National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de vesícula biliar y conductos biliares



Gracias al apoyo de National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para el cáncer del tracto biliar, versión 1.2026, 10 de marzo de 2026.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca, Eisai Inc. y Taiho Oncology, Inc.

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de vesícula biliar y conductos biliares

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares

18 Capítulo 3
Tipos de tratamiento

33 Capítulo 4
Cáncer de vesícula biliar

41 Capítulo 5
Cáncer de los conductos biliares dentro del hígado

48 Capítulo 6
Cáncer de los conductos biliares fuera del hígado

56 Capítulo 7
Tratamiento complementario y otra asistencia

62 Capítulo 8
Otros recursos

65 Palabras que debe conocer

68 Colaboradores de NCCN

69 Centros oncológicos de NCCN

70 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. **Todos los derechos reservados.**

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Acerca del cáncer de vesícula biliar y conductos biliares

5 ¿Qué es el cáncer de vesícula biliar?

5 ¿Qué es el cáncer de los conductos biliares?

6 ¿Cómo se trata el cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares?

6 ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de vesícula biliar y conductos biliares?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El diagnóstico de cáncer de vesícula biliar o conductos biliares puede ser abrumador. ¿Qué son exactamente estos tipos de cáncer? ¿Qué es un conducto biliar? Siga leyendo para obtener más información.

¿Qué es el cáncer de vesícula biliar?

La vesícula biliar es un órgano con forma de pera que se encuentra debajo del hígado. Se ubica en el lado derecho del abdomen (vientre) y arriba del ombligo, cerca del hígado.

Las capas interna y externa de la vesícula biliar son membranas, es decir, capas muy delgadas de tejido. Entre estas membranas hay capas de músculo y tejido conectivo.

El cáncer de vesícula biliar comienza en la capa más interna y crece hacia afuera por las capas de la pared vesicular.

Las células cancerosas no se comportan como las células normales. Presentan cambios genéticos que les permiten multiplicarse y producir muchas más células cancerosas. Las células cancerosas desplazan y superan en número a las células normales.

En ocasiones, las células cancerosas se extienden a los ganglios linfáticos u otros órganos. El cáncer de vesícula biliar puede extenderse a venas, arterias, conductos biliares y órganos cercanos, como el hígado. Esto se llama cáncer de vesícula biliar metastásico.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

¿Qué es el cáncer de los conductos biliares?

Un conducto biliar es un pequeño tubo que transporta líquido digestivo (bilis) desde el hígado hasta los intestinos. La bilis es un líquido de color marrón amarillento producido por el hígado y almacenado en la vesícula biliar.

Los conductos más pequeños se unen para formar los conductos biliares hepáticos (del hígado) derecho e izquierdo. Los conductos hepáticos derecho e izquierdo transportan la bilis desde el hígado. La bilis llega a los intestinos y ayuda a digerir los alimentos que ingiere.

El cáncer que comienza dentro de estos conductos se denomina cáncer de los conductos biliares. Es diferente del cáncer de hígado, que se origina en las células hepáticas.

El cáncer que se extiende desde los conductos biliares a otras partes del cuerpo (como el hígado) se denomina cáncer metastásico de los conductos biliares.

En esta guía, se clasifica el cáncer de los conductos biliares en dos categorías:

- Cáncer que comienza en los conductos biliares dentro del hígado.
- Cáncer que comienza en los conductos biliares fuera del hígado.

¿Cómo se trata el cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares?

El tratamiento del cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares depende de la extensión del cáncer y de su localización. Si se localiza completamente en la vesícula biliar y los conductos biliares, la cirugía y la quimioterapia podrían ser los únicos tratamientos necesarios.

Sin embargo, si el cáncer se extiende a otras regiones del cuerpo, como el hígado o el sistema digestivo, podrían necesitarse otros tratamientos, como la radioterapia. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre el tratamiento.

¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de vesícula biliar y conductos biliares?

Aunque no sabemos exactamente qué causa el cáncer, sí conocemos un poco algunas afecciones que pueden provocar cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares.

Factores de riesgo del cáncer de vesícula biliar

La siguiente es una lista de factores de riesgo del cáncer de vesícula biliar. Algunas de estas afecciones se pueden contraer durante la vida y otras son de nacimiento:

- Cálculos biliares (colelitiasis).
- Vesícula biliar de porcelana (la pared de la vesícula biliar se endurece por el calcio).
- Enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
- Una masa no cancerosa en la vesícula biliar más grande que un guisante (1 cm o más).
- Colangitis esclerosante primaria.
- Unión pancreatobiliar anómala.

Factores de riesgo del cáncer de los conductos biliares

El cáncer de los conductos biliares tiene factores de riesgo similares al cáncer de hígado y de vesícula biliar, pero con algunas diferencias:

- Quistes y cálculos biliares
- Virus de la hepatitis B y C
- Cirrosis
- Diabetes
- Obesidad
- Consumo de tabaco y alcohol

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

No puede controlar el pasado ni el futuro, pero sí el presente. Viva el momento único de cada día".



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

NCCN.org/patients/feedback

2

Pruebas para detectar el cáncer de vesícula biliar y de los conductos biliares

9 Estudios de diagnóstico por imágenes

14 Pruebas médicas generales

14 Análisis de sangre

15 Biopsia

16 Análisis de riesgo genético

16 Resultados de los estudios

17 Puntos clave

17 Preguntas para hacer

La planificación del tratamiento comienza con las pruebas. En este capítulo, se presenta una descripción general de las pruebas que puede realizarse y qué puede esperar.

Si ya recibió un diagnóstico de cáncer de vesícula biliar o de los conductos biliares, es probable que se haya detectado durante una cirugía o un estudio por otra causa. La mayoría de las pruebas se realizarán para determinar qué tanto ha avanzado el cáncer y para planificar el tratamiento (consulte la **Guía 1**).

Por lo general, primero se realizan los estudios de diagnóstico por imágenes.

Estudios de diagnóstico por imágenes

En estos estudios, se toman fotografías del interior del cuerpo. Un radiólogo, médico que se especializa en interpretar las imágenes de los estudios, redactará un informe y lo enviará a su equipo de atención médica.

