canceroso) o por otras condiciones menos serias.

Sólo un médico puede dar un diagnóstico seguro.

Tamizaje:

El tamizaje consiste en buscar intencionadamente alguna patología, para detectarla de forma temprana. El ejemplo clásico de tamizaje en cáncer es la mastografía para el cáncer de mama, o el antígeno prostático para el cáncer de próstata. El CHC también es tributario de estrategias de tamizaje en pacientes que tengan factores de riesgo para desarrollarlo, es decir, en pacientes con cirrosis hepática. Por ello, a todo paciente con cirrosis se le necesita hacer un ultrasonido de hígado cada 6 meses, con la finalidad de detectar de forma oportuna e incipiente el CHC.

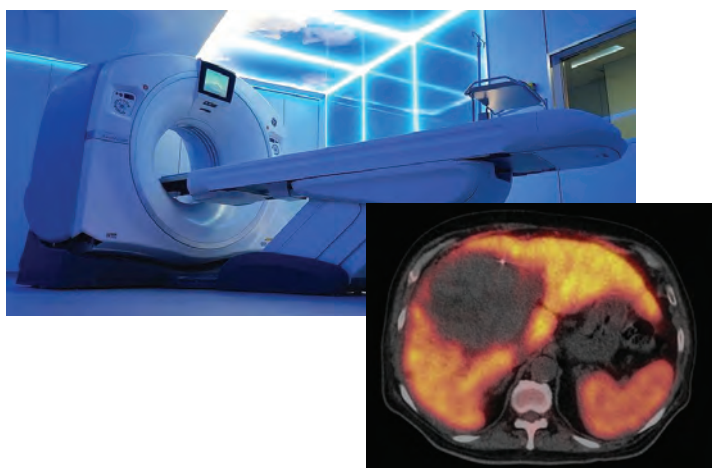
Dependiendo del criterio del médico, a la par del ultrasonido muchas veces se analiza en sangre una molécula llamada alfa-feto proteína, que puede ayudar a detectar más casos que cuando sólo hacemos un ultrasonido.



Diagnóstico:

El CHC es de los pocos tumores malignos que en la mayor parte de los casos se puede diagnosticar sin necesidad de una biopsia. La razón es que en el paciente con cirrosis hepática el CHC muestra un aspecto característico en los estudios de imagen. Por ello, cuando detectamos alguna lesión en el hígado de un paciente con cirrosis, preferentemente en un estudio de tamizaje (como un ultrasonido), el siguiente paso será solicitar ya sea una tomografía o una resonancia magnética con contraste, para poder determinar si la lesión es o no un CHC.

Cuando la lesión no se ve como un CHC en el estudio de imagen, entonces si se necesitará tomar una biopsia para descartar o confirmar el diagnóstico. En el paciente sin cirrosis no se puede recurrir a los criterios de imagen para hacer el diagnóstico y siempre se debe realizar una biopsia ante la sospecha de CHC.



Estadificación:

Una vez que sabemos que alguien tiene CHC necesitamos ver qué tan avanzado está el problema. Para ello utilizamos el sistema de estadificación del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC, por sus siglas en inglés), que además nos ayudará a decidir la forma de tratamiento. El BCLC toma en cuenta los siguientes 3 factores para definir qué tan avanzado está el CHC:

- **La función hepática:** Para ello es necesario ver los estudios de la función hepática del paciente, ya que no podemos olvidar que la mayor parte de los pacientes con CHC también tienen cirrosis.
- **El estado funcional del paciente:** Se refiere a la capacidad del individuo de funcionar en múltiples áreas, tales como la esfera física, mental y social.
- **La carga tumoral:** Se refiere como tal a la extensión del tumor, para ello interesan el número de lesiones, el tamaño de las mismas, saber si el tumor involucra vasos sanguíneos, y saber si está confinado al mismo o si ya existe CHC en otros lados del cuerpo, a lo cual llamamos metástasis. El CHC principalmente se extiende a ganglios linfáticos, pulmón, y huesos. Para poder evaluar bien la carga tumoral se realizará de rutina una tomografía de tórax para descartar metástasis a pulmón.

Con la información anterior se puede determinar el estadio en el que se encuentra un paciente, que son cinco:

- **Estadio 0 o muy temprano:** Lesiones únicas menores a 2 cm.
- **Estadio A o temprano:** Lesiones únicas mayores de 2 cm. Dos o tres lesiones en donde ninguna de ellas rebase los 3 cm.
- **Estadio B o intermedio:** Dos o tres lesiones en donde al menos una de ellas mide más de 3 cm, o tener más de tres lesiones.
- **Estadio C o avanzado:** Cuando el tumor invade vasos sanguíneos o se ha extendido fuera del hígado (metástasis).
- **Estadio D:** Cuando la función hepática y/o el estado funcional del paciente están tan deteriorados que no permitirían dar un tratamiento, independientemente de la carga tumoral.

