



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC) EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

DR ALEXIS IRACHETA M
SECCIÓN GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE

INTRODUCCIÓN

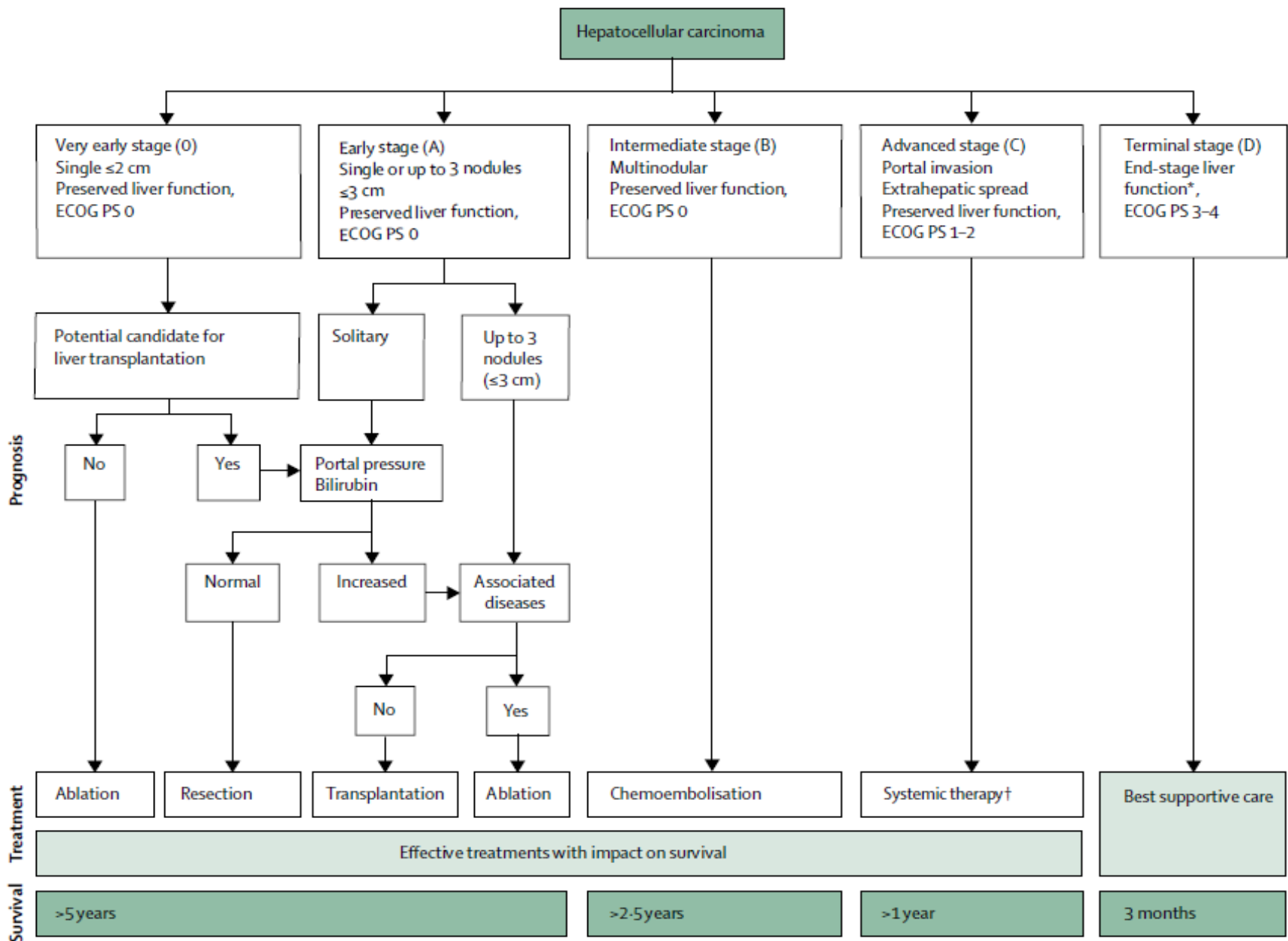
- El CHC ha aumentado su incidencia alrededor del mundo.
- MINSAL 2015, el Cáncer de hígado y vías biliares, representó la 4ta causa de muerte por cáncer en hombres.
- La obesidad y diabetes mellitus, se proyectan a futuro como una de las principales causas de cirrosis y CHC.



