

Título: COLANGIOCARCINOMA: Diagnóstico y Tratamiento

Autores

Dr. Orlando Zamora Santana

Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar.

DraC. Llipsy Fernández Santiesteban

Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Máster en Urgencias Médicas,
Profesora e Investigadora Titular.

DrC. José L González González,

Especialista de 2º Grado en Cirugía General, MsC. en Urgencias médicas,
Profesor e Investigador Titular.

Dr José A. Copo Jorge

Especialista de 2º Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar.

Dr. Jesús A González Villalonga

Especialista de 2º Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar y Consultante,
Máster en Bioética.

Servicio de Cirugía General

Email: cirgen@hha.sld.cu

Introducción

El colangiocarcinoma es un adenocarcinoma del epitelio de los conductos biliares, que puede tener localización en vías biliares intrahepáticas o extrahepáticas (perihiliares y distales). Constituyen aproximadamente el 3 % de los cánceres gastrointestinales. Alrededor de 50 % de los colangiocarcinomas surgen en la región perihiliar, 40 % en la región distal extrahepática y 10 % en la región intrahepática. Puede tener presentación multifocal. Los intrahepáticos

representan 10-20 % de los tumores hepáticos malignos y afectan a adultos de ambos sexos, aunque con discreto predominio masculino, entre la sexta y séptima décadas de la vida.

La incidencia y mortalidad por colangiocarcinoma intrahepático parece estar en aumento, sin embargo decrece la de los extra hepáticos, sugiriendo que estos tumores podrían tener diferentes factores etiológicos aunque con similar morfología microscópica. Se reconocen factores de riesgo específicos muchos de los cuales resultan en inflamación crónica del epitelio ductal.

El cáncer de vías biliares se presenta con más frecuencia en pacientes con antecedentes de colangitis esclerosante primaria, colitis ulcerosa crónica, quistes coledocianos, enfermedad de Caroli o infestaciones por duela hepática *Clonorchis sinensis*.

El pronóstico depende en parte de la ubicación anatómica del tumor, que afecta su resecabilidad. Por la proximidad a los vasos sanguíneos principales y la diseminación difusa dentro del hígado, los tumores de las vías biliares son difíciles de resear. La única probabilidad de curación del cáncer de vías biliares es la resección completa con márgenes quirúrgicos negativos. Para los tumores extra hepáticos e intrahepáticos resecables localizados, los factores pronósticos adversos significativos son afectación ganglionar e invasión perineural.

Sistema de estadificación del cáncer de vías biliares (AJCC)

(American Joint Committee on Cancer)

Vías biliares intrahepáticas(CCI)

Estadio	TNM	Descripción
0	Tis, N0, M0	Tis = Carcinoma <i>in situ</i> (tumor intraductal). N0 = No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales. M0 = No hay metástasis a distancia.
I	T1, N0, M0	T1 = Tumor solitario, sin invasión vascular.
II	T2a–b, N0, M0	T2a = Tumor solitario, con invasión vascular. T2b = Tumores múltiples, con invasión vascular o sin esta.
III	T3, N0, M0	T3 = Tumor que perfora el peritoneo visceral o compromete las estructuras extrahepáticas locales por invasión directa.
IVA	T4, N0, M0 Cualquier T, N1, M0	T4 = Tumor con invasión periductal. N1 = Presencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
IVB	Cualquier T, cualquier N, M1	M1 = Presencia de metástasis a distancia.

