

## Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com câncer de fígado atendidos num centro terciário: Um estudo transversal

Clinical-epidemiological profile of patients with liver cancer treated at a tertiary center: A cross-sectional study

Perfil clínico-epidemiológico de pacientes con cáncer de hígado atendidos en un centro de tercer nivel: Un estudio transversal

Recebido: 16/02/2025 | Revisado: 24/02/2025 | Aceitado: 24/02/2025 | Publicado: 26/02/2025

### Viviane Mendonça

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2573-3791>  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
E-mail: [viviane.mendonca@estudante.uffs.edu.br](mailto:viviane.mendonca@estudante.uffs.edu.br)

### Renata dos Santos Rabello

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8966-4326>  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
E-mail: [renata.rabello@uffs.edu.br](mailto:renata.rabello@uffs.edu.br)

### Fernando Fornari

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0899-329X>  
Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil  
E-mail: [fernando.fornari@uffs.edu.br](mailto:fernando.fornari@uffs.edu.br)

### Resumo

**Objetivo:** Delinear o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer hepático atendidos num centro terciário de saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, que coletou, de forma não probabilística, dados dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital de Clínicas, Passo Fundo – RS, entre janeiro de 2011 a dezembro de 2020. Os achados foram categorizados em dados de identificação e sociodemográficos, características de saúde, desfecho do caso hospitalar e desfecho do câncer hepático. **Resultados:** Dos 117 pacientes, 65% eram homens. Um total de 91% eram da cor branca, com idade de  $68 \pm 14$  anos. Dos tumores hepáticos, 40% corresponderam a metástases hepáticas, enquanto que dentre as neoplasias primárias, o hepatocarcinoma foi responsável por 86% dos diagnósticos. Dos diagnósticos de hepatocarcinoma, houve um predomínio do sexo masculino, com 80% dos casos com idade de  $71 \pm 9,5$  anos. Dos fatores de risco associados à neoplasia, a cirrose alcoólica foi a de maior prevalência (52%), estando principalmente relacionada ao sexo masculino. **Conclusão:** O câncer hepático possui maior prevalência em homens com média de idade de 68 anos. Dos cânceres hepáticos, o hepatocarcinoma possui maior prevalência, com um perfil clínico bem delineado na literatura, acomete principalmente homens com mais de 70 anos com cirrose hepática associada à ingestão excessiva de álcool e infecção pelos vírus da hepatite C e B. Neste sentido, grande parte dos componentes etiológicos e fatores de risco para o hepatocarcinoma são evitáveis e preveníveis.

**Palavras-chave:** Neoplasias hepáticas; Carcinoma hepatocelular; Fígado; Epidemiologia.

### Abstract

**Objective:** To outline the clinical and epidemiological profile of patients diagnosed with liver cancer treated at a tertiary health center. **Methods:** This is a cross-sectional study, which collected, in a non-probabilistic way, data from the medical records of patients treated at the Hospital de Clínicas, Passo Fundo - RS, between January 2011 and December 2020. The findings were categorized into data from identification and sociodemographic data, health characteristics, hospital case outcome and liver cancer outcome. **Results:** Of the 117 patients, 65% were men. A total of 91% were white, aged  $68 \pm 14$  years. Of the liver tumors, 40% corresponded to liver metastases, while among the primary neoplasms, hepatocellular carcinoma was responsible for 86% of the diagnoses. Of the diagnoses of hepatocellular carcinoma, there was a predominance of males, with 80% of cases aged  $71 \pm 9.5$  years. Of the risk factors associated with neoplasia, alcoholic cirrhosis was the most prevalent (52%), being mainly related to males. **Conclusion:** Liver cancer is more prevalent in men with a mean age of 68 years. Of the liver cancers, hepatocellular carcinoma has the highest prevalence, with a clinical profile well outlined in the literature, affecting mainly men over 70 years of age with liver cirrhosis associated with excessive alcohol intake and infection with hepatitis C and B viruses. Part of the etiological components and risk factors for hepatocellular carcinoma are preventable and avoidable.

**Keywords:** Liver neoplasms; Hepatocellular carcinoma; Liver; Epidemiology.

## Resumen

**Objetivo:** Delinear el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de cáncer de hígado atendidos en un centro de salud de tercer nivel. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, que recopiló, de forma no probabilística, datos de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Hospital de Clínicas, Passo Fundo - RS, entre enero de 2011 y diciembre de 2020. Los hallazgos fueron categorizados en datos de identificación y datos sociodemográficos, características de salud, resultado del caso hospitalario y resultado del cáncer de hígado. **Resultados:** De los 117 pacientes, el 65% eran hombres. Un total de 91% eran blancos, con edad de  $68 \pm 14$  años. De los tumores hepáticos, el 40% correspondió a metástasis hepáticas, mientras que entre las neoplasias primarias, el hepatocarcinoma fue responsable del 86% de los diagnósticos. De los diagnósticos de hepatocarcinoma hubo predominio del sexo masculino, con 80% de los casos con edad de  $71 \pm 9,5$  años. De los factores de riesgo asociados a la neoplasia, la cirrosis alcohólica fue el más prevalente (52%), relacionándose principalmente con el sexo masculino. **Conclusión:** El cáncer de hígado es más prevalente en hombres con una edad media de 68 años. De los cánceres hepáticos, el carcinoma hepatocelular es el de mayor prevalencia, con un cuadro clínico bien perfilado en la literatura, afectando principalmente a hombres mayores de 70 años con cirrosis hepática asociada a la ingesta excesiva de alcohol e infección por los virus de la hepatitis C y B. En este sentido, la gran parte de los componentes etiológicos y factores de riesgo para el hepatocarcinoma son evitables y preventivos.