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología

TRATAMIENTO CHC



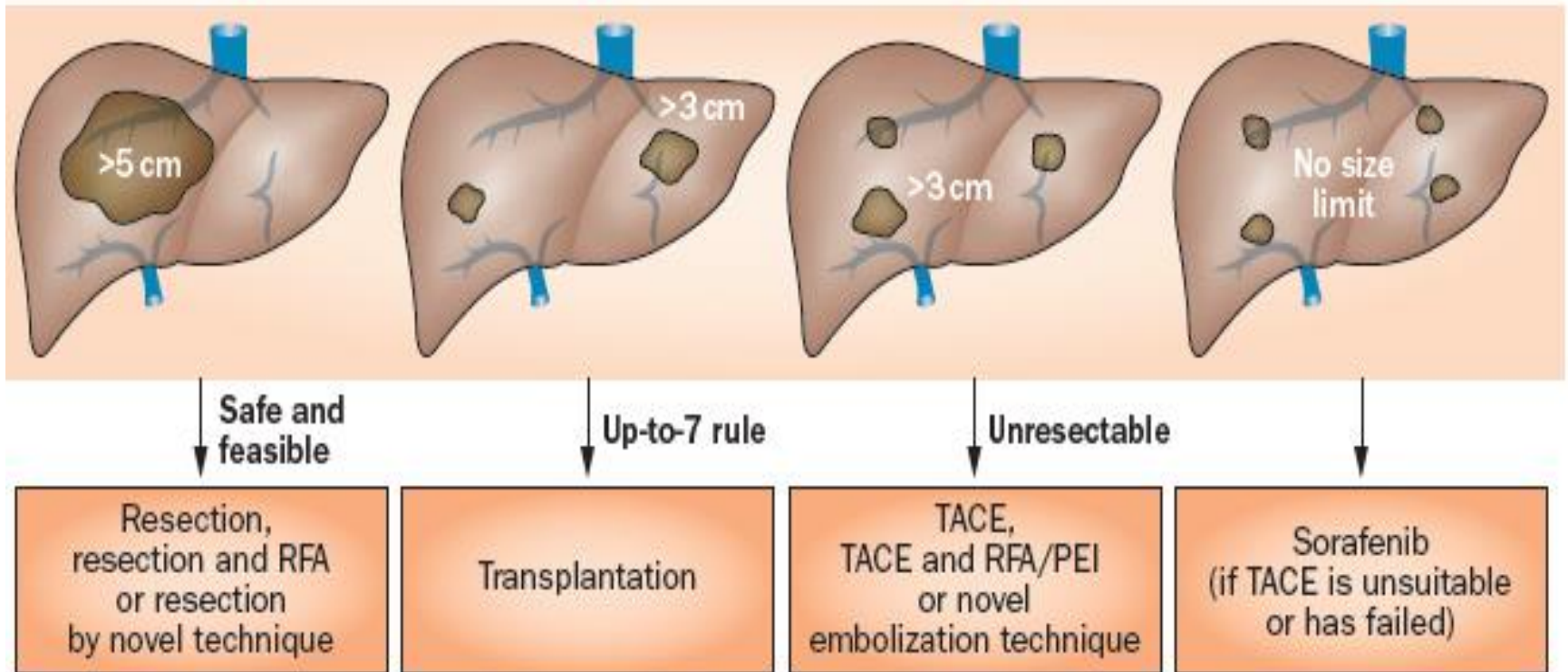


CRITERIOS TRASPLANTE

Tabla 1 Criterios utilizados para la selección de pacientes con CHC candidatos a trasplante hepático

Criterios de Milán	Criterios de UCSF
1 Tumor < de 5 cm	1 Tumor < 6.5 cm
3 Tumores, ninguno > a 3 cm	2-3 Tumores, ninguno > 4.5 cm con diámetro total < 8 cm