Vías biliares perihiliares (CCPH)

Estadio	TNM	Descripción
0	Tis, N0, M0	Tis = Carcinoma <i>in situ</i> . N0 = No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales. M0 = No hay metástasis a distancia.
I	T1, N0, M0	T1 = Tumor limitado al conducto biliar, con extensión hasta la capa muscular o el tejido fibroso.
II	T2a–b, N0, M0	T2a = El tumor invade más allá de la pared del conducto biliar al tejido adiposo circundante. T2b = El tumor invade el tejido hepático parenquimatoso adyacente.
IIIA	T3, N0, M0	T3 = El tumor invade las ramas unilaterales de la vena porta o la arteria hepática.
IIIB	T1–3, N1, M0	N1 = Metástasis en los ganglios linfáticos regionales (incluso los ganglios ubicados a lo largo del conducto cístico, el colédoco, la arteria hepática y la vena porta).
IVA	T4, N0–1, M0	T4 = El tumor invade la vena porta principal o sus ramas a nivel bilateral, o la arteria hepática común, o las ramificaciones biliares de segundo orden a nivel bilateral, o las ramificaciones biliares de segundo orden a nivel unilateral con compromiso contra lateral de la vena porta o de la arteria hepática.

IVB	Cualquier T, N2, M0	N2 = Metástasis en los ganglios linfáticos que se extienden a lo largo de la aorta (periaórticos), la vena cava (pericavales), la arteria mesentérica superior y la arteria celíaca. M1 = metástasis a distancia.
	Cualquier T, cualquier N, M1	

Vía biliar distal(CCD)

Estadio	TNM	Descripción
0	Tis, N0, M0	Tis = Carcinoma <i>in situ</i> .
IA	T1, N0, M0	T1 = Tumor limitado histológicamente al conducto biliar.
IB	T2, N0, M0	T2 = El tumor invade más allá de la pared del conducto biliar.
IIA	T3, N0, M0	T3 = El tumor invade la vesícula biliar, el páncreas, el duodeno u otros órganos adyacentes, sin compromiso del tronco celíaco o la arteria mesentérica superior.
IIB	T1, N1, M0 T2, N1, M0 T3, N1, M0	N1 = Metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
III	T4, cualquier N, M0	T4 = El tumor compromete el tronco celíaco o la arteria mesentérica superior.
IV	Cualquier T, Cualquier N, M1	M1 = Metástasis a distancia.

Objetivos:

- Mejorar la calidad asistencial de los enfermos con colangiocarcinoma
- Garantizar una sistemática de estudios diagnósticos que permita estadificación más precisa de la enfermedad y una evaluación prequirúrgica óptima de los pacientes.
- Lograr que la terapéutica que se les ofrezca sea la pertinente, acorde con los estándares de evidencia reconocidos internacionalmente como válidos para el tratamiento de estos enfermos.
- Conseguir un enfoque multidisciplinario, que garantice mejor atención y cuidado en salas de hospitalización y quirófanos

- Desarrollar investigaciones que permitan comparar los resultados obtenidos en el tratamiento de estos enfermos con los de otros centros.
- Disminuir el índice de complicaciones postoperatorias y mejorar la sobrevida de los pacientes atendidos con esta enfermedad.

Selección de los pacientes

Pacientes estudiados y concluidos con este diagnóstico por servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Gastroenterología u Oncología de nuestro centro o remitidos procedentes de otras instituciones. El paciente ambulatorio será evaluado multidisciplinariamente de forma adicional en consulta central oncológica de vías digestivas previo al ingreso.

Recursos materiales

Equipamiento básico para un hospital de tercer nivel de atención en área de consultas, salas de hospitalización, quirófanos, unidades de cuidados intensivos, laboratorios, departamentos de radiología, endoscopia y banco de sangre.

Recursos humanos

En los servicios implicados, personal especializado en la atención al enfermo oncológico tributario de cirugía digestiva de gran envergadura (incluso trasplante hepático) y/o tratamiento paliativo y/o adyuvante.