**Palabras clave:** Neoplasias hepáticas; Carcinoma hepatocelular; Hígado; Epidemiología.

## 1. Introdução

O câncer hepático é uma neoplasia maligna comum do sistema digestivo e corresponde a um grupo heterogêneo de patologias com distintos mecanismos carcinogênicos (World Health Organization, 2020). Com altas taxas de morbidade e mortalidade, o câncer de fígado é um grande desafio para a saúde global. Visto que, diferente da tendência de outros cânceres, a sua incidência vem aumentando ao longo dos anos. No Brasil, estima-se que para cada ano do triênio de 2023 a 2025, sejam registrados 10.700 novos casos da neoplasia (Ministério da Saúde, 2023).

Em termos de origem, as neoplasias que acometem o fígado, podem iniciar no próprio órgão, quando são nominadas de cânceres hepáticos primários, e incluem, principalmente: hepatocarcinoma, colangiocarcinoma intra-hepático e hepatoblastoma. Como também, o órgão pode ser alvo de metástases de cânceres com sítio primário localizado fora do fígado (Marcelo et al., 2013). Os tumores metastáticos compreendem o maior grupo de tumores malignos hepáticos, sendo este um dos principais órgãos a ser acometido pelas metástases (Alfonso et al., 2015).

O hepatocarcinoma é a forma mais prevalente de câncer hepático primário, responsável por mais de 90% dos tumores que se originam neste órgão. Este câncer se apresenta como uma neoplasia agressiva e de alta letalidade (Chedid et al., 2017). Em nível mundial, ocupa o sexto lugar na incidência anual de câncer e o quarto lugar na mortalidade por câncer, tornando-se o segundo tumor maligno mais letal (Cisneros-Garza et al., 2022).

Nesse sentido, trata-se de uma neoplasia característica de regiões em desenvolvimento, em especial África Subsaariana e sudeste asiático, em razão da maior exposição aos fatores de risco ambientais e infecciosos e a baixa disponibilidade de recursos de saúde. No Brasil, o hepatocarcinoma possui uma incidência intermediária (Carrilho et al., 2020), com maior concentração relativa de pacientes nas regiões Sul e Sudeste, possivelmente em razão da maior prevalência dos casos de hepatite C e B, sendo na região sul as maiores taxas encontradas de hepatite B do país e segundo lugar nos casos de hepatite C (Ministério da Saúde, 2022). Como também o subdiagnóstico das doenças nas demais regiões, além da migração dos pacientes para tratamento em centros das regiões sul e sudeste.

Em relação ao perfil clínico, o hepatocarcinoma acomete com maior frequência o sexo masculino (Petrick et al., 2020) tendo seu pico aproximadamente aos 70 anos (El-Serag, 2011). A neoplasia, geralmente, se desenvolve no contexto de uma doença hepática crônica, principalmente nos casos de cirrose (Singal et al., 2020). Possui etiologia multifatorial, sendo um dos poucos tumores com fatores de risco bem estabelecidos na literatura. Atualmente, o principal fator de risco global para o desenvolvimento da neoplasia é a infecção crônica pelo vírus da hepatite B (Forner et al., 2009). Enquanto no Brasil (Carrilho

et al., 2010), a maior prevalência da neoplasia está associada a infecção pelo vírus da hepatite C. No entanto, qualquer doença que resulte em cirrose hepática pode complicar com o desenvolvimento do hepatocarcinoma.

Visto o câncer hepático possuir um perfil clínico bem delimitado como também apresentar altas taxas de morbidade e mortalidade e projeções que demonstram um aumento na incidência do tumor, é imprescindível entender qual o perfil dos pacientes diagnosticados com a neoplasia na região do estudo, a fim de preparar o sistema para manejar da melhor forma esses pacientes.

Desse modo, este estudo tem como objetivo delinear o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que foram atendidos por câncer de fígado no Hospital de Clínicas, Passo Fundo – RS, no período de 2011 a 2020.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, do tipo transversal de caráter descritivo, com coleta de dados em documentação de fonte direta por meio de prontuários e de natureza quantitativa (Toassi & Pertry, 2021; Pereira et al., 2018) e com uso de estatística descritiva simples com emprego de médias, desvios padrões, frequências absolutas e frequências relativas percentuais (Shitsuka et al., 2014) e, que foi realizado no Hospital de Clínicas de Passo Fundo (HCPF), Rio Grande do Sul, com pacientes diagnosticados com câncer hepático. A amostra não probabilística incluiu pacientes atendidos na instituição, diagnosticados com neoplasias hepáticas independente de sexo e idade entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2020.