Tratamiento

Como decíamos, el BCLC nos permite determinar el tratamiento que es mejor para cada paciente en base a la estadificación. A grandes rasgos los tratamientos los dividimos en aquéllos con potencial curativo, cuya intención es eliminar el CHC por completo, y se aplican a pacientes en los estadios 0 y A; y aquéllos tratamientos con intención paliativa, que aunque generalmente no logran curar el CHC, mejoran sustancialmente el pronóstico del paciente, y los cuales se aplican en los estadios B y C.

De los tratamientos con potencial **curativo** tenemos principalmente tres:

- ▶ **Resección (cirugía):** Consiste en operar al paciente para quitar el tumor, y es el tratamiento de elección para tumores únicos mayores de 2 cm, siempre y cuando la función hepática lo permita.
- ▶ **Trasplante:** Es otra forma de cirugía, y es un tratamiento idóneo ya que cura el CHC y también la cirrosis.

Para que un paciente sea candidato a trasplante hepático se necesitan cumplir algunos supuestos, que llamamos criterios de Milán, y consisten en que el paciente en cuestión tenga ya sea un solo tumor que no sobrepase los 5 cm, o bien dos o máximo tres tumores, en donde ninguno de ellos sea mayor a 3 cm.

- ▶ **Ablación por radiofrecuencia:** Consiste en utilizar energía térmica para destruir el tumor. Se utiliza cuando la resección y el trasplante no son opciones viables, y se aplica generalmente a casos con máximo 3 tumores, en donde ninguno de ellos es mayor de 3 cm, ya que por arriba de 3 cm la respuesta al tratamiento es sub-óptima. La ablación también es el tratamiento de elección del CHC en estadio muy temprano.

De los tratamientos con potencial **paliativo** tenemos los siguientes:

► **Embolización blanda transarterial:** Consiste en obstruir la circulación arterial del tumor, para provocar su destrucción. Se utiliza para el estadio intermedio.

► **Quimioembolización transarterial:** Es semejante al tratamiento previo pero además de obstruir el flujo sanguíneo del tumor, se administra algo de quimioterapia directamente al tumor. Se considera el tratamiento estándar del estadio intermedio pero no hay evidencia de que sea mejor que la embolización blanda.

► **La terapia sistémica:** Se utiliza en los estadios avanzados de la enfermedad, y son medicamentos administrados vía oral o en infusión. La terapia sistémica ha avanzado bastante en años recientes, y tenemos hoy disponibles varias formas de tratamiento. La terapia sistémica incluye el uso de las llamadas moléculas pequeñas, que buscan dañar las células de cáncer, y la inmunoterapia, que lo que hace es estimular al sistema inmune para que ataque las células de cáncer.

Existen otras terapias que se aplican caso por caso como la ablación por microondas, la ablación con alcohol, la electroporación irreversible, la crioterapia, la radioembolización, y la radioterapia, entre otras.

Como se mencionó arriba, independientemente de la carga tumoral, cuando la función hepática o la clase funcional del paciente estén muy deteriorados, no se podrá ofrecer un tratamiento activo, ya que no ofrecería ningún beneficio, al contrario, sólo daría efectos adversos, sin mejorar el pronóstico. En esos casos el tratamiento se enfocará en cuidados de soporte cuya finalidad es paliar los síntomas físicos y mentales del paciente y su familia, con la finalidad de priorizar la calidad de vida y la dignidad, más que el tiempo de vida como tal.



Pronóstico

El pronóstico del paciente con CHC depende del estadio en el que se encuentre. Es de destacar que la supervivencia promedio del paciente con CHC ha ido incrementando a lo largo de los años. En términos generales consideramos que:

- El paciente en estadio muy temprano y temprano tendrá una supervivencia promedio mayor a 5 años.
- El paciente con estadio intermedio vivirá en promedio 26 a 30 meses.
- La supervivencia del paciente con estado avanzado es la que ha cambiado más en años recientes. Hasta hace poco la supervivencia promedio del paciente en este estadio era de 11 meses, dado que sólo había una forma de tratamiento, con eficacia limitada. Hoy en día tenemos tratamientos de primera, segunda, y hasta tercera línea, y sabemos que la supervivencia promedio de los pacientes que reciben la primera línea de tratamiento es de 18 meses, con potencial de incrementar esta supervivencia si los pacientes reciben otras líneas de tratamiento.