Proceso asistencial. Participación de los servicios implicados

Gastroenterología y Medicina Interna

Diagnóstico y estadificación de la enfermedad. Evalúan de forma general al paciente, compensando enfermedades o condiciones asociadas, y ello incluirá la evaluación nutricional. Si el enfermo se considera tributario de tratamiento quirúrgico después de valoración multidisciplinaria incluida especialidad de Oncología, será trasladado a sala de Cirugía General. En casos sin indicación quirúrgica, se optara por otras opciones de tratamiento descritas previamente en "opciones generales de tratamiento"

Cirugía General

Evalúa al enfermo en estudio y colabora con clínicos en la estrategia diagnóstica y de estadificación. Determina en discusión colectiva la indicación quirúrgica. Una vez que el paciente es trasladado a sala de cirugía, se decide colectivamente detalles de técnica y preparación preoperatorias, que incluye su evaluación por el Grupo de Apoyo Nutricional, y Anestesia. Realiza la intervención quirúrgica y, posteriormente, el seguimiento de los pacientes operados, en colaboración con los equipos de cuidados progresivos en los primeros días, si el paciente se recupera inicialmente en alguna de estas unidades, y en sala abierta de Cirugía General hasta su egreso. Seguimiento ambulatorio conjuntamente con Oncología, según protocolo.

Anestesiología y reanimación

Participa en la evaluación integral de los riesgos del enfermo antes de la cirugía durante consulta preoperatoria. Manejo anestésico del enfermo en quirófano durante toda la intervención, y recuperación postoperatoria hasta que decide su traslado a otro Servicio.

Oncología

Evalúa estadificación realizada y decide en conjunto con grupo de cirugía HBP (hepato-bilio-pancreática) la mejor opción de tratamiento. Estará a cargo de terapias adyuvantes o neoadyuvantes que se decidan. Brindará seguimiento postoperatorio en conjunto con cirujanos.

Enfermería

Asistencia de los pacientes ingresados, según sus protocolos en los distintos servicios.

Diagnóstico clínico

Es común que los cánceres de las vías biliares extra hepáticas obstruyan los conductos biliares y causen los siguientes síntomas/signos

- Ictericia.
- Pérdida de peso.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.
- Prurito.

El cáncer de las vías biliares intrahepáticas puede ser de crecimiento bastante lento y ser difícil de distinguir de los depósitos de adenocarcinoma metastásico en el hígado. Podría presentarse con tumor palpable en hipocondrio derecho (HD), dolor en epigastrio e HD y pérdida ponderal. La ictericia aparece sólo en 24 % de los casos.

En ausencia de cirugía de tracto biliar previa, la presencia de lesión estenótica focal de la vía biliar combinada con clínica correspondiente es suficiente para el diagnóstico presuntivo de colangiocarcinoma y la confirmación histológica no es mandatoria para la exploración.

Exámenes de laboratorio

- Hemograma con diferencial
- Coagulograma
- Glicemia
- Creatinina, Urea y Uratos: la función renal óptima es muy importante en enfermos con íctero obstructivo susceptibles de cirugía de gran magnitud
- ALAT, ASAT, FAL, GGT, Bilirrubinas: la elevación de las enzimas de colestasis es característica en estos enfermos; el compromiso de las de citolisis habla a favor de daño hepático asociado a la progresión de la enfermedad.
- Proteínas totales y albúmina.
- Antígeno de superficie (AgHbs) y anticuerpos anti hepatitis C (AC VHC): indispensables en todo paciente con íctero.

- Marcadores tumorales (en suero y bilis): uso combinado de CA 19-9 y CEA ha demostrado tener cierta utilidad. IL-6 en suero también se ha reconocido de cierto valor.

Imagenología

- Ultrasonido diagnóstico (USD): dilatación del árbol biliar con vesícula biliar colapsada, normal o distendida según localización del tumor, con cabeza del páncreas normal. Los CCI aparecen como masas hipoeoicas e hipovasculares al doppler con o sin lesiones satélites. Evalúa presencia de adenopatías peri-portales.
- USD Doppler: Útil para definir invasión venosa portal o de venas hepáticas.
- Tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal/ trifásica a cortes finos de 5 mm permite evaluar lesión primaria, implicación vascular y enfermedad metastásica. Reconstrucción tridimensional es útil para planear resecciones.
- Imagen por resonancia magnética: para evaluar lesión primaria, metástasis y compromiso vascular pero sobretodo, como medio no invasivo de obtener colangiograma.
- Tomografía con emisión de positrones/ TC : Útil en estadificación. Falsos positivos han sido vistos en casos de inflamación biliar.
- Colangiografía percutánea transparietohepática (CPTH).Útil en definición anatómica de lesiones perihiliares e intrahepáticas y como medio para drenar temporal o permanentemente al vía biliar.

- Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE): su uso debe reservarse si existe indicación para descompresión preoperatoria o paliativa por obstrucción de la vía biliar distal a través de la inserción de endoprótesis. Puede tener valor en aquellos casos donde es menester obtener diagnóstico histológico (cepillado)

Otros estudios para estadificación :

- Rx. tórax
- Video laparoscopia + biopsia, a fin de descartar metástasis hepáticas y/o carcinosis peritoneal.
- USD transoperatorio: debe realizarse en todos los casos, tanto para evaluar lesión hepática como infiltración vascular, no percibidas en otros estudios.

El resto de los exámenes se indicarán atendiendo a la evaluación clínica de cada caso. Para la cirugía electiva se añadirán los estudios requeridos en los protocolos del servicio de Anestesiología y Reanimación.

Opciones generales de tratamiento

Intrahepático	Resecable	Cirugía Quimioterapia Radioterapia haz externo
	Irresecable, recidivante, metastásico	Terapia paliativa Quimioterapia sistémica

Perihiliar	Resecable	Cirugía Radioterapia haz externo Quimioterapia
	Irreseccable, recidivante, metastásico	Terapia paliativa Quimioterapia sistémica
Distal	Resecable	Cirugía Radioterapia haz externo Quimioterapia
	Irreseccable, recidivante, metastásico	Terapia paliativa Quimioterapia sistémica

Se consideran irreseccables tumores con :

- Extensión extrahepática o metástasis hepáticas bilobares.
- Extensión bilobar proximal intraparenquimatosa en la colangiografía.
- Infiltración de vena porta o arteria hepática
- Afectación bilateral de conductos intrahepáticos
- Infiltración bilateral de ramas de venas portales o arteria hepática.

Esquemas de tratamientos sistémicos sugeridos por Unidad Funcional de Tumores del HHA:

- 5-FU/RTP
- 5-FU/Acido folínico
- Gemcitabina
- Gemcitabina /Cisplatino

Tratamiento del cáncer de vías biliares intrahepáticas (CCI)

CCI resecable

Cirugía: Resección hepática. Contemplar de acuerdo a resección prevista, embolización previa de vena porta para aumentar volumen de hígado residual

Otras opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimioterapia(QT) y radioterapia (RT): no tiene un papel bien definido.

Se ha considerado al trasplante hepático como una opción para pacientes con CCI irresecable pero sin evidencias de diseminación extrahepática .

CCI irresecable, recidivante o metastásico

Paliativo

- Cirugía derivativa , drenaje biliar percutáneo o endoprótesis endoscópica o por radiología intervencionista si obstrucción biliar con síntomas que excedan a los del cáncer
- Quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT) paliativas. Beneficios limitados para pacientes seleccionados
- Tratamiento sintomático

Se alienta la participación de todos los pacientes en ensayos clínicos siempre que sea posible.

Tratamiento del cáncer de vías biliares perihiliares (CCPH)

CCPH resecable

Cirugía: Hepatectomía derecha o trisegmentectomía con resección en bloque del lóbulo caudado es generalmente recomendada para los

colangiocarcinomas perihiliares (tumores de Klatskin), la resección del conducto biliar sola conduce a tasas altas de recidiva local .

La estrategia actual de drenaje biliar preoperatorio si está indicado para pacientes con CCPH se sintetiza en:

- Todos los conductos del futuro hígado remanente deben ser drenados.
- Drenaje naso-biliar endoscópico es superior al drenaje biliar percutáneo.