A relação dos prontuários foi obtida por meio de uma lista de pacientes enviada pelo Setor de Tecnologia da Informação do HCPF, de acordo com o Código Internacional das Doenças (CID-10) dos tumores malignos que acometem o fígado: C22.0 Carcinoma de células hepáticas, classificado como hepatocarcinoma pelas Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Câncer de Fígado no Adulto do Ministério da Saúde, C22. 1 Carcinoma de vias biliares intra-hepáticas, C22. 2 Hepatoblastoma, C22. 3 Angiossarcoma do fígado, C22. 4 Outros sarcomas do fígado, C22.7 Outros carcinomas especificados do fígado, C22. 9 Neoplasia maligna do fígado, não especificada e C78.7 Neoplasia secundária do fígado. Pacientes classificados com mais de um CID, foram categorizados de acordo com o CID mais específico. Os dados foram acessados e uma busca foi realizada através do sistema eletrônico de prontuários por meio da lista com todos os pacientes elegíveis para o estudo.

Dos prontuários eletrônicos foram extraídas as variáveis e separadas em quatro blocos: bloco A, dados de identificação e sociodemográficos do paciente, como número de atendimento, número de prontuário, data de coleta, data do atendimento no HCPF, classificação da neoplasia (CID), tipo de neoplasia e estadiamento, descrição da neoplasia, data do diagnóstico do câncer, presença de metástase e local acometido, sexo, ocupação/ profissão, escolaridade, plano de saúde, data de nascimento, município de residência, cor da pele e estado civil ; bloco B, características de saúde, como tabagismo, etilismo, presença de comorbidades, diabetes mellitus, hipertensão arterial, distúrbios tireoidianos, obesidade, distúrbios de saúde mental, histórico de pólipos intestinais, outras comorbidades, uso de medicamentos contínuos, histórico oncológico e tipo de tratamento oncológico prévio realizado; bloco C, desfecho caso hospitalar, com dados acerca dos métodos utilizados no tratamento oncológico definitivo, data de início e término do tratamento oncológico e desfecho clínico; bloco F, delimitação das características do câncer de fígado, estadiamento de acordo com o *Barcelona Clinic Liver* (BCLC) se diagnóstico de hepatocarcinoma, classificação *Child-Turcotte-Pugh*, se diagnóstico de hepatocarcinoma e cirrose hepática e fatores de risco específicos para o hepatocarcinoma.

Foram utilizados dois sistemas de classificação no estudo nos diagnósticos de hepatocarcinoma. O BCLC determina a progressão como também, o tratamento mais adequado para os pacientes com hepatocarcinoma. O sistema classifica os pacientes em cinco estágios, sendo 0 o estadio muito precoce, A precoce, B intermediário e D terminal. Os estágios são baseados na extensão da lesão primária, *performance status*, invasão vascular e disseminação extra-hepática. O segundo

sistema utilizado foi o *Child-Turcotte-Pugh*, utilizado para identificar e estratificar a gravidade da cirrose hepática, classifica os pacientes em três classes: baixo risco (A), risco médio (B) e alto risco (C). É baseado em cinco critérios clínicos e laboratoriais, sendo eles: bilirrubina sérica, albumina sérica, tempo de protrombina, ascite e encefalopatia hepática.

Após o término da coleta, os dados foram duplamente digitados e validados no programa Epidata 3.1 de livre distribuição e, posteriormente, exportados para o software de distribuição livre (PSPP), no qual a análise da amostra final foi realizada. A análise estatística descritiva consistiu em distribuição relativa e absoluta das variáveis categóricas, bem como média e desvio padrão das variáveis numéricas.

Conforme as obrigatoriedades para a realização de um projeto de pesquisa, o presente estudo faz parte de um recorte de um projeto maior intitulado “Prevalência de neoplasias na população rural e fatores associados”, no qual foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul, cujo parecer possui o número 5.180.104.

### 3. Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 117 pacientes, dos quais 65% eram homens, caucasianos (90,6%) com uma idade média de  $68 \pm 14$  anos. Quanto ao estado civil, 65,8% dos portadores de neoplasia hepática eram casados e 55,5% tinham uma baixa escolaridade, conforme abordado na tabela 1.

Dentre as comorbidades (Tabela 1), 45,4% tinham hipertensão arterial sistêmica, seguida de cirrose hepática (43,6%) e 23,9% apresentaram diabetes mellitus. Quanto aos hábitos de vida, fumantes e ex-fumantes corresponderam a 46,1%. Alcoolistas ou ex-alcoolistas representaram 44,4% do total. Os fatores tabagismo e etilismo estiveram presentes, em algum momento da vida dos pacientes, em maior prevalência no sexo masculino, sendo que 82,1% dos etilistas e 95,8% dos ex-etilistas eram homens. No quesito tabagismo, 73,3% dos tabagistas e 70,8% dos ex-tabagistas corresponderam ao sexo masculino.

**Tabela 1** - Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes diagnosticados com câncer hepático atendidos em hospital terciário de Passo Fundo (n= 117).