Se le puede enviar el informe a usted a través del portal o sistema de acceso para pacientes.

Deberá analizar estos resultados con su equipo de atención médica.

Medio de contraste

El medio de contraste se utiliza para mejorar las imágenes. Los medios de contraste no son tintes. Son sustancias que ayudan a realzar y mejorar las imágenes de órganos y estructuras del cuerpo.

Guía 1
Pruebas para planificar el tratamiento

Antecedentes médicos y examen físico	
Análisis de sangre	• Análisis de hepatitis • Bilirrubina, transaminasas, fosfatasa alcalina • Tiempo de protrombina o índice internacional normalizado, albúmina, nitrógeno ureico en sangre y creatinina • Hemograma completo (HC) y recuento de plaquetas • Alfafetoproteína (AFP)
Estudios de diagnóstico por imágenes	• Colangiografía transhepática percutánea (CTP) • TC/RM del tórax y la zona pélvica (hueso ilíaco) • TEP • Ecografía • TC o RM abdominal y de zona pélvica con medio de contraste

El medio de contraste se administra a través de una aguja que se coloca en un brazo. Se expulsa del cuerpo a través de la orina inmediatamente después del estudio. Los tipos de medios de contraste varían y son diferentes para la TC y la RM.

Es posible que no se utilice el medio de contraste si tiene una alergia grave o si sus riñones no funcionan bien. Avise a su equipo de atención médica si ha tenido alguna vez reacciones alérgicas al medio de contraste. Es posible que le administren medicamentos para evitar los efectos de tales alergias.

TC

La tomografía computarizada o TC usa rayos X y tecnología informática para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes se combinan para crear una serie de imágenes transversales detalladas del cuerpo.

Se podría necesitar una TC de tórax, abdomen o zona pélvica para detectar el cáncer. En la mayoría de los casos, se utilizará un medio de contraste.

A veces, primero se realiza una tomografía sin medio de contraste. Luego, se inyecta el medio de contraste y se realiza otra tomografía. Esto se conoce como TC dinámica. Permite a su equipo de atención médica ver la vesícula biliar o los conductos biliares con mayor detalle que en una TC normal.

Algunas personas se refieren a este estudio como una exploración por TAC. Cualquier denominación es correcta.

TC multifásica

Una exploración por TC multifásica comienza sin un medio de contraste. Luego, se agrega el medio de contraste y se toman múltiples series de imágenes a medida que el medio de contraste se desplaza por las arterias y venas de la vesícula biliar y los conductos biliares. Es similar a una TC dinámica, pero se toman más imágenes para mostrar cómo se mueve el medio de contraste por el sistema.

Esto permite al equipo de atención médica ver dónde se encuentra el tumor en la vesícula biliar o los conductos biliares y si afecta alguna vena, arteria u otros órganos.

Tomógrafo

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



RM

La resonancia magnética o RM usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. No utiliza rayos X ni radiación.

Dado que el resonador utiliza imanes muy potentes, informe al técnico si tiene algún objeto metálico en el cuerpo. Probablemente, tendrá que desvestirse completamente y ponerse una bata en la sala de exploración.

No podrá usar ningún metal cerca del resonador (a menos que sea un metal especial no magnético, como el titanio). Asegúrese de consultar con su médico y el técnico si tiene algún implante médico que no se pueda extraer antes de la exploración.

Durante la prueba, es probable que se le pida que contenga la respiración durante 10 o 20 segundos mientras el técnico toma las imágenes. Suele usarse un medio de contraste.

El tipo más común de resonador, el resonador magnético cerrado, tiene un diseño similar a una cápsula en la que el imán rodea a la persona. Existen resonadores magnéticos abiertos, que tienen una parte superior e inferior magnéticas y una abertura en cada extremo.

Los resonadores magnéticos cerrados son más comunes que los abiertos, por lo que si los espacios cerrados o reducidos le producen ansiedad (claustrofobia), asegúrese de comentárselo a su equipo de atención médica; es posible que le administren un relajante o sedante suave para que pueda tolerar la RM.

Las RM también son ruidosas. Pida tapones para los oídos o auriculares para el ruido al equipo de exploración. A veces, también se puede poner música dentro del resonador. Además, puede pedir una manta o almohadones para tener más comodidad durante la exploración. La RM tarda mucho más que la TC.

Es posible que el técnico de RM le hable a través de un intercomunicador dentro del resonador. También tendrá la posibilidad de comunicarse con el equipo de exploración si necesita ayuda.

CPRM

La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) es un tipo de RM que obtiene imágenes muy claras del páncreas y los conductos biliares. No se utiliza un medio de contraste porque la bilis y otros fluidos actúan como su propio contraste. La CPRM suele realizarse junto con la RM normal.

TEP

La TEP utiliza una sustancia radiactiva llamada marcador. El marcador se inyecta en una vena para mostrar dónde pueden estar los focos cancerosos en el cuerpo. Se elimina del cuerpo de forma inocua a través de la orina en 24 horas.

Las células cancerosas aparecen como puntos brillantes en las exploraciones por TEP. Sin embargo, no todos los tumores aparecen en la TEP, y no todos los puntos brillantes son cáncer. Es usual que el cerebro, el corazón, los riñones y la vejiga se vean brillantes en la TEP.

La inflamación o las infecciones también pueden verse como un punto brillante.

Cuando la TEP se combina con una TC, este procedimiento se conoce como exploración por TEP/TC.

Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras de energía alta para generar imágenes del interior del cuerpo. Es como una ecografía que se realiza durante el embarazo. Se pasa una sonda con forma de varita (transductor) por la piel. El técnico le preparará la piel con gel de antemano.

La ecografía no causa dolor y no utiliza radiación como los rayos X, por lo que puede repetirse todas las veces que sea necesario. También sirve para mostrar pequeñas áreas de cáncer que están cerca de la piel. A veces, se usa una ecografía para guiar una biopsia.

CTP

La colangiografía transhepática percutánea (CTP) utiliza un medio de contraste y rayos X para tomar imágenes de los conductos biliares. Este procedimiento suele estar hecho por un radiólogo intervencionista. Es un experto que utiliza estudios de diagnóstico por imágenes y herramientas guiadas por imágenes para realizar técnicas mínimamente invasivas a fin de diagnosticar o tratar enfermedades.