Complicaciones:

Los enfermos con cáncer de hígado avanzado presentan una serie de síntomas independientes al cáncer producidos por la alteración severa de la función hepática

Las complicaciones más frecuentes son:

- Las asociadas a la enfermedad hepática subyacente como hemorragia gastrointestinal, ascitis, aumento del tamaño del bazo, insuficiencia hepática, etc.
- Las asociadas a cualquier proceso tumoral como pérdida de peso, astenia, etc.
- Las derivadas de la progresión local (trombosis de la vena porta) o a distancia (metástasis).

Preguntas frecuentes

¿Cómo se produce el cáncer?

El cáncer se desarrolla debido a mutaciones (cambios) que ocurren en la información genética (ADN) de las células:

Estas mutaciones se desarrollan durante la vida, ya sea espontáneamente o debido a los efectos de los agentes ambientales como el estilo de vida, el consumo de alcohol, la desnutrición y la exposición a agentes cancerígenos.

Dada la manera en que el cáncer se genera en el cuerpo, se puede asegurar que el cáncer **NO** se contagia de persona a persona.

¿Qué es un agente carcinogénico o cancerígeno?

Es aquél que puede actuar sobre las células de los seres vivos de tal forma que puede producir cáncer. La radiación (ionizante, ultravioleta, etc.), el benceno, el DDT (diclorodifeniltricloroetano), el asbesto, el abuso de esteroides anabólicos (hormonas masculinas que toman algunos atletas), tomar agua que tenga arsénico, y la exposición a algunos productos químicos en la industria de los plásticos han sido calificados como carcinógenos.

¿Qué es un tumor?

Un tumor es un crecimiento anormal de células o tejidos. Los tumores pueden ser no cancerosos o cancerosos, es decir, que pueden ser benignos o malignos.

Los tumores denominados benignos no causan metástasis, es decir que no pasan a otro órgano. No representan un problema para el paciente, ya que no van a invadir otros órganos.

¿Qué es el cáncer secundario de hígado?

Es el tipo de células cancerosas que se propagaron (hicieron metástasis) desde otra parte del cuerpo, como el páncreas, el colon, el estómago, el seno, o el pulmón.

A estos tumores se les nombra y trata según el lugar primario (donde se originaron). Por ejemplo, el cáncer que comenzó en los pulmones y se propagó al hígado se llama cáncer de pulmón primario con propagación al hígado (que sería el secundario).

¿Qué características presentan los tipos de tumores hepáticos benignos más comunes?

Los tres tipos de tumores benignos más comunes del hígado son los hemangiomas, la hiperplasia nodular focal y el adenoma hepatocelular.

El hemangioma es la forma más común de tumor benigno. Se considera que aproximadamente un 5% de los adultos pueden tener pequeños hemangiomas en su hígado, y suelen ser más frecuentes en las mujeres. No necesitan ser tratados.

La hiperplasia nodular focal ocupa el segundo lugar entre los tumores benignos del hígado más comunes. Ocurren principalmente en mujeres en edades entre 20 y 30 años. No causan síntomas y no requieren de tratamiento.

El adenoma hepático es el menos común de los tumores benignos, se presenta sobre todo en mujeres de edad fértil, y se le ha asociado al uso de anticonceptivos o a concentraciones altas de estrógenos. Existen distintos tipos de adenoma, algunos requieren únicamente de vigilancia, mientras otros requieren de resección, ya que entre otras complicaciones, algunos adenomas pueden transformarse en CHC, o romperse y provocar una hemorragia dentro de la cavidad abdominal. El estudio de los adenomas generalmente requiere de una resonancia magnética con medio de contraste hepatoespecífico, y en ocasiones una biopsia hepática. Los adenomas hepáticos en el hombre de preferencia siempre deben resecarse pues existe un mayor riesgo de transformación a CHC en el sexo masculino.

¿Cómo se puede prevenir el cáncer hepático?

Si has sido diagnosticado con una enfermedad crónica o con cirrosis, debes ir regularmente con tu médico especialista y seguir las indicaciones y tipo de cuidados que te recomiende.

Vacúnate contra la hepatitis B. Más de 60% de los casos de cáncer de hígado han sido vinculados a la hepatitis B, por lo tanto la vacuna contra VHB resulta prometedora para prevenir el cáncer de hígado. Esta vacuna ha sido catalogada como "la primera vacuna mundial contra el cancer".