Otras opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimioterapia (QT) y radioterapia (RT): no tiene un papel bien definido. En ningún ensayo prospectivo aleatorizado se demostró un beneficio para la supervivencia general

CCPH irresecable, recidivante o metastásico

Paliativo

- Cirugía derivativa , drenaje biliar percutáneo o endoprótesis endoscópica o por radiología intervencionista si obstrucción biliar con síntomas que excedan a los del cáncer
- Quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT) paliativas. Beneficios limitados para pacientes seleccionados
- Tratamiento sintomático

Se alienta la participación de todos los pacientes en ensayos clínicos siempre que sea posible.

Tratamiento del cáncer de la vía biliar distal (CCD)

CCD resecable

Cirugía: Pancreato-duodenectomía cefálica (Whipple) en los tumores periampulares. Para tumores de la parte media del conducto hepático común resección de la vía biliar tumoral con bordes libres, disección ganglionar, y hepático-yeyunostomía en "Y" de Roux

Es polémico el drenaje biliar preoperatorio (percutáneo, endoscópico o por intervencionismo radiológico) pero es una posibilidad, si la ictericia es grave o si hay algún elemento de hiperazoemia o colangitis.

Otras opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimioterapia (QT) y radioterapia (RT): no tiene un papel bien definido. En ningún ensayo prospectivo aleatorizado se demostró un beneficio para la supervivencia general.

CCD irresecable, recidivante o metastásico

Paliativo

- Cirugía derivativa, drenaje biliar percutáneo o endoprótesis endoscópica o por radiología intervencionista si obstrucción biliar con síntomas que excedan a los del cáncer

- Quimioterapia (QT) y/o radioterapia (RT) paliativas. Beneficios limitados para pacientes seleccionados
- Tratamiento sintomático

Se alienta la participación de todos los pacientes en ensayos clínicos siempre que sea posible.

Detalles de técnica quirúrgica para resección de la vía biliar:

- Anestesia general orotraqueal. Abordaje venoso central y catéter peridural.
- Antibioticoterapia perioperatoria: cefazolina 1 g i.v durante inducción anestésica. Dosis adicionales según tiempo quirúrgico.
- Paciente en decúbito supino. Calzo bajo región dorsal de la parte alta del abdomen.
- Asepsia y antisepsia y colocación de paños de campo.
- Incisiones: subcostal derecha ampliada o transversa supra umbilical con o sin extensión tipo Mercedes.
- La resecabilidad se determinará durante la operación mediante la exploración cuidadosa visual , manual y sonográfica buscando implantes peritoneales, metástasis hepáticas o extensión a ganglios regionales. Se precisará cuidadosamente la extensión del tumor a lo largo del conducto biliar y compromiso de estructuras vasculares.
- Si se decide la resección, se colocan retractores costales.
- El abordaje de los tumores del confluente debe incluir resección hiliar con reconstrucción con hepático yeyunostomía bilateral con o sin

tutores de silastic transhepáticos. La disección de la confluencia se facilitará con dos maniobras: Movilización precoz de la vesícula que ayuda a exponer el árbol biliar extra hepático y la bifurcación de los conductos hepáticos, que puede palpase si hay colocados catéteres transhepáticos preoperatorios.

- División temprana del árbol biliar extrahepático distal por debajo del tumor ayuda a técnicamente a la disección del conducto hepático proximal. El árbol biliar extra hepático distal se cierra con sutura y el conducto biliar proximal se refiere cefálicamente, liberando el árbol biliar de la vena porta y la arteria hepática bajo visión directa. Una vez visualizada la bifurcación de los hepáticos, se palpan los catéteres transhepáticos (si los hay) y los conductos hepáticos por encima del tumor, para determinar si hay algún segmento libre de tumor. Si es así, se dividen los conductos derecho e izquierdo dejando los catéteres transhepáticos saliendo por cada uno de ellos. Si el tumor se extiende a lo largo de alguno de los conductos hacia el parénquima hepático, debe considerarse la resección hepática, derecha o izquierda, según sea el caso.
- Se realiza una intra hepato-ducto-yeyunostomía (uni o bilateral, según la localización y extensión tumoral) en Y de Roux retro cólica de unos 50 cm; la anastomosis es término-lateral, mediante sutura continua o discontinua, en dependencia del calibre de la vía biliar, empleando preferiblemente monofilamento sintético absorbible de calibre 4/0 o 5/0. Generalmente no empleamos tutor intraluminal. Se

fija el asa ascendida a la cápsula de Glisson mediante dos puntos, uno a cada lado de la anastomosis.

