

DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER HEPATOCELULAR (CHC) EN COSTA RICA ENTRE 1979 Y 1983

Manuel Alán Chang.*
Victoria Chan Ch.**
Ana Sittenfeld Apple***
Carlos Mora Abarca*
Fernando Brenes Pino*
Jorge Fonseca G.*
Ignacio Salom Echeverría*
Alfredo Martén Obando*

RESUMEN

Entre enero de 1979 y diciembre de 1983 hubo 182 casos de cáncer hepatocelular (CHC) en Costa Rica, con una relación hombre:mujer de 2.08:1. Su incidencia sigue una curva con una moda entre 20 y 39 años y otra entre 60 y 79 años. Después del diagnóstico, 78% de los casos sobrevivieron un máximo de 6 meses y 14.3% un máximo de 1 año. De los 155 individuos fallecidos, 106 (68.39%) murieron estando internados y 49 (31.61%) en el hogar. Dos de las cinco regiones del país (Central y Brunca) acumularon el 57.38% de los casos. La tasa de incidencia anual (Ti) fue de 1.21 en toda Costa Rica y el Cantón de Dota tuvo la mayor $Ti/100000h=7.88$. Aunque de poca magnitud, el CHC mostró una tendencia al aumento mayor que la de los 6 tumores malignos más frecuentes como causa de muerte en el país en el quinquenio 79-83.

SUMMARY

182 cases of Hepatocellular Cancer (HCC) were detected in Costa Rica from January 1979 to December 1983. Man:woman rate was 2.08:1. Incidence distribution curve showed one mode at 20-39 years and a second one at 60-79 years. After diagnosis was made 78% cases survived up to 6 months and 14% of cases up to 1 year. Of 155 deaths 106 cases (68.39%) died in the hospital and 49 cases (31.61%) died at home. Two of the five regions of Costa Rica (Central and Brunca) grouped 57.38% of cases. 1979-1983 annual incidence rate (IR) in this country was 1.21 and the highest $IR/100000=7.88$ was found in the Dota country. Though HCC figures are small, its increasing rate was higher compared to the six commonest fatal malignant tumours in Costa Rica from 1979 to 1983.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Hepatocelular (CHC) es la primera causa de muerte por tumor maligno en el mundo (1, 2, 3), ya que es (la malignidad) que produce más muertes en Africa, el sureste asiático y el Pacífico sur, que a su vez son algunas de las zonas más densamente pobladas del mundo (2, 3). En Cos-

- * Unidad de Hepatología, Hospital México y Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica (UCR).
- ** Departamento de Química Instituto Tecnológico de Costa Rica (ITCR).
- *** Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular, UCR.

ta Rica ya se ha reportado sobre esta patología a nivel hospitalario (4, 5) y ahora es nuestro propósito conocer más de ella a nivel nacional, gracias a la información absolutamente confiable que recopilamos el Registro Nacional de Tumores. Nos proponemos así conocer más en nuestro medio de lo que para muchos podría significar la última etapa de la enfermedad hepática causada por el virus de la hepatitis B (VHB) (6) y más controversial aún por el consumo elevado de aflatoxinas en la dieta (1,5,6,10), sin ignorar otras causas menos probables (7, 1).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron todos los reportes con diagnóstico de Cáncer Hepatocelular (CHC) recolectados por el Registro Nacional de Tumores entre enero de 1979 y diciembre de 1983, a donde por ley llegan todos los reportes de cáncer hechos en el país, por cualquiera de los métodos diagnósticos válidos para tal efecto. De los reportes completamente confiables, se obtienen los datos por edad, sexo, fecha de diagnóstico, fecha de defunción, métodos diagnósticos, sitio de defunción y lugar de residencia habitual. Para calcular las tasas de incidencia (número de casos, entre la población total expuesta, a la mitad del período) por 100000 habitantes ($Ti/100000 h$), se utilizaron los datos de población por Cantones, Regiones Programáticas y total del país, provenientes de la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Economía, Industria y Comercio (8, 9).