La vacuna contra la hepatitis B promete prevenir el cáncer hepático.

¡Cuida tu hígado!

Ten un estilo de vida saludable ya que los factores de riesgo como el consumo de alcohol, el tabaco y la obesidad pueden ser causa de cirrosis y cáncer de hígado.

Mitos y Realidades

El cáncer es contagioso

El cáncer no es contagioso. No existe evidencia de que el contacto cercano, ni acciones como besar, tocar, compartir comidas o respirar el mismo aire puedan causar que el cáncer se propague de una persona a otra. Las células cancerosas de una persona no pueden sobrevivir en el cuerpo de otra persona sana ya que su sistema inmunitario las reconocería como extrañas y las destruiría.

El cáncer se desarrolla debido a mutaciones (cambios) en el ADN celular, la configuración genética en el interior de cada célula. Estas mutaciones son heredadas o se desarrollan durante la vida, ya sea espontáneamente o debido a los efectos de agentes ambientales. Se sabe que algunos virus causan mutaciones del ADN que se pueden convertir en cáncer. Otros gérmenes promueven el cáncer de manera indirecta, como una inflamación crónica (a largo plazo).

Estudios científicos sobre las causas del cáncer indican que esta enfermedad no se puede considerar infecciosa. De ser así, habría epidemias de cáncer similares a las de gripe, el sarampión, la polio o el resfriado común y podríamos esperar que la incidencia de cáncer entre los familiares, amigos y profesionales médicos reflejara su exposición a la enfermedad.



El cáncer se hereda.

El hecho de que el cáncer ocurra con más frecuencia en ciertas familias no significa que los miembros de una familia lo hayan heredado. Las razones de que esto suceda se relacionan que sus miembros comparten la misma información genética.

La causa de los cánceres de grupo suele relacionarse a factores ambientales y culturales como la dieta, el estilo de vida y la exposición a agentes carcinogénicos.

Existen gérmenes que provocan cáncer.

Existe cierta información que sugiere que algunas bacterias, parásitos y virus pudieran desempeñar un papel en el desarrollo de algunos tipos de cáncer y que lo promueven de manera indirecta como consecuencia de la inflamación crónica que producen.

Estudios prospectivos han comprobado que el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular es superior en las personas infectadas por el VHB. El mecanismo oncogénico del VHB es desconocido pero estudios recientes sugieren que actuaría a través de la integración de su DNA en el genoma del hepatocito. En el caso del VHC no se conoce el mecanismo.

Determinadas hepatopatías, como la hemocromatosis o la porfiria cutánea tarda, poseen un mayor riesgo para el desarrollo de este tumor.

Los gérmenes y bacterias atacan más a las personas con cáncer.

Con frecuencia el sistema inmunitario de las personas con cáncer está debilitado (especialmente cuando se encuentran bajo tratamiento) por lo que los gérmenes (principalmente bacterias y virus) que pueden transmitirse entre las personas tienen más probabilidades de causar una enfermedad en estas personas cuyo sistema inmune no pueda combatir las infecciones como debiera, que en una persona saludable.

Durante la terapia uno se la pasa fatal. ¿Aguantaré?

Los medios de comunicación han contribuido a que las terapias del cáncer se vean como un vía crucis por el que hay que pasar de forma inexorable para sobrevivir a la enfermedad, lo cual resulta lógico, ya que las tramas de las películas y programas de televisión hacen hincapié en lo que puede llamar la atención del público. La realidad es que el tratamiento del cáncer se puede compaginar con una vida casi normal e incluso con el trabajo.

El dolor es otro asunto que asusta mucho a los pacientes con cáncer. Sin embargo, cada caso es diferente, porque el cáncer en sí mismo no duele, es la presión que un tumor ejerce sobre los nervios, huesos u órganos lo puede causar el dolor. Además existen numerosos recursos para evitar el dolor.

Para llevarlo bien, es muy importante tener una buena comunicación con el oncólogo, ya que, aunque las terapias son tóxicas, casi todos sus efectos son muy previsible.

Si hay metástasis, no se cura.

Si hubiera que elegir la palabra que más desánimo causa en los pacientes de cáncer y en sus familias, metástasis tendría todas las papeletas. Esta palabra, que implica la extensión del tumor a otra parte del cuerpo, más allá de su localización original, suele ser un signo de mal pronóstico; pero, al contrario de lo que mucha gente cree, no supone que el cáncer sea incurable.

Algunos tipos de tumores se pueden curar aun con metástasis. Por ejemplo el cáncer de colon con metástasis hepáticas muy localizadas o el de testículos, incluso cuando está muy diseminado.