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	76	65
Feminino	41	35
<b>Raça</b>		
Branca	106	90,6
Parda	6	5,1
Preta	3	2,6
Não informado	2	1,7
<b>Estado civil</b>		
Casado	77	65,8
Solteiro	18	15,4
Viúvo	16	13,7
Divorciado	6	5,1
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino fundamental completo	65	55,5
Ensino médio incompleto e completo	28	23,9
Ensino superior completo	7	6
Não informado	17	14,5
<b>Alcoolismo</b>		
Não	39	33,3
Sim	28	23,9

Ex-etilista	24	20,5
Não informado	26	22,2
<b>Comorbidades</b>		
Hipertensão arterial sistêmica	53	45,3
Cirrose hepática	51	43,6
Diabetes Mellitus	28	23,9
Outras	27	23,1
Doença mental	15	12,8
Dislipidemia	14	12
Obesidade	12	10,3
Distúrbios tireoidianos	5	4,3

Quanto à escolaridade, optou-se por agrupar indivíduos que não estudaram junto àqueles com uma escolaridade mais baixa (ensino fundamental). Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação ao desfecho clínico dos pacientes com câncer hepático, 44% evoluíram para óbito e 38,8% foram liberados para tratamento ambulatorial. Quanto à mortalidade, o sexo de maior prevalência foi o masculino, com 54,9% dos óbitos.

Em relação à origem do câncer hepático, 59,9% iniciaram no próprio órgão, sendo 40,1% neoplasias secundárias do fígado. Nesse sentido, das metástases, 29,7% decorreram de um tumor maligno iniciado no cólon ou reto, 17% na vesícula biliar e 10,6% possuíam origem primária desconhecida. Pulmões, foram responsáveis por 8,5% das metástases e pâncreas 6,4%. Estômago, tecido linfóide, rim e tecido conjuntivo e de outros tecidos moles possuíram igualmente uma prevalência de 4,3% das metástases. Enquanto, o esôfago, intestino delgado, pele, mama e útero, possuíram, isoladamente, menor incidência com apenas um caso e, em conjunto, foram responsáveis por 10,5% das neoplasias secundárias, conforme a Tabela 2.

**Tabela 2 - Órgãos de origem do tumor com metastização hepática (n= 47).**

Variável	n	%
Cólon	9	19,1
Vesícula biliar	8	17
Reto	5	10,6
Sem localização específica	5	10,6
Pulmões	4	8,5
Pâncreas	3	6,4
Estômago	2	4,3
Tecido linfóide	2	4,3
Rim	2	4,3
Tecido conjuntivo e de outros tecidos moles	2	4,3
Esôfago	1	2,1
Intestino delgado	1	2,1
Pele	1	2,1
Mama	1	2,1
Útero	1	2,1

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao sexo mais acometido por metástases hepática, não houve uma diferença significativa, mulheres apresentaram 48,9% das neoplasias enquanto o sexo masculino foi responsável por 51,1%. A média de idade dos pacientes foi de 65 ±16 anos.

Em relação aos pacientes diagnosticados com câncer hepático primário, a amostra foi composta por 70 pacientes, houve predominância do hepatocarcinoma (85,7%), seguido pelo colangiocarcinoma intra-hepático (12,9%) e, somente 1 (1,4%) diagnóstico de hepatoblastoma. Não foram identificados diagnósticos de angiossarcoma hepático.

Dos cânceres hepáticos primários e secundários, o hepatocarcinoma foi o mais prevalente, sendo responsável por 51,3% dos diagnósticos. Em relação ao perfil dos portadores desta neoplasia (tabela 3), houve um predomínio do sexo masculino (80%). Quanto a raça, houve predomínio de caucasianos (90%), 58,5% apresentaram baixo índice escolar. A média de idade dos pacientes diagnosticados com a neoplasia, foi de  $71 \pm 9,5$  anos.

A tabela 3 faz referência aos fatores de risco apresentados pelos pacientes com hepatocarcinoma. A infecção pelo vírus da hepatite C esteve presente em 25 pacientes. Sendo etiologia única em 13 (24,1%) pacientes, 9 (16,7%) apresentavam, também, consumo excessivo de álcool e 3 pacientes (5,6%) além da infecção pelo vírus C, apresentaram esteatohepatite não-alcoólica. Não houve presença concomitante entre infecção pelo vírus da hepatite C com o vírus da hepatite B. A infecção pelo vírus da hepatite B esteve presente em 11 pacientes. Sendo que, identificado isoladamente, em 6 (11,1%) pacientes, e 5 (9,3%) apresentavam consumo excessivo de álcool como comportamento de risco. Não se observou pacientes infectados pelo vírus da hepatite B com a esteatohepatite não-alcoólica. O álcool esteve presente em 28 pacientes (52%), sendo etiologia única em 13 (24,1%) pacientes. A esteatohepatite não-alcoólica esteve presente, como etiologia única, em 3 (5,6%) pacientes. Em 1 (1,9%) paciente houve a presença de esteatohepatite não-alcoólica e o consumo excessivo de álcool como comportamentos de risco. A exposição à aflatoxina esteve presente como etiologia única em 1 (1,9%), e não apresentou relação com outras etiologias. Outras causas, incluindo hemocromatose hereditária, hepatite autoimune, cirrose biliar primária e causa não conhecida, não estiveram presentes no estudo. Para 6 (10%) pacientes, não havia registro disponível.

**Tabela 3** - Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hepatocarcinoma atendidos em hospital terciário de Passo Fundo (n= 60).