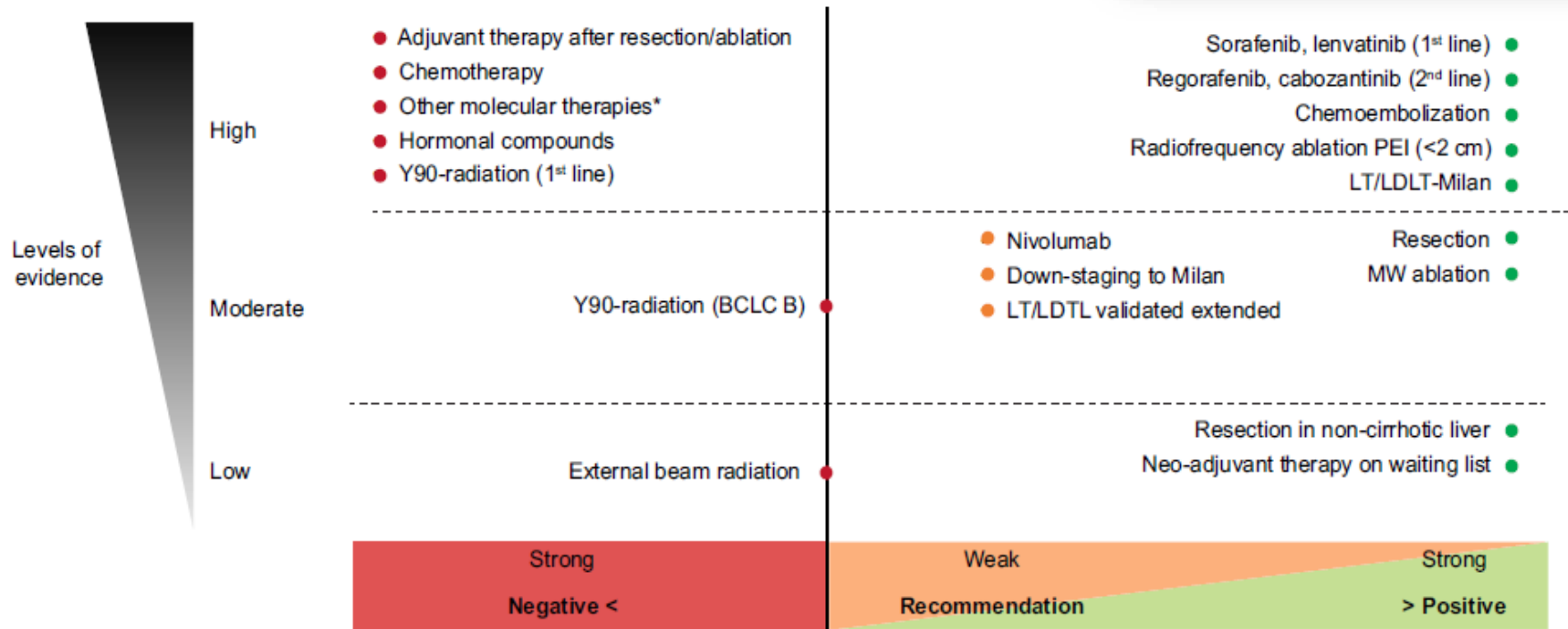
BCLC B stage HCC



TRATAMIENTO



ACHHEP
Asociación Chilena
de Hepatología



● *Other molecular therapies (sunitinib, lenvatinib, brivanib, tivantinib, erlotinib, everolimus)

● Weak recommendation: more evidence needed

Fig. 9. Representation of EASL recommendations for treatment according to levels of evidence and strength of recommendation (adaptation of the GRADE system). LDLT, living donor liver transplantation; LT, orthotopic liver transplantation; MW, microwave; PEI, percutaneous ethanol injection; RF, radiofrequency ablation.

