CARCINOMA DE VÍA BILIAR

1. INCIDENCIA

- Tasa de Incidencia:
  - 3,2 casos/100.000 varones/año.
  - 5,4 casos/100.000 mujeres/año.
- Tasa de mortalidad
  - 1,4 casos/100.000 varones/año.
  - 1,9 casos/100.000 mujeres/año.
- Está aumentando la tasa de colangiocarcinoma intrahepático, llegando a a ser asta un 10-15% de los tumores hepáticos primarios.

2. DIAGNÓSTICO

Combinación de:

DGNO RADIOLÓGICO:
- RMN
- TAC

+

ESTUDIO PATOMORFOLÓGICO
- Biopsia
- PAAF
- Citología

NO ES PRECISO DIAGNÓSTICO PARA CIRUGÍA, SÍ PARA QUIMIOTERAPIA

3. ESTADIFICACIÓN

a. Historia clínica y EXP física completa:
b. Hemograma y Bioquímica con función hepática
c. Estudio abdominal: Ecografía, TAC o RMN.
d. Colangiografía: CPRE o transhepática.
e. Ecoendoscopia.
f. Colangioscopia o Laparoscopia.
g. Endoscopia digestiva: en caso de LOE hepática única.

4. ESTADIFICACIÓN y valoración RIESGOS:

TNM para **Colangiocarcinoma hepático** (igual que Hepatocarcinoma)

ESTADIO I	**T1**
	Tumor solitario sin invasión vascular
ESTADIO II	**T2**
	Tumor solitario con invasión vascular
	Varias lesiones < 5 cm
ESTADIO III	
IIIa-T3	> 5 cm o afectación de ramas de porta o hepática
IIIb-T4	Invasión de órganos no vesícula ó perforación peritoneo visceral.
IIIc-N1	Mts a ganglios loco-regionales
ESTADIO IV	**Metástasis**

- **TNM para Tumores de Vesícula Biliar y Colangicarcinoma extrahepático**

Primary tumor (T)
TX: Primary tumor cannot be assessed
T0: No evidence of primary tumor
Tis: Carcinoma *in situ*
T1: Tumor invades lamina propria or muscle layer
T1a: Tumor invades lamina propria
T1b: Tumor invades the muscle layer
T2: Tumor invades the perimuscular connective tissue; no extension beyond the serosa or into the liver
T3: Tumor perforates the serosa (visceral peritoneum) or directly invades one adjacent organ, or both (extension 2 cm or less into the liver)
T4: Tumor extends more than 2 cm into the liver, and/or into two or more adjacent organs (stomach, duodenum, colon, pancreas, omentum, extrahepatic bile ducts, any involvement of the liver)
Regional lymph nodes (N)
NX: Regional lymph nodes cannot be assessed
N0: No regional lymph node metastasis
N1: Metastasis in cystic duct, pericholedochal, and/or hilar lymph nodes (i.e. in the hepatoduodenal ligament)
N2: Metastasis in peripancreatic (head only), periduodenal, periportal, celiac, and/or superior mesenteric lymph nodes
Distant metastasis (M)
MX: Distant metastasis cannot be assessed
M0: No distant metastasis
M1: Distant metastasis

Primary tumor (T)
TX: Primary tumor cannot be assessed
T0: No evidence of primary tumor
Tis: Carcinoma *in situ*
T1: Tumor confined to the bile duct histologically
T2: Tumor invades beyond the wall of the bile duct
T3: Tumor invades the liver, gallbladder, pancreas, and/or unilateral branches of the portal vein (right or left) or hepatic artery (right or left)
T4: Tumor invades any of the following: main portal vein or its branches bilaterally, common hepatic artery, or other adjacent structures, such as the colon, stomach, duodenum, or abdominal wall
Regional lymph nodes (N)
NX: Regional lymph nodes cannot be assessed
N0: No regional lymph node metastasis
N1: Regional lymph node metastasis
Distant metastasis (M)
MX: Distant metastasis cannot be assessed
M0: No distant metastasis
M1: Distant metastasis

- **Tumores del hilio o Colangiocarcinmas hiliares o de Klaskin se basan en la Clasificación de Bismuth-Corlette**