Se coloca una aguja o un tubo delgado y flexible (catéter) a través de la piel hasta el conducto biliar, donde se inyecta un medio de contraste. Luego, se toman radiografías que utilizan pequeñas cantidades de radiación para obtener imágenes de los conductos biliares.

Si es necesario, el radiólogo intervencionista puede introducir un catéter para drenar el líquido del tracto biliar a una bolsa fuera del cuerpo o directamente al intestino delgado. También se puede colocar un *stent* metálico, que es una funda metálica para mantener abierto el conducto, en caso de obstrucción o bloqueo de un conducto biliar.

En este estudio, se le administrará un medicamento para que pueda relajarse.

También suelen colocarse catéteres de plástico durante el procedimiento. De ser así, usted y su cuidador se informarán sobre cómo cuidar estos catéteres.

Procedimientos de endoscopia

Algunos estudios de diagnóstico por imágenes utilizan un instrumento delgado con forma de tubo, llamado endoscopio, que se introduce en el cuerpo para ver su interior con una cámara.

El endoscopio generalmente se introduce en el cuerpo a través de una abertura natural, como la boca, la nariz o el ano. También se puede introducir a través de una pequeña incisión quirúrgica. El endoscopio suele introducirse en el cuerpo a través de la boca.

Se puede utilizar más de un tipo de endoscopio para realizar estudios de diagnóstico por imágenes. A continuación, se describen algunos procedimientos frecuentes de endoscopia.

Ecografía endoscópica

La ecografía endoscópica utiliza un endoscopio con una pequeña sonda ecográfica en el extremo. El endoscopio se introduce por la boca y se guía por la garganta hasta el estómago. Luego, se guía hasta la primera parte del intestino delgado.

La sonda ecográfica hace rebotar ondas sonoras en el hígado y otros órganos para generar imágenes del interior del cuerpo.

En ocasiones, este estudio puede detectar pequeñas lesiones en el hígado o el páncreas que son difíciles de ver en una TC o una RM. También se puede utilizar para observar más de cerca los conductos biliares.

Se le administrará un medicamento para que se sienta cómodo durante el procedimiento. La ecografía endoscópica puede realizarse con la CPRE.

CPRE

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) utiliza un endoscopio y rayos X para obtener imágenes del interior del cuerpo.

En este estudio, el endoscopio se introduce por la boca y se guía por la garganta y el estómago hasta el intestino delgado. A continuación, se pasa un tubo más delgado, llamado catéter, por el centro del endoscopio.

El catéter se utiliza para inyectar un medio de contraste en el hígado y los conductos biliares. El medio de contraste permite ver los conductos biliares en las radiografías.

La CPRE se utiliza para desobstruir un conducto biliar bloqueado por un tumor en el hígado, el conducto biliar o el páncreas. Durante la CPRE, se pueden tomar muestras del tumor (es decir, una biopsia) del conducto colédoco.

A veces, las muestras se extraen con un pequeño cepillo situado en el extremo del endoscopio. Estas muestras se denominan raspados. Los raspados suelen realizarse antes de colocar el *stent*.

Se utilizará un sedante durante la CPRE para que sienta comodidad durante el procedimiento. En ocasiones, la CPRE se realiza con ecografía endoscópica en lugar de radiografías endoscópicas.

Endoscopia GI superior

En una endoscopia gastrointestinal (GI) superior, se introduce un endoscopio por la garganta hacia el esófago, el estómago y la parte superior del intestino delgado.

Este estudio se utiliza para inspeccionar la mucosa de estos órganos y para observar si hay signos de cáncer u otras anomalías, como agrandamiento de vasos sanguíneos o úlceras.

Laparoscopía

La laparoscopía (también llamada cirugía laparoscópica) es un tipo de procedimiento que permite al cirujano ver el interior del abdomen sin realizar una incisión grande.

Utiliza un endoscopio especial llamado laparoscopio. Para esta prueba, el laparoscopio se introduce a través de una pequeña incisión en el abdomen.

La laparoscopía se realiza bajo anestesia general, lo que significa que dormirá durante el procedimiento. Un respirador le permitirá respirar mientras esté bajo el efecto de la anestesia.

La laparoscopía solo se utiliza en determinadas situaciones. Se usa para lo siguiente:

- Estadificar la enfermedad.
- Detectar si hay extensión del cáncer dentro del abdomen que podría no haberse detectado en los estudios de diagnóstico por imágenes.
- Obtener muestras de biopsia.
- Determinar si es posible someterse a una cirugía para extirpar el tumor.

Colonoscopia

Durante la colonoscopía, se utiliza un colonoscopio para examinar el interior del colon. Cuenta con una luz y una lupa para observar la zona y puede incluir una herramienta para extraer tejido. Se guía a través del ano hasta llegar al recto y el colon.

Se le administrará un medicamento para que duerma y sienta comodidad durante el procedimiento.

Pruebas médicas generales

Antecedentes médicos

Los antecedentes médicos, algunas veces llamados anamnesis, ayudan a determinar qué tratamiento es el mejor para usted.

Los antecedentes médicos son un registro de todos los problemas de salud y tratamientos que ha tenido durante su vida. Prepárese para enumerar las enfermedades o lesiones que ha tenido y cuándo ocurrieron. Además, informe a su equipo de atención médica sobre cualquier síntoma que tenga.

Lleve una lista de los medicamentos nuevos y antiguos e incluso los de venta libre, remedios herbarios o los suplementos que esté tomando. Algunos suplementos pueden afectar los medicamentos que su equipo de atención médica podría recetarle.

Antecedentes de enfermedades hepáticas

Es posible que le pregunten sobre enfermedades que afectan el hígado, como cirrosis, infecciones o virus de hepatitis B o C, episodios de ictericia, cálculos biliares, consumo de alcohol y enfermedad del hígado graso.

Antecedentes familiares

Al igual que otras enfermedades, algunos tipos de cáncer pueden ser hereditarios. El profesional de atención médica le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Esta información se llama antecedentes familiares.