RESULTADOS

Tal y como se muestra en el Gráfico 1, en Costa Rica se presentaron 182 casos (123 hombres y 59 mujeres) de Cáncer Hepatocelular (CHC), durante el quinquenio 1979-1983, con una relación hombre: mujer de 2.08:1, y distribuidos en grupos decenales de edad, esbozan una curva bimodal (una moda entre 20 y 39 años y otra entre 60 y 79 años). El diagnóstico de todos los casos se basó en 119 biopsias hepáticas (65.4%), 40 autopsias (22%), 5 citologías (2.7%) y 18 criterios clínicos (9.9%), que probablemente incluyeron exámenes de imágenes, marcadores tumorales y serología viral según el manejo de cada médico o centro de trabajo.

A los 6 meses el 78% había fallecido. Sólo el 14% sobrevivió un año después del diagnóstico. Dos individuos sometidos a cirugía temprana sobrevivieron 5 y 11 años cada uno. De los 155 individuos fallecidos a diciembre de 1983, 49 (31.61%) fallecieron en el hogar y 106 (68.39%) fallecieron estando internados en clínicas particulares o en hospitales institucionales. En el gráfico 2 se aprecia cómo el 57.38% de los casos de CHC se presentaron en las Regiones Brunca (28.19%) y Central (29.19%). La evolución de las Ti de los 7 tumores malignos más frecuentes en Costa Rica (excepto los de piel cuya mortalidad es mucho menor que su incidencia), se presenta en el Gráfico 3. La Ti del país en el quinquenio estudiado fue 1.21. Con este valor como parámetro, clasificamos a los 81 cantones de Costa Rica en baja incidencia (aquellos con Tix menor a 1.21), mediana incidencia (aquellos con Tix entre 1.21 y el doble de ese valor: 2.41), alta incidencia (aquellos con Tix entre 2.42 y el valor triple de 1.21:3.62) y muy alta incidencia (aquellos con Tix mayor a 3.62). El Cuadro N°1 detalla la información de los cantones de muy alta incidencia, que aparecen delimitados en la Figura N°1, siendo Dota con una Ti: 7.88, el de mayor incidencia del país.

DISCUSIÓN

Nuestra casuística se comporta de manera semejante a la de otros países, ya que en el sexo masculino este tumor aparece con el doble de frecuencia que en mujeres (9). El hecho de que en el gráfico 1 aparezca una curva bimodal, sugiere que los grupos de individuos entre 20-39 años y 60-79 años pueden adquirir el tumor como consecuencia de dos etiologías diferentes, o porque hay dos períodos de mayor susceptibilidad en la vida de los individuos para desarrollar el tumor. Ya que cada vez es más frecuente en la literatura responsabilizar de este tumor maligno al virus de la hepatitis B (VHB) (6, 10), la segunda posibilidad parece más cercana a la realidad en este caso. Aunque un 65.4% de los casos se diagnosticaron definitivamente por biopsia hepática, un buen número (22%) fueron diagnosticados con certeza sólo al momento de la autopsia. Probablemente en ello influye el hecho de ser un tumor sumamente agresivo, al menos a partir del momento en que se diagnostica. Esto quiere decir que al menos deben pa-