Éste fue el caso del famosísimo ciclista estadounidense Lance Edward Armstrong, que a los 25 años fué diagnosticado con cáncer testicular con metástasis pulmonares y cerebrales. Al superar su enfermedad Lance Armstrong ganó siete Tours de Francia consecutivos, hito que ningún otro ciclista ha logrado.

Además de este caso famoso, y de muchos otros como Robert De Niro, Roger Moore, Olivia Newton-John, se ha conseguido controlar el cáncer con muy pocas metástasis y lograr la supervivencia durante muchos años.



Armstrong al frente de la competencia.

Es importante

La conspiración del silencio es contraproducente.

Una de las actitudes sociales en torno al paciente de cáncer es que el enfermo no debe saber lo que tiene. Dos médicos españoles, con amplia experiencia en el tema, Alberto Gómez, ex Jefe del Servicio de Cirugía Hospital Clínico de Salamanca, mencionó que esta conspiración de silencio es contraproducente ya que el paciente "tiene derecho a saber la verdad". El experto cree que, en ocasiones, es el mismo enfermo el que reivindica "no saber más" y, en ese caso, advirtió, "también hay que respetarlo". Es importante adaptarse a la situación cultural de cada paciente.

Para el ex jefe del Departamento de Oncología del Hospital Gregorio Marañón, Felipe Calvo, cada vez es menos frecuente mentir a los enfermos ya que la mayoría de procedimientos médicos requieren de consentimiento informado. Aseguró que, esta conspiración de silencio es más frecuente entre el enfermo, su familia y la sociedad que en la relación médico-paciente: "Por esta razón, todavía llama la atención que la gente conocida no haga público que padece cáncer".

Respecto a la petición de no decir al enfermo lo que padece, señaló que es más frecuente que la realicen los familiares de enfermos mayores. "Detrás de esa solicitud, suele haber una relación patológica", aseveró.



¡ Noticias interesantes !

Los niños menores de cuatro años de edad pueden desarrollar un tipo de cáncer de hígado que se conoce como hepatoblastoma.

El cáncer hepático es poco común en niños, sin embargo, generalmente lo pueden presentar los menores de cuatro años de edad.

Las células del hepatoblastoma son similares a las células fetales del hígado. Alrededor del 70% de los niños con esta enfermedad tienen un tratamiento exitoso con cirugía y quimioterapia.

La tasa de supervivencia es mayor de 90% para los hepatoblastomas en etapa temprana.



Referencia: *Pediatr. Transplant.* 2010

Números Publicados Informativo 1/El Hígado, Informativo 2/Enfermedades, Informativo 3/Vacunas, Informativo 4/Trasplante, Informativo 5/Alcohol, Informativo 6/Hígado Graso, Informativo 7/Hepatitis A, Informativo 8/Hepatitis B, Informativo 9/Hepatitis C, Informativo 10/Nutrición e Hígado, Informativo 11/Cirrosis, Informativo 12/Enfermedades Autoinmunes, Informativo 13/Cáncer, Informativo 14/Actividad Física, Informativo 15 / Prevención, Edición Especial 1/El hígado, breve historiografía, Edición Especial II/El hígado en México, breve historiografía, Informativo 16/Sobrepeso y Obesidad, Informativo 17/Toma el control de tu salud, Informativo 18/Hepatotoxicidad, Informativo 19/Herbolaria, Informativo 20/Enfermedades Raras, Informativo 21/Imagenología, Informativo 22/El Hígado y la Diabetes, Informativo 23/ Microbiota, Informativo 24/Trasplante (2a edición), Informativo 25/ Pediatría, Informativo 5/ Alcohol 2a Edición, 2022

Disponibles en: www.fundhepa.org.mx

Directorio

Lic. Nut. Lorena Stoopen Barois
Coordinación FundHepa Educa

Dra. Concepción Gutiérrez Ruiz
Presidente Comité Científico

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz
Presidente Médico Honorario

Dr. Enrique Wolpert Barraza
Presidente Honorario del Comité Científico

D.G. Leonor Carrillo Fernández
Diseño Gráfico

Revisado y Actualizado por:

Dr. Carlos Moctezuma Velázquez
Miembro Comité Científico FundHepa



INSTITUCIONALIDAD
Y TRANSPARENCIA

Próximo
Número

Hígado
y Diabetes

Infórmate

Tel. 56 63 • 48 86
Fax 56 61 • 50 97
www.fundhepa.org
informate@fundhepa.org

Fundación Mexicana para la Salud Hepática A.C.

Donataria Autorizada