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	48	80
Feminino	12	20
<b>Raça</b>		
Branca	54	90
Parda	5	8,3
Não informado	1	1,7
<b>Fator de risco (n = 54)</b>		
VHC	13	24,1
ÁLCOOL	13	24,1
VHC + ÁLCOOL	9	16,7
VHB	6	11,1
VHB + ÁLCOOL	5	9,3
EHNA	3	5,6
VHC + EHNA	3	5,6
AFLATOXINA	1	1,9
EHNA + ÁLCOOL	1	1,9

VHC = vírus da hepatite C; VHB = vírus da hepatite B; EHNA = esteatohepatite não-alcoólica. Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto aos hábitos de vida dos pacientes com hepatocarcinoma, etilistas ou ex-etilistas corresponderam há dos 58,3%

diagnosticados, com maior porcentagem no sexo masculino (70,9%). Tabagistas ou ex-tabagistas representaram 53,3% do total de portadores de hepatocarcinoma.

A Tabela 4 mostra resultados comparativos da prevalência dos principais fatores de risco para o hepatocarcinoma de acordo com o sexo. A infecção pelos vírus da hepatite C e B estiveram presentes, isoladamente ou na presença do consumo excessivo de álcool, em maior prevalência no sexo masculino. Como também, o comportamento de risco do abuso de álcool prevaleceu nos homens (24,1%) de forma isolada e na presença de esteatose hepática não alcoólica (1,9%). Em relação ao sexo feminino, este se mostrou mais prevalente somente na esteatohepatite não-alcoólica de forma isolada (1,9%).

**Tabela 4** - Perfil etiológico dos pacientes diagnosticados com hepatocarcinoma (n=54).

Etiologia	Sexo	
	Feminino – n (%)	Masculino – n (%)
VHC	4 (7,4)	9 (16,7)
ÁLCOOL	0	13 (24,1)
VHC + ÁLCOOL	1 (1,9)	8 (14,8)
VHB	0	6 (11,1)
VHB + ÁLCOOL	0	5 (9,3)
EHNA	2 (3,7)	1 (1,9)
VHC + EHNA	3 (5,6)	0
AFLATOXINA	0	1 (1,9)
EHNA + ÁLCOOL	0	1 (1,9)

VHC = vírus da hepatite C; VHB = vírus da hepatite B; EHNA = esteatohepatite não-alcoólica. Fonte: Elaborado pelos autores.

A cirrose hepática esteve presente em 91,7% dos casos, sendo que em 6,7% dos pacientes não foram registrados dados acerca da comorbidade. Dos pacientes cirróticos, de acordo com a classificação de *Child-Turcotte-Pugh*, índice para identificação e estratificação da gravidade da cirrose hepática, 11 (18,3%) pacientes eram CTP classe A; 27 (45%) pacientes CTP classe B e 12 (20%) CTP classe C. Para 10 (16,7%) pacientes não havia registro disponível. Em relação ao sistema *Barcelona Clinic Liver Cancer* (BCLC), sistema que relaciona as informações com o prognóstico da neoplasia, esteve presente somente em 19 prontuários. Dos quais 4 (6,7%) eram estágio precoce, 3 (5%) estágio intermediário, 6 (10%) em estágio avançado, e 6 (10%) em estágio terminal. Não foram encontrados pacientes em estágio muito precoce.

Quanto às metástases, apenas 10% dos hepatocarcinoma migraram para outras regiões, acometendo ossos (3,3%), pulmão (3,3%) e veia porta (1,7%). Para um paciente não houve informação sobre o local da metástase.

Em relação ao desfecho clínico, 26 (43,3%) pacientes com hepatocarcinoma evoluíram para óbito, 24 (40%) foram liberados para tratamento ambulatorial e apenas 1 paciente (1,7%) obteve cura/alta hospitalar. Para 9 (15%) pacientes não houve informação a respeito do desfecho clínico. Quanto a mortalidade, o sexo masculino obteve maior prevalência, sendo responsável por 73,1% dos óbitos.

#### 4. Discussão

O presente estudo descreve os aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes diagnosticados com câncer hepático, em um hospital terciário de Passo Fundo, RS, entre os anos de 2011 e 2020. Em relação às características epidemiológicas dos pacientes com câncer hepático, o atual estudo obteve um predomínio do sexo masculino, o qual representou 65% dos casos, fornecendo uma razão de 1,8: 1 entre ambos os sexos. Em outros estudos a respeito do tema (Lin et al., 2020; Petrick & McGlynn, 2019), razões semelhantes foram encontradas, com as taxas no sexo masculino sendo duas a três vezes maiores em

relação ao sexo feminino, evidenciando uma disparidade de gênero na incidência do câncer hepático em todo o mundo. De acordo com Fitzmaurice et al. (2017), analisando a incidência da neoplasia em 195 países, também se verificou maior prevalência em homens. Quanto à idade de maior incidência do câncer hepático, há escassos estudos acerca do tema. No estudo (Lin et al., 2020) mais recente, a média de idade mais representativa para o desenvolvimento do câncer hepático foi aos 62,5 anos de idade. No presente estudo, a idade encontrada foi 68 anos, superior em relação à descrita na literatura.