TERAPIA ANTIANGIOGÉNICA



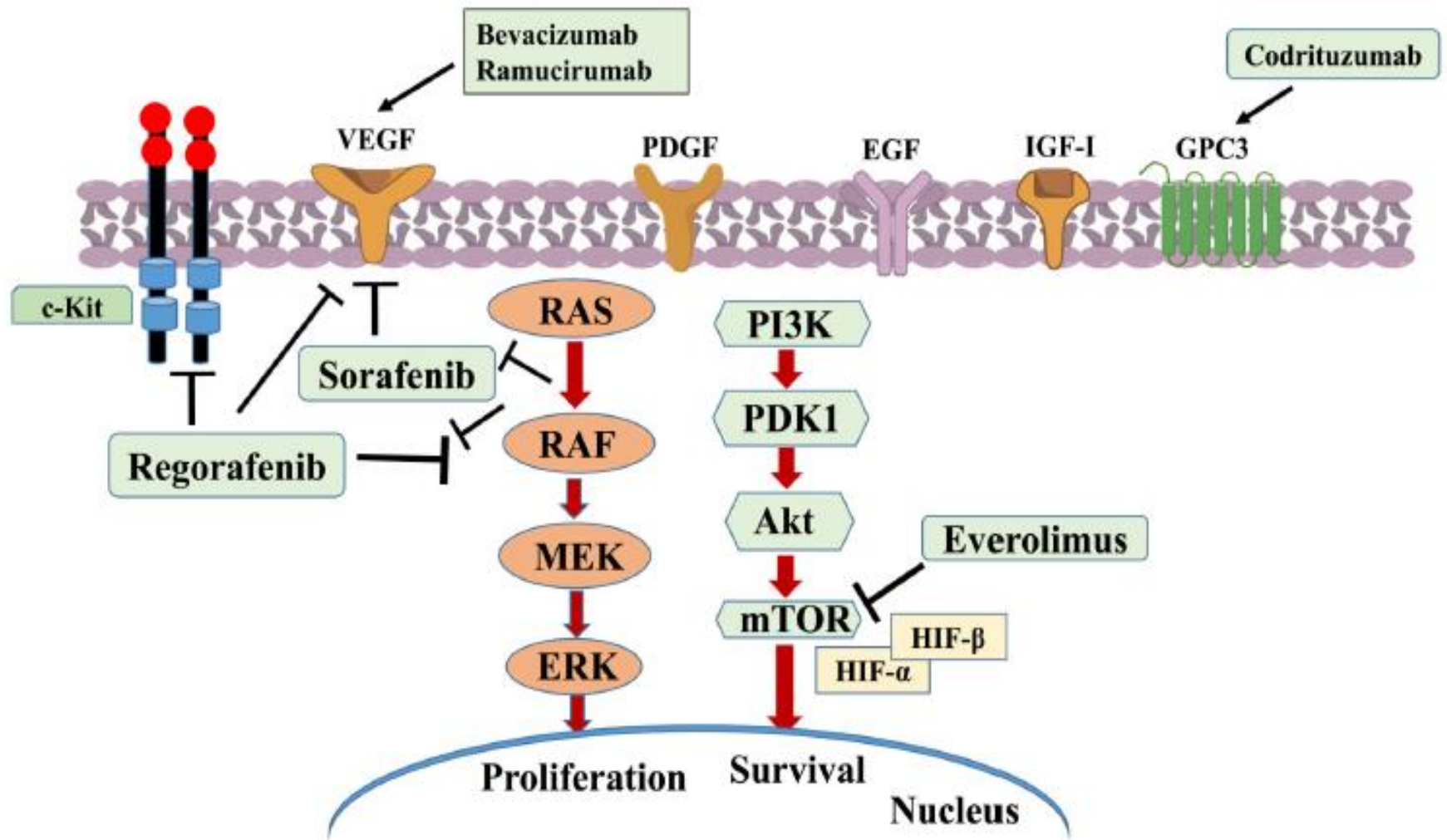


Fig. 3. Pathways involved and various therapeutic agents under study for HCC treatment.