- Se dejan 2 drenajes tubulares, uno infra hepático, próximo a la anastomosis, y otro subfrénico derecho, que se extraen por el contra-abertura.
- El cierre de la pared se hace por planos.

Para detalles de otras técnicas quirúrgicas (resecciones hepáticas , pancreatoduodenectomía de Whipple y trasplante hepático) consulte los protocolos específicos.

Conducta perioperatoria

- Aplicación de protocolo ERAS institucional para cirugía HBP.

Seguimiento ambulatorio:

- A los 7 días del egreso y a los 21 días.
- Cada mes en los 3 primeros meses.
- Cada 3 meses hasta el año.
- Cada seis meses a partir del año.

Se indicarán en consulta:

- Hematología, pruebas de función hepática, US abdominal.
- Otros, según hallazgos evolutivos.

Complicaciones postoperatorias principales asociadas:

- Hemoperitoneo.

- Fístula biliar.
- Coleperitoneo.
- Fístula entérica.
- Absceso intrabdominal.
- Peritonitis generalizada.
- Obstrucción de la derivación biliodigestiva. Colangitis.

Indicadores

Indicadores de estructura		Estándar (%)
Recursos humanos	% personal calificado relacionado con el PA con entrenamiento específico disponible para su aplicación	100
Recursos materiales	% disponibilidad de reactivos de anatomía patológica relacionados con el PA	100
	% disponibilidad de imaginología relacionada con el PA	> 95
	% de medicamentos disponibles según establece el PA	> 90
Recursos organizativos	% del esquema organizativo básico para aplicar el protocolo	> 95
	% disponibilidad planilla de recolección de datos (PRD)	100
	% disponibilidad de la Base de Datos	100

Indicadores de proceso	Estándar (%)
% de pacientes diagnosticados en el centro que son vistas en Consulta Central de Tumores Digestivos	> 95
% de pacientes con confirmación histológica	> 95
% de pacientes con criterios de cáncer de vesícula o vías biliares que son vistos en Consulta Central antes de 21 días desde la primera consulta en el centro.	>90
% de pacientes con criterios quirúrgicos a los que se les realizan intervenciones quirúrgicas acorde a las guías de práctica clínica.	>90
% de pacientes con cáncer de vesícula y vías biliares con criterios de QT que comienzan antes de las 4 semanas luego de la consulta central	>90
% de pacientes con cáncer de vesícula y vías biliares con criterios de QT con esquemas acorde con las guías de práctica clínica	>80
% de pacientes con adecuado seguimiento (acorde con las presentes guías) en el seguimiento	>90
% de pacientes perdidos de seguimiento	<5
% de pacientes incluidos en EC	>30

Indicadores de resultados	Estándar
Mediana de supervivencia global > 36 meses	
cáncer de vesícula	>45
vías biliares	> 40
% de pacientes tratados con cirugía con complicaciones que impliquen retardo en la aplicación de otras modalidades terapéuticas	<15
% de pacientes tratados con quimioterapia con complicaciones que impliquen suspensión de quimioterapia	<15

(Sobrevida a los 5 años: en 15% para CCI; 25 % para CCD y en 10 % para CCPH).

Información a pacientes y familiares

- Información general sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad
- Procederes a los que debe ser sometido.
- Consentimiento informado escrito.
- Informe médico al alta con los siguientes acápites:
 - Confirmación del diagnóstico
 - Tratamiento a seguir
 - Mecanismo para el seguimiento

Bibliografía

- Barney BM, Olivier KR, Miller RC, et al. (2012): Clinical outcomes and toxicity using stereotactic body radiotherapy (SBRT) for advanced cholangiocarcinoma. *Radiat Oncol* 7: 67.