O fígado é um dos alvos mais frequentes para a disseminação metastática de tumores, sendo estas as principais causas de tumores malignos no fígado (Alfonso et al., 2015). Estudos apontam que as metástases hepáticas são 40 (Yagüe, 2004) a 65 (Cabarcas et al., 1996) vezes mais frequentes que o câncer primário de fígado. No entanto, no presente estudo as metástases corresponderam somente a 40% dos diagnósticos, indicando que na região analisada o câncer primário de fígado foi o mais frequente. Isto pode ocorrer devido a subutilização do CID de neoplasia secundária maligna do fígado (CID-10 C78.7). Por outro lado, o hospital em questão é referência para a drenagem de pacientes com hepatopatia crônica, podendo justificar em parte a maior representatividade de hepatocarcinomas.

No presente estudo, o hepatocarcinoma esteve em maior prevalência entre as neoplasias de origem primária hepática, com aproximadamente 86% dos diagnósticos, seguido do colangiocarcinoma intra-hepático, com aproximadamente 13% e apenas um caso de hepatoblastoma. Outros tumores primários do fígado, como o angiossarcoma, não foram encontrados. Em outros estudos (El-Serag & Rudolph, 2007; European Association for the Study of the Liver, 2012; Park et al., 2015), a respeito do tema razões semelhantes foram encontradas. De acordo com Gomes et al. (2013), o hepatocarcinoma constitui 70 a 85% dos tumores primários do fígado, o colangiocarcinoma intra-hepático representam 10 a 15%, e os 5% restantes são tumores incomuns, como o hepatoblastoma e o angiossarcoma primário hepático, evidenciando uma predominância mundial do hepatocarcinoma entre os diagnósticos de neoplasia primária do fígado (Petrick et al., 2020).

Os estudos em relação à prevalência do hepatocarcinoma dentre os cânceres hepáticos são limitados aos cânceres de origem primária no fígado. Contudo, neste estudo verificou-se que o hepatocarcinoma possui uma prevalência significativa (51,3%) dentre os diagnósticos de neoplasia maligna hepática.

Quanto ao sexo mais atingido pela neoplasia, no atual estudo, o hepatocarcinoma ocorreu com maior frequência (80%) no sexo masculino, em uma razão de 4:1 entre ambos os sexos. Em outros estudos (El-Serag & Mason, 1999; El-Serag & Rudolph, 2007), razões semelhantes foram encontradas, com as taxas no sexo masculino sendo duas a quatro vezes maiores em relação ao sexo feminino, evidenciando uma disparidade de gênero na incidência do hepatocarcinoma em todo o mundo.

As causas da disparidade de gênero incluem à maior exposição dos homens aos carcinógenos hepáticos, os homens são mais propensos a serem infectados pelos vírus da hepatite B e C como também realizam maior consumo de álcool (El-Serag & Rudolph, 2007). Nesse sentido, observou-se que o sexo masculino esteve em maior prevalência nos fatores de risco tanto na infecção pelo vírus da hepatite C e B de forma isolada e na presença do abuso de álcool, como também, na cirrose alcoólica de forma isolada. Quanto aos hábitos de vida, os portadores de hepatocarcinoma do sexo masculino obtiveram predomínio quanto aos hábitos de etilismo ou ex-etilismo. Assim, este achado corrobora com os estudos que associam o maior comportamento de risco para o desenvolvimento da neoplasia ao sexo masculino.

O risco de desenvolver o hepatocarcinoma se eleva com a idade, raramente ocorrendo antes dos 40 anos de idade e atingindo um pico por volta dos 70 anos (El-Serag, 2011). A idade média da prevalência da neoplasia encontrada no presente estudo foi de 71 anos. Este valor apresenta-se elevado quando comparado a outros estudos, os quais apontam idade média de 67 anos (Farah et al., 2023) e 64 anos (Fassio et al., 2010). Isto por que há discrepância quanto a idade de maior prevalência do hepatocarcinoma, visto à exposição aos carcinógenos hepáticos ocorrer de forma precoce em algumas populações em relação à outras.

No presente estudo, 91,7% dos diagnósticos de hepatocarcinoma estavam associados à presença de cirrose hepática.

Este achado, encontra-se em consonância com a literatura (Bosch et al., 2004; Fattovich et al., 2004), a qual aponta que a grande maioria dos casos da neoplasia se desenvolve no cenário de doença hepática crônica, sendo a cirrose o principal fator de risco, independentemente da etiologia da doença (Singal et al., 2020). Tais dados são confirmados, também, por outros estudos, os quais apontam que a cirrose hepática esteve presente em 71,2% (Goncalves et al., 1997), 85,4% (Fassio et al., 2010) e 89% (Varela et al., 2010) dos diagnósticos de hepatocarcinoma.

A distribuição da etiologia da doença hepática precursora da neoplasia é altamente variável, dependendo da prevalência dos fatores de riscos ambientais e infecciosos nas diferentes regiões e grupos étnicos afetados (El-Serag & Rudolph, 2007). O presente estudo confirmou a ampla gama de fatores de riscos descritos na literatura, porém apresentou diferenças em relação aos resultados da maioria dos países e de outras regiões do Brasil. A nível mundial, o principal fator de risco para o hepatocarcinoma é a infecção pelo vírus da hepatite B (Forner et al., 2009), respondendo por aproximadamente 50% dos casos (Fitzmaurice et al., 2017). Enquanto que na Europa e América, os principais fatores de risco são a infecção pelo vírus da hepatite C e o consumo de álcool (Armstrong et al., 2006). No Brasil (Carrilho et al., 2010), verificou-se que o vírus da hepatite C foi a principal etiologia (54%), seguido pelo vírus da hepatite B (16%) e álcool (14%). No estudo em questão, o consumo de álcool foi o principal fator de risco, seguido pelo vírus da hepatite C e B, apresentando semelhança com os estudos realizados na Espanha (De Lope et al., 2017) e México (Cisneros Garza & Aiza Haddad, 2022), onde o álcool também foi o principal fator de risco identificado.