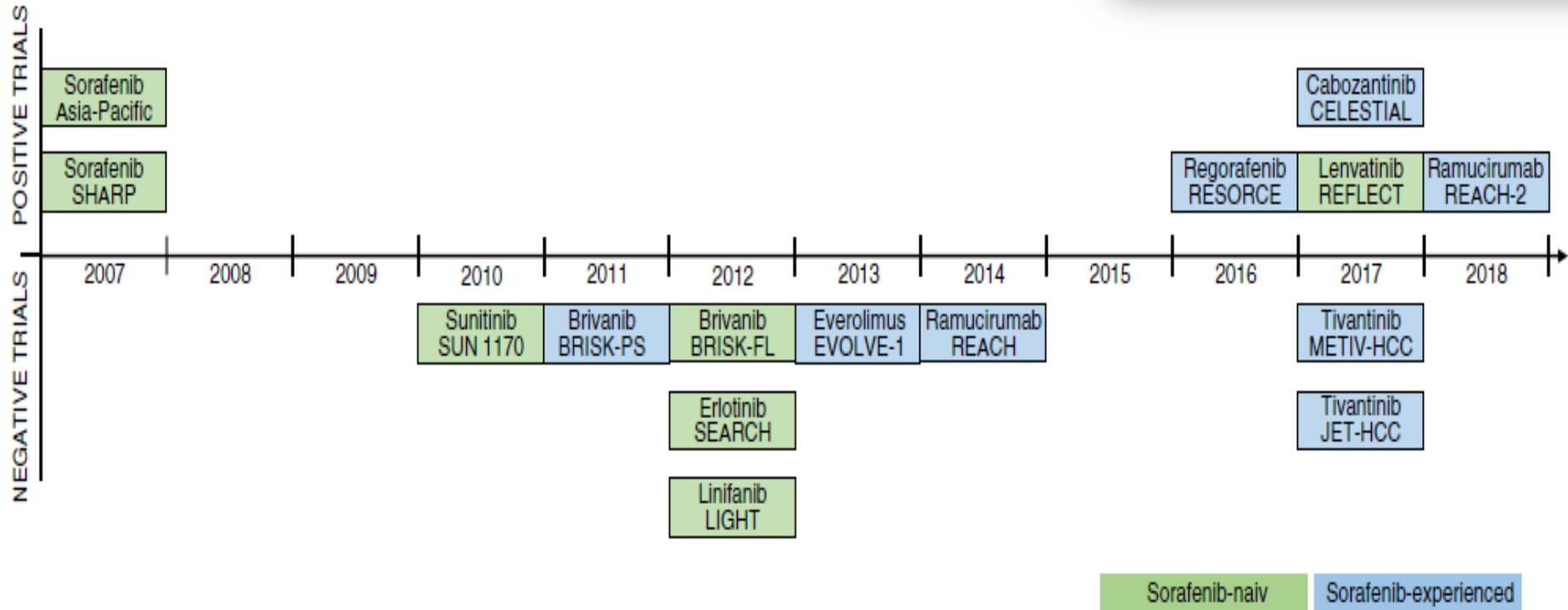