GRÁFICO 1
DISTRIBUCIÓN ETAREA DE LOS 182 INDIVIDUOS CON CHC EN COSTA RICA 1979 A 1983

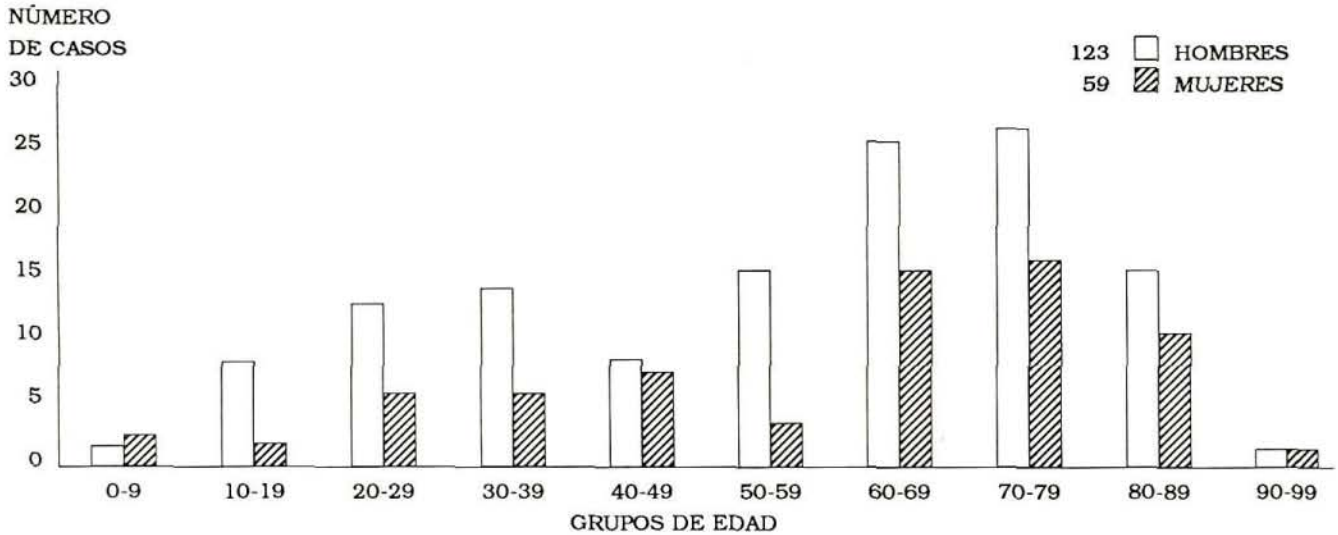
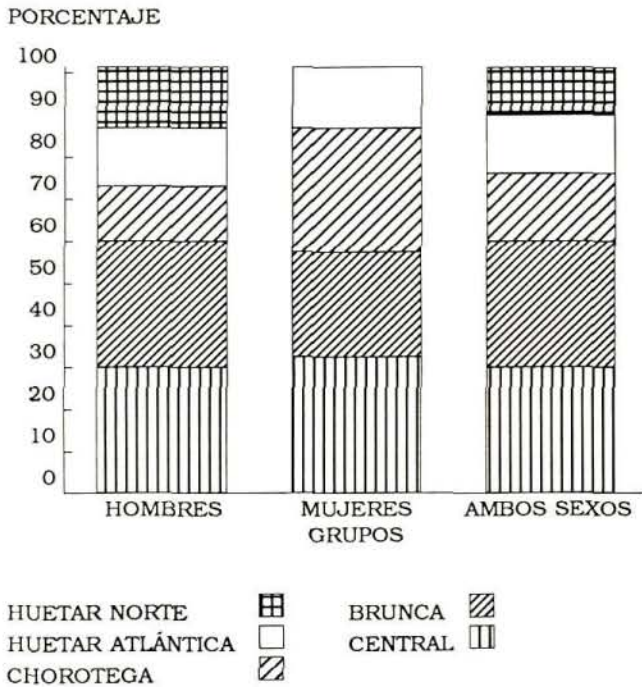