Pregunte a los miembros de ambos lados de su familia sobre problemas de salud como afecciones cardíacas, cáncer y diabetes, y a qué edad se los diagnosticaron.

Debe averiguar el tipo de cáncer específico o dónde comenzó el cáncer, si se encuentra en varios lugares y si se hicieron análisis genéticos.

Examen físico

Un miembro de su equipo de atención médica le realizará un examen físico completo. Este examen incluye el control de signos vitales, como la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Su profesional de atención médica también podría presionar suavemente algunas zonas de su cuerpo para detectar órganos o ganglios linfáticos inflamados.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos. Se necesita una muestra de sangre, que se extrae con una aguja que se introduce en una vena del brazo.

Si sabe que tiene venas difíciles de encontrar, dígaselo al técnico del laboratorio, ya que este puede usar una máquina que permita encontrar las venas. De este modo, recibirá menos pinchazos de aguja y será menos estresante.

Hemograma completo

El hemograma completo mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en la sangre. Los glóbulos rojos llevan el oxígeno a todo el cuerpo, los glóbulos blancos combaten infecciones y las plaquetas controlan el sangrado.

Un nivel elevado de glóbulos blancos, así como una reducción de los glóbulos rojos o las plaquetas, puede indicar una infección o cáncer.

Perfil metabólico completo

Un perfil metabólico completo mide 14 sustancias diferentes en la sangre, incluidos el nitrógeno ureico en sangre y la creatinina. Esta prueba proporciona información importante sobre el funcionamiento de sus riñones y el hígado.

Perfil de función hepática

La vesícula biliar, los conductos biliares y el hígado dependen uno de otro para funcionar de manera correcta.

Este análisis mide sustancias químicas que se producen o procesan en el hígado para observar el estado de este órgano. Si los niveles son demasiado altos o bajos, esto indica que el hígado no funciona bien.

Un perfil de función hepática suele medir las siguientes sustancias:

- Albúmina
- Fosfatasa alcalina (FA)
- Aspartato aminotransferasa (AST) y alanina transaminasa (ALT)
- Bilirrubina

El hígado produce sustancias químicas necesarias para que la sangre coagule en respuesta a una lesión. Se pueden realizar pruebas para medir el tiempo que tarda la sangre en coagularse, como las siguientes:

- Índice internacional normalizado
- Tiempo de protrombina

Perfil de hepatitis

Un perfil de hepatitis es un análisis de sangre que comprueba si usted tiene una infección por hepatitis. Si el resultado es positivo, es posible que reciba una derivación a un hepatólogo. El hepatólogo es un médico especializado en el cuidado del hígado, el tracto biliar, la vesícula biliar y el páncreas.

La hepatitis hace que el hígado se inflame. Cuando está inflamado, es posible que el hígado no funcione como debería. Los virus llamados hepatitis B y hepatitis C son los tipos más frecuentes de hepatitis crónica (a largo plazo).

La hepatitis B crónica y una infección actual o pasada por hepatitis C aumentan el riesgo de padecer cáncer de hígado y de tracto biliar. La hepatitis B puede causar cirrosis, insuficiencia hepática y cáncer.

Biopsia

Una biopsia es un procedimiento que extrae muestras de fluido o tejido. Esto generalmente implica tomar muestras de algunas células cancerosas con una aguja o mediante una cirugía. Estas células se envían a un laboratorio para su análisis.

Según la situación, pueden requerirse diferentes tipos de biopsia. Es posible que no se le realice una biopsia hasta que se someta a una cirugía para extirpar la masa en la vesícula biliar o los conductos biliares.

Estos son los tipos de biopsias posibles:

- En la **biopsia con aguja gruesa**, se extraen muestras de tejido con una aguja hueca de aproximadamente el mismo tamaño que una aguja utilizada para una vía IV. La ecografía o una TC puede ayudar al radiólogo a localizar la zona donde realizar la biopsia.
- En la **aspiración con aguja fina**, se utiliza una aguja delgada para extraer una muestra de tejido o líquido. Se puede utilizar ecografía para guiar la biopsia.
- En los **raspados**, se obtienen muestras de tumor o células con un pequeño cepillo en el extremo del endoscopio, generalmente durante un procedimiento endoscópico.

Prueba de biomarcadores tumorales

Los biomarcadores son sustancias químicas, compuestos u otros aspectos en el cuerpo que se pueden medir para evaluar su salud. El antígeno del cáncer (CA) 19-9, el antígeno carcinoembrionario (ACE) y la alfafetoproteína (AFP) son ejemplos de biomarcadores del cáncer de vesícula biliar y conductos biliares que se pueden detectar en la sangre.

Con los biomarcadores tumorales, se puede realizar el diagnóstico, ver qué tan bien funciona el tratamiento y llevar a cabo un seguimiento del crecimiento del cáncer. También se pueden utilizar para determinar los objetivos adecuados para el tratamiento dirigido, que se describe en el siguiente capítulo.

Pruebas de mutación tumoral

Es posible que se utilice una muestra de sangre o del tumor de su biopsia para ver si las células cancerosas tienen mutaciones específicas. Algunas mutaciones pueden tratarse con tratamientos específicos, por ejemplo, las fusiones de los genes *NTRK* y *RET* o las mutaciones de inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), o mutaciones de *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E.

Las pruebas de mutación tumoral son diferentes a los análisis genéticos para detectar mutaciones que usted podría haber heredado de sus padres biológicos.

Análisis de riesgo genético

Según sus antecedentes familiares u otras características de su cáncer, es posible que el profesional de atención médica le indique análisis genéticos hereditarios para obtener más información sobre el cáncer que padece.

Los análisis genéticos se realizan con sangre o saliva (se recoge saliva en un frasco o se pasa un hisopo por el interior de la mejilla).

El objetivo consiste en buscar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos.

Algunas mutaciones pueden generar un riesgo de tener más de un tipo de cáncer. También puede transmitir estos genes a sus hijos. Otros familiares también pueden ser portadores de estas mutaciones. Informe a su equipo de atención médica si tiene antecedentes familiares de cáncer.