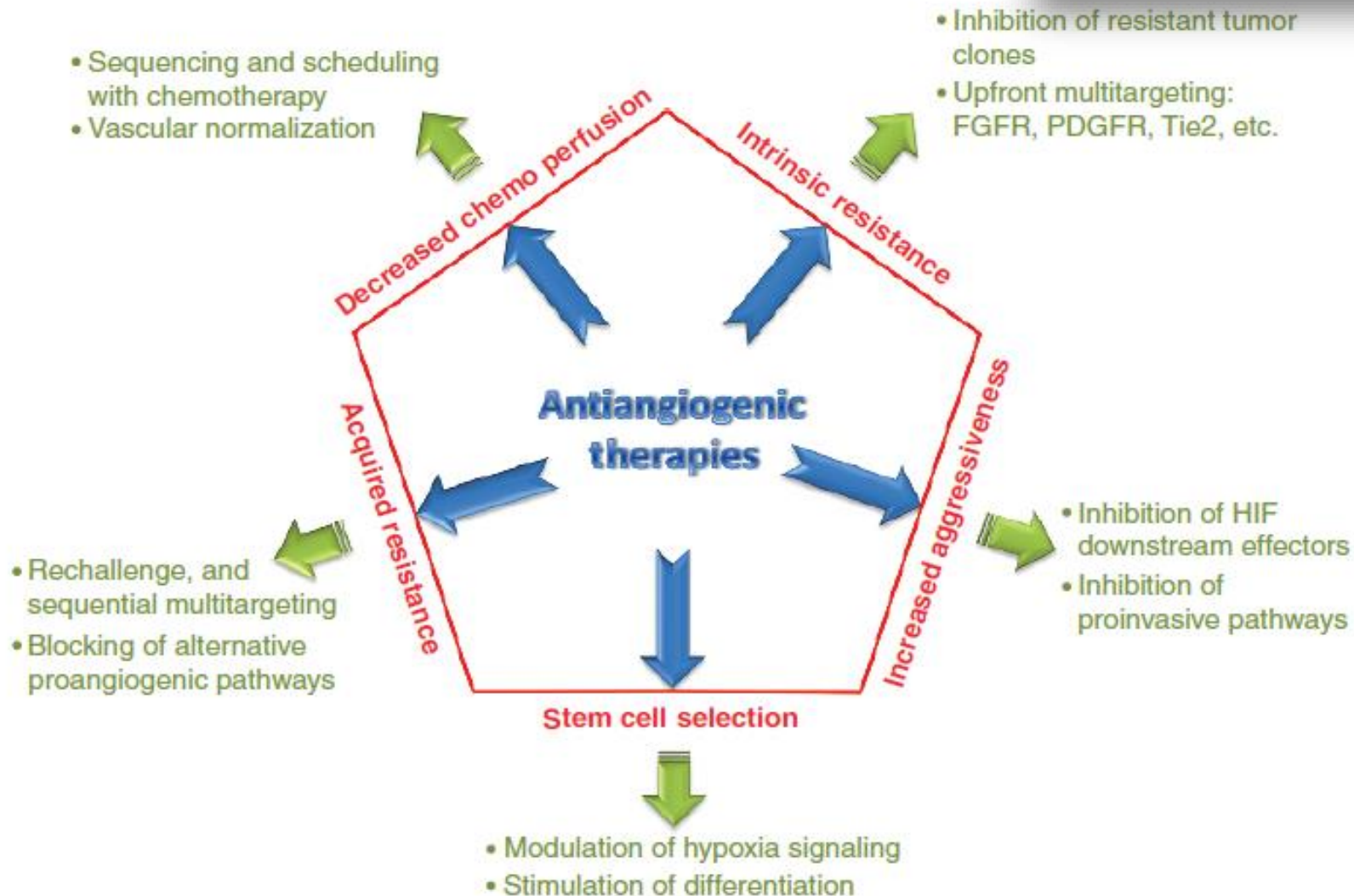