A maior limitação do estudo foi a obtenção dos dados a partir de prontuários eletrônicos, os quais são registrados por terceiros, impossibilitando o controle da qualidade das informações. No entanto, a descrição clínico-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com câncer hepático encontrada no estudo entre os anos de 2011 e 2020 foi consistente com dados descritos na literatura.

## 5. Conclusão

Neste estudo, assim como na literatura, observou-se uma maior ocorrência de câncer de fígado em indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 68 anos. O tipo predominante de câncer hepático diagnosticado foi o hepatocarcinoma. É interessante notar que, em contraste com outros estudos, houve uma maior prevalência dos cânceres primários de fígado em relação às metástases hepáticas.

Dos pacientes portadores de hepatocarcinoma, houve predomínio do sexo masculino, com uma média de idade de 71 anos. A presença de cirrose hepática foi identificada em 92% dos casos, evidenciando-se como principal fator de risco para o desenvolvimento desta neoplasia, conforme descrito na literatura. Em relação à etiologia da doença hepática, houve uma disparidade quanto aos estudos nacionais e internacionais, sendo o consumo excessivo de bebida alcoólica o fator mais prevalente, seguido pela infecção do vírus da hepatite C e B. É importante ressaltar que os fatores de risco mais comuns no estudo, principalmente o consumo excessivo de bebida alcoólica, apresentaram maior prevalência no sexo masculino, indicando que os homens possuem comportamentos de risco mais pronunciados para o desenvolvimento desta neoplasia.

Nesse sentido, grande parte dos componentes etiológicos e fatores de risco do hepatocarcinoma são evitáveis e preveníveis. Assim, faz-se necessário implementação de políticas públicas que orientem a população quanto ao risco envolvido na infecção por vírus das hepatites B e C, bem como no alcoolismo. Estas medidas incluem a promoção de tratamentos efetivos para hepatites B e C, assim como outras doenças hepáticas, com o objetivo de prevenir a cronicidade dessas condições. Além disso, é fundamental conscientizar a população sobre a importância da vacinação contra o vírus da hepatite B como forma de prevenção eficaz.