Un asesor genético o proveedor calificado hablará con usted sobre los resultados. Los resultados del análisis se pueden utilizar para guiar la planificación del tratamiento. También pueden ayudar a orientar otros estudios para sus familiares.

Pruebas de *BRCA*

Los genes *BRCA* normales ayudan a prevenir el crecimiento del tumor. Colaboran con la reparación de las células dañadas y permiten que las células crezcan de forma normal.

Pero las mutaciones en *BRCA1* o *BRCA2* aumentan el riesgo de contraer cáncer colorrectal, de mama, de ovarios, de próstata, de páncreas o de piel. Los genes *BRCA* con mutación también pueden afectar la eficacia de algunos tratamientos.

Resultados de los estudios

Los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes, los análisis de sangre, las biopsias y los análisis genéticos se utilizarán para determinar su plan de tratamiento. Es importante que comprenda lo que significa cada estudio. Haga preguntas y guarde copias de los resultados de sus estudios. Los portales para pacientes en Internet también son una excelente manera de acceder a los resultados de sus estudios.

Puntos clave

- Las pruebas se utilizan para detectar el cáncer, planificar el tratamiento y comprobar qué tan bien funciona el tratamiento.
- Los antecedentes médicos y el examen físico proporcionan información a su equipo de atención médica sobre su estado de salud general.
- Los análisis de sangre comprueban si hay signos de la enfermedad y el funcionamiento de los órganos.
- En estos estudios, se toman fotografías del interior del cuerpo. Las imágenes pueden obtenerse mediante máquinas o instrumentos de exploración.
- En una biopsia, se extrae una muestra de tejido o fluido. Se podría realizar una biopsia del tumor durante una cirugía o un procedimiento de endoscopia.
- Se puede analizar una biopsia del tumor para detectar mutaciones específicas del ADN u otras características moleculares. Los tratamientos específicos se pueden enfocar en algunas mutaciones.
- Puede hacerse un análisis genético para detectar mutaciones genéticas heredadas de sus padres biológicos.

Preguntas para hacer

- ¿Qué estudios tendré que hacerme? ¿Con qué frecuencia se repiten?
- ¿Mi seguro pagará estas pruebas?
- ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
- ¿Qué harán para que me sienta a gusto durante las pruebas?
- ¿Cómo se realizará la biopsia? ¿Qué más se puede hacer en este momento?

¿Cuál es el siguiente paso?

Una vez que haya recibido su diagnóstico completo y haya conversado sobre el plan de tratamiento con su equipo de atención médica, comenzará el tratamiento. En el siguiente capítulo, se describe en detalle cada tratamiento recomendado por NCCN.

3
Tipos de tratamiento

19 Equipo de atención médica

19 Categorías de preferencia

20 Cirugía

24 Tratamiento farmacológico sistémico

25 Tratamiento directo

26 Radioterapia

27 Ensayos clínicos

28 Efectos secundarios

32 Puntos clave

32 Preguntas para hacer

Existe más de un tratamiento para el cáncer de vesícula biliar y conductos biliares. Con frecuencia, recibirá varios tratamientos en distintos momentos. En este capítulo, se describen las opciones de tratamiento recomendadas por NCCN y qué esperar durante el tratamiento.

El cáncer de vesícula biliar y conductos biliares es tratable. Debería hablar periódicamente con el equipo de atención médica sobre los objetivos y el plan de tratamiento.

Si es posible, busque tratamiento en un hospital o centro oncológico especializado en su tipo de cáncer.

El tratamiento puede ser local, sistémico o una combinación de ambos:

- El **tratamiento local** se enfoca en un área determinada. Incluye cirugía, tratamiento dirigido por vía arterial y radioterapia.
- El **tratamiento farmacológico sistémico** actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.

Existen muchas opciones de tratamiento. Varios factores influyen en cómo responde el cáncer al tratamiento.

Equipo de atención médica

El tratamiento del cáncer requiere un abordaje en equipo. Las decisiones sobre el tratamiento deben estar a cargo de un equipo multidisciplinario. Dicho equipo está conformado por profesionales de la salud y de la atención psicosocial de diferentes entornos que tienen conocimiento y experiencia sobre su tipo de cáncer.

Este equipo debe reunirse para planificar e implementar su plan de tratamiento. Pregunte quién coordinará su atención.

Algunos integrantes de su equipo de atención médica estarán a su lado durante todo el tratamiento del cáncer, en tanto otros solo estarán presentes durante ciertos momentos. Conozca a su equipo de atención médica y bríndeles ayuda para que sepan más sobre usted.

Tenga a mano una lista de nombres e información de contacto de cada miembro de su equipo. Esto hará que sea más fácil para usted y cualquier persona involucrada en su cuidado saber a quién contactar si tiene preguntas o inquietudes.

Categorías de preferencia

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.

- **En algunos casos, hay tratamientos** que funcionan mejor para personas con un cáncer con determinadas características o circunstancias de salud específicas.

Cirugía

La cirugía es el principal tratamiento para el cáncer de vesícula biliar y conductos biliares. La cirugía también puede funcionar como tratamiento complementario al aliviar el dolor o el malestar, y prolongar la vida. Este procedimiento se llama cirugía paliativa.

Al prepararse para la cirugía, busque la opinión de un cirujano experimentado. El cirujano debe ser experto en el tipo de cirugía que necesita. Los hospitales que hacen muchas cirugías suelen tener mejores resultados.

Puede pedir una derivación a un hospital o centro oncológico que tenga experiencia en el tratamiento de su tipo de cáncer.

La cirugía puede extirpar el cáncer de diferentes maneras. Esto depende de sus circunstancias, como el tamaño y la ubicación del tumor, y si el cáncer rodea órganos y tejidos. La cirugía se basa en la forma más segura y adecuada de eliminar el cáncer.

Quizás deba someterse a más de una cirugía. También es posible que le coloquen un drenaje en la herida para evitar que se acumule líquido en el cuerpo después de la intervención.



Abordaje en equipo

Según el diagnóstico, su equipo puede incluir los siguientes especialistas:

El hepatólogo es un experto en el tratamiento de enfermedades del hígado, la vesícula biliar, los conductos biliares y el páncreas.

El radiólogo especializado en diagnóstico interpreta los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes.