FIGURE 2 Timeline of targeted therapies that succeeded and failed in phase III randomised controlled trials of hepatocellular carcinoma (years refer to date of press announcement)



INMUNOTERAPIA EN HCC



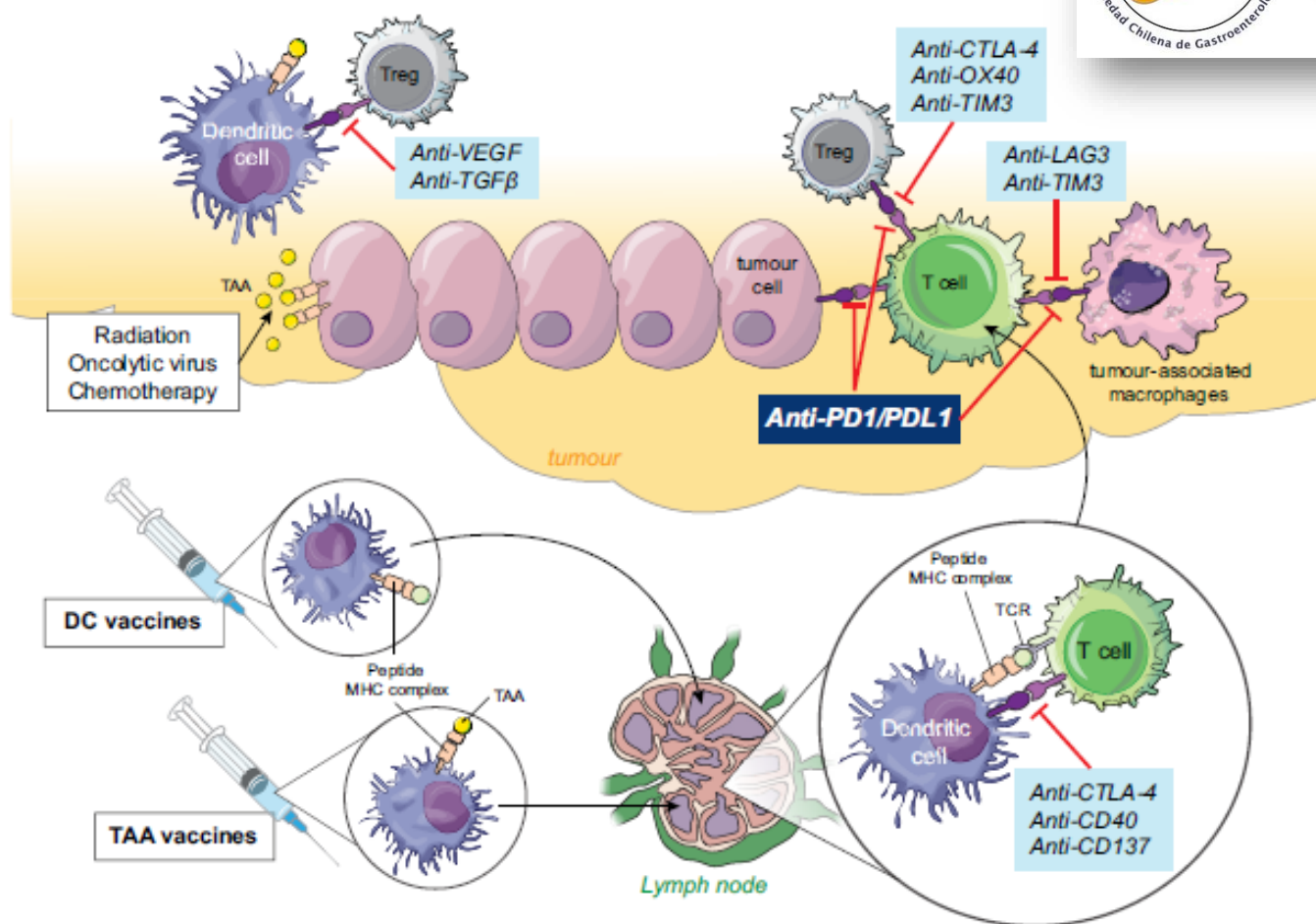


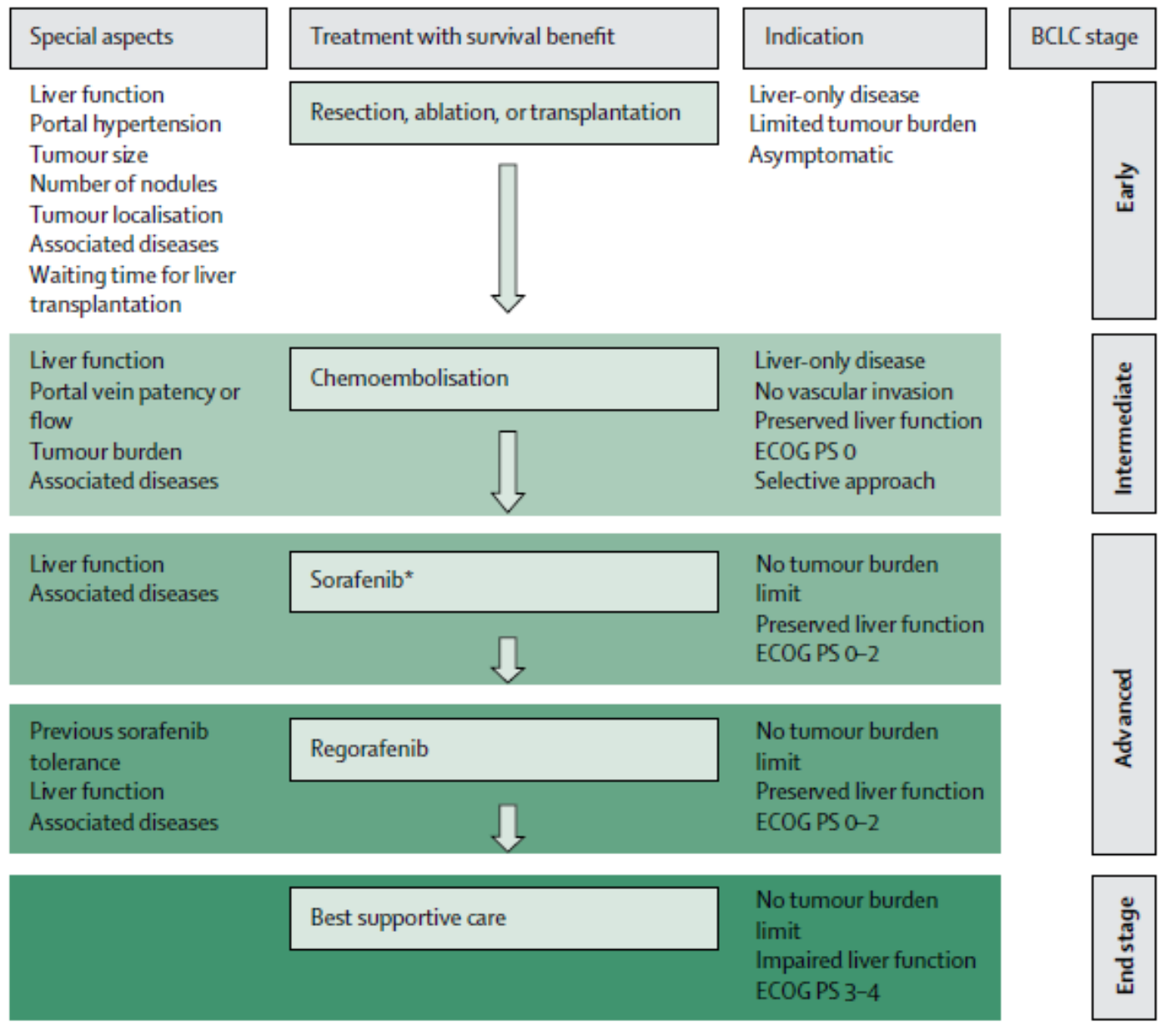
Fig. 3. Strategies to increase the efficacy of anti-PD-1/PD-L1 blockade based on mechanism of action. CTLA-4, cytotoxic T lymphocyte protein 4; DC, dendritic cells; LAG-3, lymphocyte activation gene 3; PD-1, programmed cell death protein 1; PD-L1, programmed cell death ligand 1; TAA, tumour-associated antigen; TAM, tumour associated macrophage; TIM-3, T cell immunoglobulin and mucin-domain containing; TGFβ, transforming growth factor β; VEGF, vascular endothelial growth factor.

Table 2. Systemic Therapy in HCC

Therapy	Median overall survival (mo)	HR (95% CI)
First line		
Lenvatinib vs sorafenib	13.6 vs. 12.3	0.92 (0.79–1.06)
Second line		
Regorafenib vs placebo	10.6 vs. 7.8	0.63 (0.50–0.79)
Nivolumab ^a	15.0/15.6	NA
(Sor experienced: ESC/EXP)		
Ramucirumab vs. placebo	8.5 vs. 7.3	0.710 (0.531–0.949)
Cabozantinib vs. placebo	10.2 vs. 8.0	0.76 (0.63–0.92)

NA, not applicable.

^aPhase I/II trial.



CONCLUSION

- El seguimiento del paciente cirrótico y diagnóstico precoz del CHC son claves para lograr mayor sobrevida.
- Incluso en estados tempranos de la enfermedad no existe tratamiento que asegure su curación.
- Dada la gran heterogeneidad tumoral, Las terapias sistémicas tienen un limitado impacto en el control de la enfermedad.
- Hacen falta más estudios preclínicos y clínicos que nos permitan elegir la mejor terapia sistémica para cada paciente.

GRACIAS