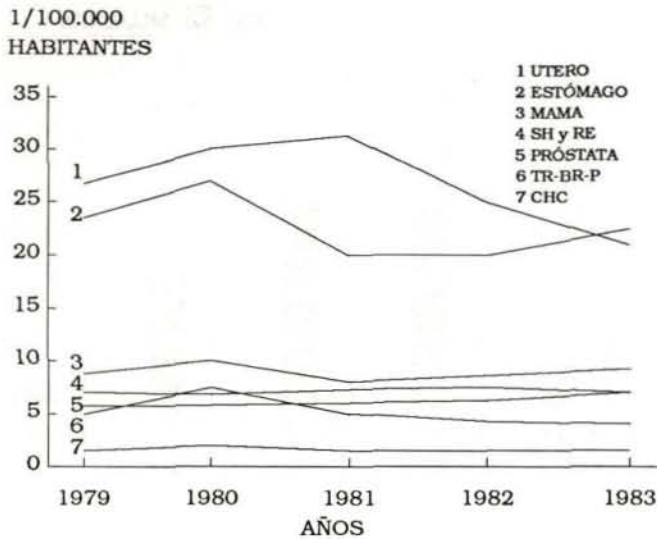
GRÁFICO 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL PROMEDIO DEL CHC POR SEXO EN LAS CINCO REGIONES PROGRAMÁTICAS DE COSTA RICA ENTRE 1979 Y 1983



sar cerca de 10 años, en los cuales el tumor es prácticamente asintomático y tal vez los marcadores tumorales como la alfafeto-proteína y la serología viral B, sean las únicas alteraciones orientadoras en tal período. Una vez que la sintomatología se evidencia, queda poco tiempo (78% de las veces hasta un máximo de sólo 6 meses) para investigar adecuadamente al enfermo. La cirugía agresiva, radical y precoz, es de suponer que jugó un papel determinante en dos individuos que sobrevivieron 5 y 11 años después de haber sido diagnosticados. El que 68.39% de los enfermos fallecieron estando internados en algún hospital, debe tener relación con lo grave que se manifiesta el cuadro clínico y el temor de los familiares a mantener a los enfermos en el hogar en tales condiciones. La evolución de la Ti durante los cinco años del estudio, muestra una tendencia al ascenso a partir de 1981 tanto en hombres como en mujeres, y las Regiones Brunca y Central concentran el 57.38% de los casos, lo cual ayuda a delimitar las zonas de mayor riesgo en el territorio nacional (Figura 1).

Al comparar la evolución del CHC con 6 de los tumores malignos más frecuentes en nuestro medio, vemos que a pesar de su baja magnitud, tie-

GRÁFICO 3
TASAS DE INCIDENCIA DEL CHC Y DE LOS SEIS
TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES
EN COSTA RICA DE 1979 A 1983*



*NO SE INCLUYEN LOS TUMORES DE PIEL

ne una tendencia al ascenso proporcionalmente mayor que la de esos otros 6 tumores. Este dato debiera alertarnos en cuanto a la posibilidad de que en un futuro a mediano y largo plazo, su número de casos anuales llegue a ser mucho mayor que el actual. Los 11 cantonres de alta incidencia y los 5 cantonres de muy alta incidencia se encuentran relativamente concentrados en zonas montañosas y de alto grado de humedad. Creemos que con esta información descriptiva como base, será posible conocer más en el futuro acerca de otros aspectos tan importantes como el de la o las etiologías que producen este tumor maligno en nuestro país. También podría esperarse que esta información oriente futuras campañas de eventual prevención del problema, y sea de utilidad para estimular la capacidad del médico con el fin de realizar diagnósticos precoces los cuales podrían generar mejores resultados en cuanto a la sobrevivida de los enfermos.