El radiólogo intervencionista realiza biopsias por punción, ablaciones, dirige tratamientos y coloca vías para los tratamientos.

El anatomopatólogo analiza las células, los tejidos y los órganos extraídos durante una biopsia o cirugía y aporta un diagnóstico de cáncer, la estadificación e información sobre las pruebas de biomarcadores.

El cirujano oncólogo realiza operaciones para extirpar el cáncer. Algunos cirujanos especialistas en trasplantes y cirujanos hepatobiliares también tratan personas con cáncer de hígado.

El oncólogo clínico trata el cáncer con tratamientos farmacológicos.

El radiooncólogo prescribe y administra la radioterapia para tratar el cáncer.

Los enfermeros oncológicos brindan atención práctica, como el tratamiento farmacológico sistémico, administran la atención, responden preguntas y ayudan a las personas a sobrellevar los efectos secundarios.

Objetivo de la cirugía

El objetivo de la cirugía o resección del tumor es eliminar todo el cáncer. A tal efecto, se extirpa el tumor junto con un borde de tejido de aspecto normal llamado margen quirúrgico. El margen quirúrgico puede tener un aspecto normal durante la cirugía, pero es posible que se encuentren células cancerosas cuando un anatomopatólogo las observe con el microscopio.

Si no se encuentran células cancerosas en el tejido alrededor del borde del tumor, hay un margen claro o negativo. La inspección microscópica ha demostrado que el margen es negativo para el cáncer, lo cual es una buena noticia porque significa que los bordes están limpios y no quedó cáncer visible.

Cuando hay margen positivo, las células cancerosas se encuentran en el tejido de aspecto normal alrededor del tumor. Si hay un margen positivo, es posible que necesite otra cirugía para intentar extirpar las células tumorales restantes o radioterapia para destruir las células cancerosas que quedaron en el margen.

Estudios de diagnóstico por imágenes antes de la cirugía

Le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes para ver si el tumor puede extirparse o no con cirugía. A veces, los estudios de diagnóstico por imágenes no pueden mostrar claramente de qué tipo es.

Cirugía abierta

La cirugía abierta o laparotomía extirpa el tejido a través de una gran incisión quirúrgica (corte) por debajo de las costillas. Esta gran incisión le permite al cirujano ver y acceder directamente al tumor para extirparlo. La cirugía abierta puede durar varias horas o más. Después de la cirugía, necesitará quedarse en el hospital para recuperarse.

Margen quirúrgico

Se extirpa el tumor, junto con algo de tejido de aspecto normal que lo rodea. El tejido de aspecto normal se llama margen quirúrgico. El margen quirúrgico se examina para detectar cáncer. El tratamiento posquirúrgico se basa en si hay cáncer en los márgenes.



Cirugía mínimamente invasiva

La cirugía mínimamente invasiva (cirugía laparoscópica) se realiza a través de varias incisiones o cortes pequeños. Se introducen instrumentos pequeños a través de cada incisión para realizar la cirugía. Uno de los instrumentos, llamado laparoscopio, es un tubo largo con una cámara de video en el extremo.

La cámara le permite al cirujano ver la vesícula biliar y otros tejidos dentro del abdomen. Los demás instrumentos se usan para extirpar el tumor.

En la cirugía laparoscópica, también se pueden utilizar brazos robóticos para controlar los instrumentos quirúrgicos. A esto se le llama cirugía laparoscópica asistida por robot.

Colecistectomía

En la colecistectomía, se extirpa la vesícula biliar y parte del tejido circundante. El objetivo es eliminar cualquier resto de cáncer en la zona afectada.

En algunas personas, también se extirpan partes del hígado, los ganglios linfáticos cercanos y los conductos biliares durante una colecistectomía. El tamaño y la ubicación del tumor ayudarán al cirujano a decidir la extensión de la cirugía.

Pregunte qué se podría extirpar durante la cirugía, cómo podría afectar su recuperación y qué tratamiento adicional podría necesitar.

Extirpación parcial del hígado

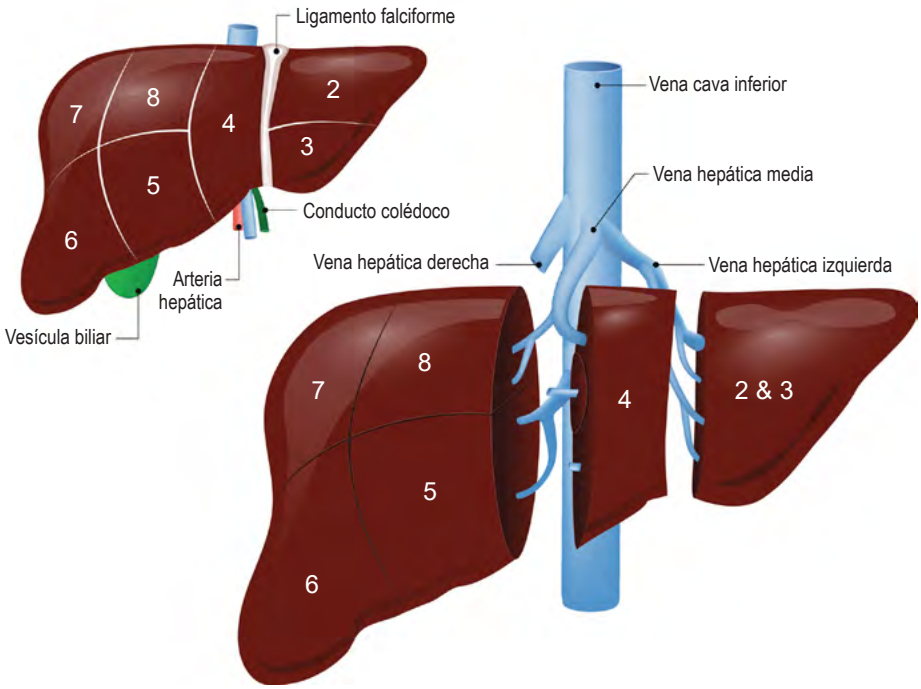
La extirpación parcial del hígado es diferente a un trasplante de hígado. Consiste en extirpar una parte del hígado, como un pequeño fragmento o un lóbulo completo.

