



VISÕES GERAIS DO HEPATOBLASTOMA PEDIÁTRICO

Layslla Caroline Araujo Almeida¹, Elâine Barbosa Da Silva Gomes¹, Mônica Nayara Batista Barbosa¹, Natália Feitosa Laurentino¹, Cristiane Miranda Furtado²

Faculdade Mauricio de Nassau (FMN); Email: laisllacaroline@msn.com

INTRODUÇÃO

O câncer está entre as maiores causas de morte no mundo, com cerca de 8,2 milhões de vítimas por ano. Entre esses casos de cânceres, está o câncer de fígado, mais de 700.000 pessoas são diagnosticadas anualmente com essa neoplasia. (SCHNATER, 2015)

O câncer infantil em geral é raro, atingindo aproximadamente uma a cada 600 crianças no mundo, e adolescentes até os 15 anos. Entre os tipos de cânceres em crianças, está o hepatoblastoma. (SCHNATER, 2015).

O Hepatoblastoma é um raro tipo de tumor maligno que ocorre no fígado, ocorre predominantemente abaixo dos dois anos de idade, sendo raro após o quinto ano de vida com associações embrionárias e genéticas, tendo relações com diversas síndromes. Resulta na maior parte dos tipos de cânceres hepáticos pediátricos, com maior frequência em crianças com menos de 5 anos de idade, é predominância nas do sexo masculino. Essa neoplasia desenvolve-se quando células imaturas do fígado começam a crescer de forma descontrolada, assim formando um tumor. Sendo maligno, esse tumor pode passar do local onde aparece (tumor primário) para outras zonas do corpo (metástases), em especial o pulmão. (STEINMETZ, et al., 2005)

METODOLOGIA

Trata-se de uma análise qualitativa de artigos científicos encontrados na plataforma GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO, NCBI, e PUBMED, utilizando os descritores: hepatoblastoma, puberdade precoce e neoplasia. Os artigos selecionados foram em português e inglês. Por haver



poucos trabalhos com essa temática foram abordados trabalhos do ano de 1998 até 2014, sempre dando preferência a publicações abrangentes e direcionadas no tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a maioria dos artigos analisados as neoplasias hepáticas em crianças são raras, o hepatoblastoma é a de maior índice nessa faixa etária. A etiologia dessa neoplasia ainda é desconhecida, mas existem estudos de históricos de casos clínicos que associam a distúrbios desenvolvidos durante a organogênese ou com recém-nascidos com baixo peso, tabagismo na gravidez, e algumas síndromes como a de Beckwith-Wiedemann, a Polipose Adenomatosa Familiar e Hemihipertrofia.(STEINMETZ, et al., 2005).

Os sintomas são inespecíficos o que pode acumular em um diagnóstico tardio, normalmente os sintomas mais visível desse câncer em meninos é a puberdade precoce, que é quando o tumor produz um hormônio chamado gonadotrófico coriônico que acarreta um aumento da produção de testosterona fazendo com que apareçam sinais de puberdade masculina, como aumento peniano, pêlos na região genital, aumento do volume testicular, entre outros sintomas como a perda de peso, anemia, aumento da massa na região abdominal e edema. (STEINMETZ, 2005)

As causas do hepatoblastoma ainda são desconhecidas, porém segundo relatos encontrados nas pesquisas de Steinmetz e Takaharu relacionam essa doença com hepatite, maus hábitos na gestação como tabagismo e uso de álcool, O baixo peso ao nascer também é citado por Takaharu Que em sua pesquisa para o Centro Médico de Osaka e Instituto de Pesquisa para Saúde Materna e Infantil no Japão como uma das causas do Hepatoblastoma, esses lactantes geralmente nascem em média com o peso de 654g, com tempo de gestação 23 a 29 semanas, algumas doenças genéticas também estão relacionadas como BeckwithWiedemann, hemihipertrofia que são definidas como síndrome de crescimento excessivo e muitas vezes estão relacionadas ao câncer. (TAKAHARU, 2002).