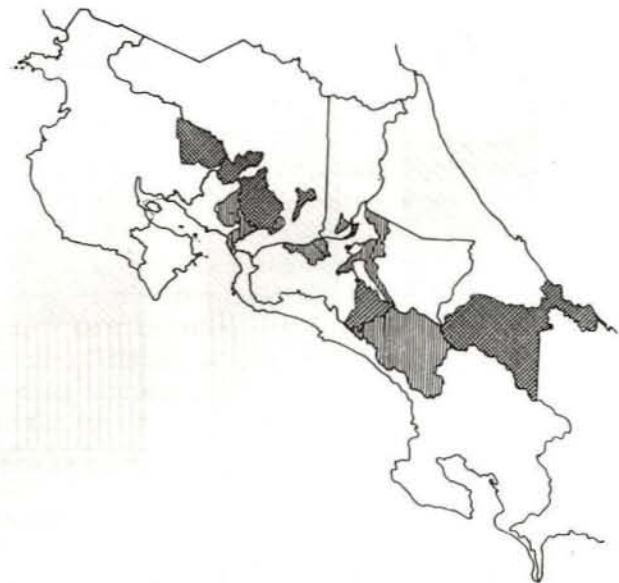
AGRADECIMIENTO

A la Sra. Georgina Muñoz de Brenes que tan profesional y generosamente maneja el Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud.

CUADRO 1
INCIDENCIA DE CHC
EN COSTA RICA DE 1979 A 1983

CANTÓN	TI X/100.000 HAB.
DOTA	7.88
SAN RAMÓN	6.81
VALVERDE VEGA	5.63
TALAMANCA	5.33
TILARÁN	4.01
PALMARES	3.41
MORAVIA	3.39
SANTA ANA	3.37
MORA	3.20
CURRIDABAT	3.04
SAN RAFAEL (HEREDIA)	3.02
CARTAGO CENTRO	3.01
OREAMUNO	2.80
ESPARZA	2.75
PEREZ ZELEDÓN	2.64
MONTES DE ORO	2.42

FIGURA 1
CANTONES DE ALTA Y MUY BAJA INCIDENCIA
DE CARCINOMA HEPATOCELULAR
EN COSTA RICA ENTRE 1979 Y 1983



⊕ Muy alta incidencia
 ⊖ alta incidencia

BIBLIOGRAFÍA

1. Kew, M.C. y Popper, H. Relationship between hepatocellular carcinoma and cirrhosis. *Sm. Liver Dis.*, 1984, 4:136-146.
2. Maupas, P., Werner B., Larouze B., Millman, I., London, W.T., Connell, A. y Blumberg, B.S. Antibody to hepatitis B core antigen in patients with primary hepatic carcinoma. *Lancet*, 1975, ii:9-11.
3. Schonland, M.M., Millward-Sadler, G.H., Wright, D.H. y Wright, R. "Hepatic tumours". In: Wright, R., Alberti, K.G.M.M., Karran, S. y Millward-Sadler, G.H. (eds.) *Liver and biliary disease*. London, Saunders, 1979, p. 886-925.
4. Miranda G., Patiño J y Herrán O. Cáncer primitivo de hígado y vías biliares. *Rev. Colegio Méd. Guatemala*, 1966, 17:43-53.
5. Linsell, C.A. y Peers, F.G. Aflatoxin and liver cell cancer. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 1977, 71:471.
6. Lutwick, L.I. Relation between aflatoxin, hepatitis B virus and hepatocellular carcinoma. *Lancet*, 1979, i:755-757.
7. Bassendine, M.F. Alcohol. ¿A major risk factor for hepatocellular carcinoma? *J. Hepatol.*, 1986, 2:513-519.
8. Costa Rica, Ministerio de Economía, Industria y Comercio. Dirección General de Estadística y Censos. *Censo de Población 1984*. 1987, 242 p.
9. Costa Rica. Ministerio de Economía, Industria y Comercio. Dirección General de Estadística y Censos. *Población de la República de Costa Rica, por provincias, cantones y distritos. Estimación al 1º de julio de 1981*. 1982, 9 p.
10. Sherlock, S. *Disease of the liver and biliary system*. 7 ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1985. p. 482-505.
11. Sigarán, F., Mekbel, S., Mora, C., y Castillo, A. Carcinoma primario de hígado, su relación a cirrosis. *Acta Méd. Cost.*, 1978. 21:61-67.