Después de la cirugía, la parte del hígado que queda seguirá funcionando, y la sección que falta volverá a crecer.

Si no puede someterse a un trasplante parcial de hígado debido a la cantidad de tumores, es posible que reciba un trasplante de hígado completo.

Secciones del hígado

El hígado se divide en siete secciones o segmentos según la ubicación de la vena porta, la vena hepática y los conductos biliares.



Trasplante de hígado

En un trasplante de hígado, se extirpa todo el hígado y se sustituye por el hígado sano de un donante. El nuevo hígado puede ser donado por una persona que haya fallecido recientemente, o una persona viva podría donar una parte de su hígado.

Un trasplante de hígado depende de ciertos límites de tamaño y la ubicación de los tumores.

Si recibe un trasplante de hígado, también recibirá medicamentos para evitar que su cuerpo rechace el hígado del donante.

Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos para un trasplante de hígado. Hay que cumplir una serie de requisitos específicos para poder realizarse este procedimiento.

Requisitos para el trasplante

Los requisitos para poder realizarse un trasplante de hígado los establece la United Network for Organ Sharing (UNOS), la organización sin fines de lucro que gestiona la lista de trasplantes de órganos en los Estados Unidos. Uno de ellos es la puntuación MELD.

Cuanto peor sea la función hepática, mayor será la puntuación MELD. La persona con la puntuación MELD más alta es la primera en la lista de trasplantes.

La puntuación MELD indica a la UNOS qué tanto necesita una persona un trasplante, en función de cinco análisis de sangre:

- Bilirrubina total, una medida de la ictericia.
- Tiempo de protrombina, una medida de la capacidad de coagulación.
- Creatinina, una medida de la función renal.
- Sodio sérico, la cantidad de sodio en el torrente sanguíneo.
- Albúmina, una medida de la función hepática y renal.

Puede calcular su puntuación MELD con una calculadora en línea y una copia de los resultados de sus últimos análisis de sangre. Su equipo de atención médica también hará este cálculo para la lista de trasplantes.

Linfadenectomía

Durante una linfadenectomía, se extirpan los ganglios linfáticos y se examina una muestra de tejido con el microscopio para detectar signos de cáncer. La linfadenectomía suele llamarse disección de ganglios linfáticos.

- **En una linfadenectomía regional**, se extirpan algunos de los ganglios linfáticos cercanos a la zona del tumor.
- **En una linfadenectomía radical**, se extirpa la mayoría o la totalidad de los ganglios linfáticos de la zona del tumor.

Técnica de Whipple

La técnica de Whipple es una cirugía que extirpa la cabeza del páncreas, la vesícula biliar, la primera parte del intestino delgado, parte del conducto biliar y los ganglios linfáticos cercanos. Luego, el cirujano vuelve a conectar el intestino delgado con el estómago para que el cuerpo pueda seguir digiriendo los alimentos con normalidad.

Esta cirugía suele utilizarse para tumores ubicados en la parte media e inferior del conducto colédoco.

Hepatoyeyunostomía en Y de Roux

Una hepatoyeyunostomía en Y de Roux es un procedimiento que desvía el conducto biliar para permitir que los fluidos digestivos pasen del hígado directamente al intestino delgado.

Tratamiento farmacológico sistémico

El tratamiento farmacológico sistémico actúa en todo el cuerpo. Los tipos incluyen tratamiento dirigido e inmunoterapia. El tratamiento farmacológico sistémico podría usarse solo o en combinación con otros tratamientos.

Los objetivos del tratamiento farmacológico sistémico deben analizarse antes de comenzar el tratamiento. Sus deseos sobre el tratamiento son importantes. Comuníquelos en forma clara.

Puede consultar la lista de los tratamientos farmacológicos sistémicos frecuentes en la **Guía 2**.

Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido afecta a una característica específica o única de las células cancerosas. Los tratamientos dirigidos buscan observar de qué manera las células cancerosas se desarrollan, se dividen y se desplazan en el cuerpo. Estos medicamentos detienen o inhiben la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento y la supervivencia de las células cancerosas.

Los tratamientos dirigidos podrían utilizarse para tratar tumores que presentan determinadas mutaciones genéticas, como la fusión del gen del receptor de tirosina-cinasa neurotrófico (*NTRK*). El larotrectinib (Vitrakvi) y el entrectinib (Rozlytrek) se dirigen al cáncer con una fusión del gen *NTRK*.

Guía 2
Algunos tratamientos farmacológicos sistémicos habituales

Ejemplos de quimioterapia	5-fluorouracilo (5-FU) Capecitabina (Xeloda) Cisplatino (Platinol) FOLFIRI (leucovorina, 5-FU, irinotecán) FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino)	Gemcitabina (Gemzar, Infugem) Metotrexato Oxaliplatino (Eloxatin) Paclitaxel (Taxol, Abraxane)
Ejemplos de tratamiento dirigido	Dabrafenib (Tafinlar) Entrectinib (Rozlytrek) Futibatinib (Lytgobi) Ivosidenib (Tibsovo) Larotrectinib (Vitrakvi) Pemigatinib (Pemazyre) Pertuzumab (Perjeta)	Pralsetinib (Gavreto) Regorafenib (Stivarga) Selpercatinib (Retevmo) Trametinib (Mekinist) Trastuzumab (Herceptin) o sustitutos de trastuzumab (biosimilares) como Kanjinti, Ogivri, Herzuma, Ontruzant y Trazimera
Ejemplos de inmunoterapia	Dostarlimab-gxly (Jemperli) Durvalumab (Imfinzi)	Nivolumab (Opdivo) Pembrolizumab (Keytruda)

Un biosimilar es una versión casi idéntica de un fármaco fabricado por otro laboratorio. Se usa de la misma manera y en la misma dosis que el fármaco original. El fármaco trastuzumab (Herceptin) tiene biosimilares, entre los que se incluyen Kanjinti, Ogivri, Herzuma, Ontruzant y Trazimera.