O diagnóstico se dar por biópsia do tecido hepático, destinado à exames microscópico, avaliação da função hepática, e avaliação por exames de imagem, tais como: ultrassonografia e tomografia computadorizada. Segundo um dos trabalhos mais importantes para o diagnóstico da doença realizado por Hitoshi diz que esse tipo de tumor tem como principal marcador alfafetoproteína



(maior a 100.000 mcg/mL), a alfa-fetoproteína sérica ser úteis para detectar HB precoce. (HITOSHI et al.,1998)

Relação de dez pacientes diagnosticados com hepatoblastoma no ano de 1998 com alfa-feto proteína alta. (HITOSHI et al.,1998)

Paciente	A idade gestacional (wks)	Peso ao nascer (g)	Gênero	Idade ao diagnóstico (mos)	AFP (ng / mL)
1	33	1380	M	9	65.000
2	24	822	M	12	> 700.000
3	30	974	F	6	978.100
4	28	677	M	20	1.328.000
5	25	607	M	11	250.000
6	25	838	F	13	1.210.000
7	27	1160	M	24	1.098.100
8	23	560	F	6	512.000
9	24	826	F	50	1.350.000
10	32	1188	F	6	359.200

(HITOSHI et al,1998)

Clinicamente não existe uma resposta para a relação entre a alfa-fetoproteína e o hepatoblastoma, mais pela grande ocorrência de nos casos da doença os níveis de alfafetoproteína encontrasse elevados fez com que se tornasse um marcador desta patologia associando-o também a evolução do tumor (STEINMETZ, 2005)

Em relação ao tratamento, a cirurgia é o procedimento preponderante, com indicação de ressecção completa do tumor, embora existam grupos de hepatoblastomas irressecáveis em função do tamanho e grau de envolvimento do fígado. Nos casos que apresentam boa resposta à quimioterapia, com redução de massa tumoral e de níveis de alfa-fetoproteína, segue-se o protocolo de ressecção completa do tumor por cirurgia. A ressecção parcial do tumor é desaconselhada, tendo em vista que



pacientes com tumores residuais apresentam rápida progressão da doença e não respondem bem à quimioterapia. (RODRIGUES, 2014)

CONCLUSÃO

Esta revisão considera que o hepatoblastoma é o tumor hepático mais frequente em crianças. É mais comum em meninos e no lobo hepático direito. A apresentação clássica é ocasionalmente dor, náusea, vômito, perda de peso, anemia e em alguns casos a puberdade precoce. Níveis elevados de alfa fetoproteína são vistos maior parte dos pacientes com hepatoblastoma, sendo este um importante marcador de resposta ao tratamento. Em casos específicos o tratamento curativo compreende ressecção cirúrgica completa. A quimioterapia pode ser administrada antes da cirurgia (neoadjuvante), no intuito de reduzir as dimensões da massa e possibilitar a ressecção tumoral. A sobrevida consideravelmente boa (acima de 80%) para os casos em que a ressecção completa foi executada. Para os casos de tumores irresssecáveis o transplante hepático é uma opção.

A análise anterior dos dados mostrou que a percentagem de hepatoblastomas desenvolvidos em pacientes de baixo peso ao nascer (1,5kg) tem aumentado desde 1990. O propósito do estudo foi revelar características cirúrgicas e patológicas de hepatoblastomas em crianças de pouco peso logo ao nascimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SCHNATER, Marco et al. **Where do We Stand with Hepatoblastoma?**. 2003

M.D., Hitoshi Ikeda et al. **Development of unfavorable hepatoblastoma in children of very low birth weight.** 1998.

OUE, Takaharu et al. Hepatoblastoma in children of extremely low birth weight: A report from a single perinatal center. **Journal Of Pediatric Surgery**, England jul. 2002.



RODRIGUES, T. C. **Anomalias genéticas e epigenéticas no tumor embrionário hepatoblastoma.** 2014. Tese (Doutorado) – Instituto de Biociências, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2014.

STEINMETZ, Leandra et al. **Puberdade precoce e hemihipertrofia associada a hepatoblastoma: relato de um caso Revista Paulista de Pediatria.** 2005. Sociedade de Pediatria de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Y, Hamada et al. **Hepatoblastoma associated with Beckwith-Wiedemann syndrome and hemihypertrophy.** 2003. Japão.