- Ben-Josef E, Guthrie KA, El-Khoueiry AB, et al.: (2015) SWOG S0809: A Phase II Intergroup Trial of Adjuvant Capecitabine and Gemcitabine Followed by Radiotherapy and Concurrent Capecitabine in Extrahepatic Cholangiocarcinoma and Gallbladder Carcinoma. *J Clin Oncol* 33 (24): 2617-22,

- Dodson RM, Weiss MJ, Cosgrove D, et al. (2013): Intrahepatic cholangiocarcinoma: management options and emerging therapies. *J Am Coll Surg* 217 (4): 736-750.e4..

- Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds. (2010): Intrahepatic bile ducts. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, , pp 201-9.

- Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds. (2010): Perihilar bile ducts. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, , pp 219-22.

- Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds. (2010): Distal bile duct. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, , pp 227-33. 2010

- Hyder O, Marsh JW, Salem R, et al. (2013) Intra-arterial therapy for advanced intrahepatic cholangiocarcinoma: a multi-institutional analysis. Ann Surg Oncol 20 (12): 3779-86.

- Jonathan Koea. (2012) Cancer of the bile ducts: intrahepatic cholangiocarcinoma. Blumgart's *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas.*, Chapter 50 A, page 760, FIFTH EDITION Saunders Elsevier.

- Kim TH, Han SS, Park SJ, et al. (2011) : Role of adjuvant chemoradiotherapy for resected extrahepatic biliary tract cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys 81 (5): e853-9.

- Laurent A, Tayar C, Cherqui D (2008) : Cholangiocarcinoma: preoperative biliary drainage (Con). HPB (Oxford) 10 (2): 126-9,.

- Liu F, Li Y, Wei Y, et al. (2011) : Preoperative biliary drainage before resection for hilar cholangiocarcinoma: whether or not? A systematic review. *Dig Dis Sci* 56 (3): 663-72.

Loehrer AP, House MG, Nakeeb A, et al.(2013): Cholangiocarcinoma: are North American surgical outcomes optimal? *J Am Coll Surg* 216 (2): 192-200.

- Michael G. House, Michael I. D'Angelica, William R. Jarnagin. (2012) *Cancer of the bile ducts: extrahepatic biliary tumors. Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas., Chapter 50 B, page 771, FIFTH EDITION Saunders Elsevier.*

- Neoptolemos JP, Moore MJ, Cox TF, et al. (2012) : Effect of adjuvant chemotherapy with fluorouracil plus folinic acid or gemcitabine vs observation on survival in patients with resected periampullary adenocarcinoma: the ESPAC-3 periampullary cancer randomized trial. *JAMA* 308 (2): 147-56.

- Nimura Y (2008) : Preoperative biliary drainage before resection for cholangiocarcinoma (Pro). *HPB (Oxford)* 10 (2): 130-3.

- PDQ® sobre el tratamiento para adultos. PDQ Tratamiento del cáncer de vías biliares (colangiocarcinoma). Bethesda, MD: National Cancer Institute. Actualización: 04/07/2017. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/higado/pro/tratamiento-vias-biliares-pdq>. Fecha de acceso: 05/25/2017.

- Siegel R, Ma J, Zou Z, et al.(2014): Cancer statistics, 2014. *CA Cancer J Clin* 64 (1): 9-29.

- Tomoki Ebata and Masato Nagino.(2012) Cancer of the bile ducts: perihilar cholangiocarcinoma with emphasis on presurgical management. Blumgart's *Surgery of the Liver, Biliary Tract, and Pancreas.*, Chapter 50 C, page 789, FIFTH EDITION Saunders Elsevier.

ANEXO

Anexo 1. Esquemas de tratamientos sistémicos utilizados en pacientes con cáncer de vesícula y vías biliares.