TIPO I	Tumor invade el conducto hepático común
TIPO II	Tumor invade la bifurcación del conducto hepático común
TIPO III	Tumor invade el conducto hepático A: Derecho B: Izquierdo
TIPO IV	Tumor invade ambos conductos derecho e izquierdo

5. **TRATAMIENTO**: basado en:
   a. ***Hallazgo casual en AP***
   b. ***Hallazgo casual intracirugía***
   c. ***Tumores resecables***
   d. ***Tumores no resecables***

1. **HALLAZGO CASUAL EN ANATOMÍA PATOLÓGICA**:
   - Tratamiento estándar:
     i. RE-RESECCIÓN: tras laparoscopia demostrando resecabilidad, en aquellos tumores que invadan la muscular (T1b).
     ii. NADA: en tumores T1a (lámina propia) si se resecaron completamente.

2. HALLAZGO INTRAOPERATORIO:

- Estadificación intraoperatoria.
- COLECISTECTOMÍA AMPLIADA con RESECCIÓN HEPÁTICA EN BLOQUE y LINFADENECTOMÍA (porta hepática, ligamento gastrohepático y retroduodenal)
- +/- RESECCIÓN CONDUCTO BILILAR (según experiencia)

3. ENFERMEDAD RESECABLE:

- RESECCIÓN COMPLETA es el único tratamiento potencialmente curativo:
  i. COLECISTECTOMÍA AMPLIADA con RESECCIÓN HEPÁTICA EN BLOQUE y LINFADENECTOMÍA (porta hepática, ligamento gastrohepático y retroduodenal)
  ii. +/- RESECCIÓN CONDUCTO BILILAR (según experiencia).
  iii. LOBECTOMÍA DEL CAUDADO O DEL LÓBULO DERECHO con resección de la porta, incrementan radicalidad en estadios III y IV del hiliar y están asociados con mayor tasa de SG a 5 años.
  iv. Embolización previa de la porta incrementan el volumen hepatico residual post-Cx.

- TASAS de SG a 5 años: pese a cirugía agresiva.
  i. 5-10 % en Tumores de vesícula
  ii. 10-40% en colangiocarcinoma

- TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO:
  i. 5-FU: incrementa ligeramente la SG el reacciones incompletas de tumores de Vesícula
  ii. En colangiocarcinoma: tras resección no curativa, no existe beneficio claro y se puede valorar desde paliación exclusiva a QTx o RTx paliativas.

- ALTAS TASAS DE RECIDIVA LOCAL: de hasta un 52% han hecho que muchos autores recomienden tratamiento complementario con QTx-RTx concomitantes como una opción.

4. ENFERMEDAD NO RESECABLE:

- TRANSPLANTE HEPÁTICO:
  i. Criterios estrictos en Centros seleccionados
  ii. Estadios precoces no resecables
  iii. No tratamiento estándar

- TERAPIA FOTODINÁMICA
  i. Colangiocarcinoma:
    1. tras descompresión biliar ha demostrado escaso, pero beneficio en supervivencia.
    2. Combinado con QTx en masas grandes, escaso beneficio.

- QUIMIOTERAPIA
  i. Aumenta la SG y la calidad de vida en un solo ensayo fase III.
  ii. 5 FU y Gemcitabina son los fármacos más usados
  iii. Gemcitabina más Platino incrementa tasas de respuesta

- TRATAMIENTOS PALIATIVOS
  i. Quimioradioterapia
  ii. Prótesis biliar si ictericia…

1. **EVALUACIÓN DE RESPUESTA**:
   - 3 MESES DESPUÉS DE TERAPIA FOTODINÁMICA CON COLANGIOGRAFÍA
   - TRAS 3 CICLOS DE QUIMIOTERAPIA
     i. Evaluación clínica.
     ii. Evaluación de síntomas.
     iii. Analítica
     iv. Pruebas radiológicas.

2. **SEGUIMIENTO:**

   - No modifica el pronóstico
   - Exclusivamente solicitar:
     a. Exploración física
     b. Estado nutricional
     c. Problemas psico-sociales.