## Referências

- Alfonso, L., Armas, S., María, D., Andara Ramírez, T., & Pedroso, G. N. (2015). Metástasis hepática como forma de presentación de cáncer. *Revista Cubana de Oncología*, 54(1), 23-30.
- Armstrong, G. L., Wasley, A., Simard, E. P., McQuillan, G. M., Kuhnert, W. L., & Alter, M. J. (2006). The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999 through 2002. *Annals of internal medicine*, 144(10), 705-714. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00004>
- Bosch, F. X., Ribes, J., Díaz, M., & Cléries, R. (2004). Primary liver cancer: Worldwide incidence and trends. *Gastroenterology*, 127(5), S5-S16. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.09.011>
- Cabarcas, R. G., Olarte, H., & de Pabón, E. C. (1996). Tumores Primarios Malignos del Hígado. Estudio de 18 Casos y Revisión de la Bibliografía. *Revista Colombiana de Cirugía*, 11(4), 355-365.
- Carrilho, F. J., Kikuchi, L., Branco, F., Gonçalves, C. S., de Mattos, A. A., & Brazilian HCC Study Group. (2010). Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil. *Clinics*, 65(12), 1285-1290. <https://doi.org/10.1590/S1807-59322010001200010>
- Carrilho, F. J., Paranguá-Vezozzo, D. C., Chagas, A. L., Alencar, R. S. de S. M., & Da Fonseca, L. G. (2020). Epidemiology of liver cancer in Latin America: Current and future trends. *Seminars in Liver Disease*, 40(2), 101-110. <https://doi.org/10.1055/s-0039-3399561>
- Chedid, MF, Krueh, CR, Pinto, MA, Grezzana-Filho, TJ, Leipnitz, I, Krueh, CD. ... & Chedid, AD. (2017). Hepatocellular carcinoma: Diagnosis and operative management. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30(4), 272-278. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040011>
- Cisneros Garza, L. E., & Aiza Haddad, I. (2022). Hepatocellular carcinoma in Mexico. *Clinical Liver Disease (Hoboken)*, 19(2), 73-77. <https://doi.org/10.1002/cld.119>
- Cisneros-Garza, LE, González-Huezo, MS, Moctezuma-Velázquez, C., de Guevara-Cetina, LL, Vilatobá, M., García-Juárez, I., ... & Torrecillas-Torres, L. (2022). The second Mexican consensus on hepatocellular carcinoma. Part I: Epidemiology and diagnosis. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, 87(2), 216-234. <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2021.10.009>
- De Lope, C. R., Reig, M., Matilla, A., Ferrer, M. T., Dueñas, E., Mínguez, B., ... & Liver Cancer Study Group. (2017). Clinical characteristics of hepatocellular carcinoma in Spain. Comparison with the 2008–2009 period and analysis of the causes of diagnosis out of screening programs. Analysis of 686 cases in 73 centers. *Medicina Clínica (English Edition)*, 149(2), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.048>
- El-Serag, H. B. (2011). Hepatocellular carcinoma. *The New England Journal of Medicine*, 365, 1118-1127. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1001683>
- El-Serag, H. B., & Mason, A. C. (1999). Rising incidence of hepatocellular carcinoma in the United States. *New England Journal of Medicine*, 340(10), 745-750. <https://doi.org/10.1056/NEJM199903113401001>
- El-Serag, H. B., & Rudolph, K. L. (2007). Hepatocellular carcinoma: Epidemiology and molecular carcinogenesis. *Gastroenterology*, 132(7), 2557-2576. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.04.061>
- European Association for the Study of the Liver. (2012). *EASL–EORTC clinical practice guidelines: Management of hepatocellular carcinoma*. *Journal of Hepatology*, 56(4), 908-943. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2011.12.001>
- Farah, M., Anugwom, C., Ferrer, J. D., Baca, E. L., Mattos, A. Z., Possebon, J. P. P., ... & Debes, J. D. (2023). Changing epidemiology of hepatocellular carcinoma in South America: A report from the South American liver research network. *Annals of Hepatology*, 28(2), e100876. <https://doi.org/10.1016/j.aohep.2022.100876>
- Fassio, E., Díaz, S., Santa, C., Reig, M. E., Artola, Y. M., de Mattos, A. A., ... & Pinchuk, L. (2010). Etiology of hepatocellular carcinoma in Latin America: a prospective, multicenter, international study. *Annals of hepatology*, 9(1), 63-69.
- Fattovich, G., Stroffolini, T., Zagni, I., & Donato, F. (2004). Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: incidence and risk factors. *Gastroenterology*, 127(5), S35-S50. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2004.09.014>
- Fitzmaurice, C., Akinyemiju, T., Abera, S., et al. (2017). The burden of primary liver cancer and underlying etiologies from 1990 to 2015: Global Burden of Disease Study 2015. *JAMA Oncology*, 3(12), 1683-1691. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2017.3055>
- Forner, A., Ayuso, C., Real, M. I., Sastre, J., Robles, R., Sangro, B., ... & Bruix, J. (2009). Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132(7), 272-287. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.11.024>
- Gomes, M. A., Priolli, D. G., Tralhão, J. G., & Botelho, M. F. (2013). Carcinoma hepatocelular: Epidemiologia, biologia, diagnóstico e terapias. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5), 514-524. <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.03.005>
- Goncalves, C. S., Pereira, F. E., & Gayotto, L. C. (1997). Hepatocellular carcinoma in Brazil: report of a national survey (Florianópolis, SC, 1995). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 39, 165-170. <https://doi.org/10.1590/S0036-46651997000300008>
- Lin, L., Yan, L., Liu, Y., Qu, C., Ni, J., & Li, H. (2020). The burden and trends of primary liver cancer caused by specific etiologies from 1990 to 2017: Global Burden of Disease Study 2017. *Liver Cancer*, 9(5), 563-582. <https://doi.org/10.1159/000508568>
- Marcelo, P., Hoff, G., Katz, A., Novis, Y. S., & Oliveira Filho, V. (2013). *Tratado de oncologia*. Atheneu.
- Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde. (2022). *Hepatites virais: Boletim epidemiológico 2022*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2023). *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde.

Park, J. W., Chen, M., Colombo, M., Roberts, L. R., Schwartz, M., Chen, P. J., ... & Sherman, M. (2015). Global patterns of hepatocellular carcinoma management from diagnosis to death: The BRIDGE Study. *Liver International*, 35(9), 2155-2166. <https://doi.org/10.1111/liv.12818>

Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.

Petrick, J. L., & McGlynn, K. A. (2019). The changing epidemiology of primary liver cancer. *Current Epidemiology Reports*, 6(2), 104-111. <https://doi.org/10.1007/s40471-019-00188-3>

Petrick, J. L., Florio, A. A., Znaor, A., D., Laversanne, M., Alvarez, C. S., ... & McGlynn, K. A. (2020). International trends in hepatocellular carcinoma incidence, 1978–2012. *International Journal of Cancer*, 147(2), 317-330. <https://doi.org/10.1002/ijc.32723>

Shitsuka, R. et al. (2014). Matemática fundamental para tecnologia. (2ed.). Editora Erica.

Singal, AG., Lampertico, P., & Nahon, P. (2020). Epidemiology and surveillance for hepatocellular carcinoma: New trends. *Journal of Hepatology*, 72(2), 250-261. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.08.025>

Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Metodologia científica aplicada à área da Saúde. (2. ed.). Editora da UFRGS.

Varela, M., Reig, M., de la Mata, M., Matilla, A., Bustamante, J., Pascual, S., ... & Bruix, J. (2010). Tratamiento del carcinoma hepatocelular en España. Análisis de 705 casos en 62 centros. *Medicina clínica*, 134(13), 569-576. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.10.042>

World Health Organization. (2020). *World cancer report: Cancer research for cancer development*. International Agency for Research on Cancer.

Yagüe, T. M. (2004). Tumores hepáticos. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 9(10), 595-605.