Esquema de quimioterapia	Dosis	Vía de administración	Modo de administración
5FU/RTP(ciclos c/4 semana) x 2 c			
5 Fluouracilo	1000mg/m ² /d	IV	D 1-4
RTP diaria a 1,8 Gy/d hasta completar 4000 cGy			
5-FU/LV (ciclos c/4 semanas) x 6 ciclos			
5-Fluouracilo	425 mg/m ² /d	IV (bolo)	D 1-5
Acido Folínico	20 mg/m ² /d	IV (bolo)	D 1-5
Gemcitabina (ciclos c/4 semana) x 2 c			
Gemcitabina	1000 mg/m ² /d	IV (30min inf.)	D 1,8,15
Gemcitabina/Cisplatino (ciclos c/3 sem.) x 4			
Gemcitabina	1200 mg/m ² /d	IV (30min inf.)	D 1, 8
Cisplatino	35 mg/m ² /d	IV (30min inf)	D 1, 8

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Peso: _____ Talla: _____ Raza: _____
Historia Clínica: _____ Grupo y factor: _____
Fecha de ingreso: _____ Fecha de diagnóstico: _____
Fecha de operación: _____ Fecha de egreso: _____ Egreso: Vivo

Fallecido

Causa de la muerte:

Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Dvp Otros

APP: Colitis ulcerativa Litiasis vesicular Quiste coledociano

HTA Cardiopatía isquémica Diabetes mellitus Hepatitis

Cirugías previas Otros _____

APP

Cuadro clínico

Dolor: No Sí Ictero No Sí: Tiempo de evolución:

Masa abdominal palpable: No Sí: Características

Fiebre: No Sí: Temperatura: Pérdida de peso: No Sí: Cuánto?

Otros

Exámenes laboratorio

Hemoglobina: _____ Hematócrito: _____ Leucograma: _____

Plaquetas: _____ TP: _____ TPT: _____

Glicemia: _____ Urea: _____ Creatinina: _____ Albúmina: _____

TGO: _____ TGP: _____ GGT: _____ FAL: _____ Bilirrubinas t/d: _____

Colesterol: _____ Triglicéridos: _____ Amilasa: _____

AFP: Ac VHC: AgHbs: CA 19-9: CEA:

USD + DOPPLER:

TAC:

COLANGIO RMN:

CPRE:

CPTH:

RX TÓRAX:

LAPAROSCOPIA:

BIOPSIA:

OTROS:

Localización el tumor:

TNM

Cirugía

Intervención: _____

Incisión: _____

Hallazgos: _____

Técnica: _____

Accidentes: No Sí Sangrado: No Sí: _____ ml Tiempo quirúrgico: _____ min

Cirujano: _____

Ayudantes: _____

Evolución: _____

UTI: Estadía: ___ días. UCIM: Estadía: ___ días. Sala abierta: estadía: ___ días

Retirada sonda nasogástrica: ___ días Restitución v/o: ___ días Retirada drenes: ___ días

Complicaciones: _____

Reintervenciones: _____

Terapia adyuvante: _____

Seguimiento

1 mes: _____

2 meses: _____

3 meses: _____

6 meses: _____

1 año: _____

1 AÑO + 6 MESES: _____

2 AÑOS: _____

COMENTARIOS

.

Sinopsis curricular de Autores:

- Orlando Zamora Santana. Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Grupo de Cirugía de hígado, vía biliar y páncreas. Servicio de Cirugía General.
- Llpsy T Fernández Santiesteban. Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular. Máster en Urgencias Médicas. Grupo de Cirugía de hígado, vía biliar y páncreas. Jefe de Servicio de Cirugía General.
- José Luis González González. Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador Titular. Máster en Urgencias Médicas. Jefe de Grupo de Cirugía de hígado, vía biliar y páncreas. Servicio de Cirugía General.
- Jesús A González Villalonga. Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Máster en Bioética. Grupo de Cirugía de hígado, vía biliar y páncreas. Servicio de Cirugía General.
- Jose A Copo Jorge. Especialista en 2do grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. J Servicio De Trasplante y miembro de Grupo de Cirugía de hígado, vía biliar y páncreas del Servicio de Cirugía General.