Inmunoterapia

El sistema inmunitario tiene muchos interruptores de encendido y apagado. Los tumores se aprovechan de los interruptores de apagado, como PD-1 y CTLA-4. La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que intenta reactivar el sistema inmunitario para destruir las células tumorales. La inmunoterapia puede administrarse sola o junto con otros tipos de tratamiento.

Puede encontrar información sobre los efectos secundarios de la inmunoterapia en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Tratamiento directo

La mayoría de los tumores necesitan sangre para sobrevivir. El tratamiento directo (también llamado tratamiento dirigido por vía arterial) trata los tumores mediante inyecciones de partículas, quimioterapia o microesferas radiactivas directamente en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores.

Se introduce un pequeño catéter en una arteria y se lo guía hasta el tumor. Una vez en su lugar, se inyectan las partículas, la quimioterapia o las microesferas. Estos tratamientos duran unos días, pero actúan directamente sobre el suministro sanguíneo del tumor y pueden ser eficaces para reducirlo.



Si fuma o vapea, pida ayuda para dejar de hacerlo

Fumar o vapear nicotina aumenta mucho sus posibilidades de sufrir efectos secundarios durante y después de la cirugía. Fumar y vapear pueden limitar los efectos del tratamiento e impiden la cicatrización de la herida. También aumentan las posibilidades de padecer otros cánceres. El consumo de cannabis también podría afectar la cantidad de anestesia que se utiliza durante la cirugía.

La nicotina es la sustancia química que se encuentra en el tabaco y que hace que quiera seguir fumando y vapeando. La abstinencia de la nicotina es un reto para la mayoría de las personas que fuman o vapean. El estrés de tener cáncer puede dificultar aún más el dejar de fumar. Si fuma o vapea, pregunte a su equipo de atención médica sobre asistencia psicológica y medicamentos para ayudarlo a dejar de fumar.

Puede encontrar más información en *NCCN Guidelines for Patients: Dejar de fumar* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- SmokeFree.gov
- CDC.gov/tobacco

Tipos frecuentes de tratamiento dirigido por vía arterial:

- El **bloqueo del flujo sanguíneo (embolización transarterial)** consiste en inyectar pequeñas partículas en los vasos sanguíneos que alimentan los tumores. Al detener el flujo sanguíneo, se corta el suministro de oxígeno al tumor y se provoca la muerte de las células cancerosas.
- La **quimioterapia y el bloqueo del flujo sanguíneo (quimioembolización transarterial)** consisten en inyectar una mezcla de quimioterapia en el tumor para bloquear los vasos sanguíneos conectados a los tumores.
- Las **microesferas de quimioterapia (quimioembolización transarterial con microesferas liberadoras de fármacos)** utilizan pequeñas partículas cargadas con quimioterapia que se inyectan en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores. Las partículas liberan pequeñas cantidades de quimioterapia al tumor durante varios días.
- Las **microesferas radiactivas (radioembolización)** utilizan diminutas microesferas de vidrio o resina llenas de una sustancia radiactiva que se inyectan directamente en los tumores. A menudo, este procedimiento se conoce como Y-90.

Según las circunstancias, el tratamiento directo podría utilizarse como tratamiento primario, como tratamiento puente antes de un trasplante de hígado o como alivio para el dolor.

El tipo de tratamiento directo recomendado dependerá del tamaño, la cantidad y la ubicación de los tumores, así como de sus antecedentes médicos previos y la experiencia de los médicos a cargo de su tratamiento.

El tratamiento directo tiene riesgos: si el tumor interfiere en el flujo sanguíneo de la vesícula biliar/los conductos biliares, puede empeorar su funcionamiento. Es posible que el tratamiento directo no sea adecuado si su nivel de bilirrubina, un componente de la bilis que se utiliza para descomponer las células sanguíneas, supera cierto nivel.

Radioterapia

La radioterapia utiliza rayos X de alta energía, fotones, protones, electrones u otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. Puede administrarse sola o junto con otros tratamientos. La radioterapia también podría ser un tratamiento para todos los tumores, independientemente de su ubicación.

Puede utilizarse como tratamiento complementario (cuidados paliativos) para ayudar a aliviar el dolor o las molestias causadas por el cáncer, o para controlar el sangrado provocado por un tumor.

La mayoría de los tipos de radioterapia incluyen sesiones cortas y diarias de tratamiento durante un período de días o semanas. Pregúntele a su equipo de atención médica qué opciones de radioterapia son las mejores para usted y qué efectos secundarios pueden tener.

Radioterapia de haz externo

En este tipo de radioterapia, se utiliza una máquina fuera del cuerpo para dirigir la radiación hacia los tumores o zonas del interior del organismo.

Estos son los tipos de radioterapia de haz externo habituales que se pueden utilizar para tratar el cáncer:

- La **radioterapia clásica (estereotáctica corporal)** utiliza haces de radiación de alta energía para destruir o extirpar el tumor. Esto puede provocar que el tejido normal también reciba radiación y causar algunos efectos secundarios según la ubicación.
- La **radioterapia de intensidad modulada (RIM)** utiliza pequeños haces de diferentes intensidades para adaptarse a la forma del tumor. Esto limita la cantidad de radiación que recibe el tejido normal.

Ensayos clínicos

También podría recibir tratamiento mediante un ensayo clínico.

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su profesional de atención médica para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes tengan características específicas similares y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera de este en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Esta atención habitual suele estar cubierta por su seguro, y puede generar copagos.

Efectos secundarios

Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Los efectos secundarios dependen de muchos factores. Estos factores incluyen el tipo de medicamento y la dosis, la duración del tratamiento y la persona.

El tratamiento puede causar varios efectos secundarios. Algunos son muy graves y podrían ser perjudiciales para su salud. Otros pueden ser simplemente desagradables. Se le realizará controles detallados para detectar efectos secundarios.

Pida la lista completa de efectos secundarios de su tratamiento. Asimismo, avise a su equipo de tratamiento si tiene síntomas nuevos o que se hayan agravado. Es posible que puedan ayudarlo a sentirse mejor y evitar algunos efectos secundarios.



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)

clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer
(Cancer Information Service, CIS) del NCI

+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)

cancer.gov/contact

Efectos tardíos

Los efectos tardíos son efectos secundarios que ocurren meses o años después de que se diagnostica una enfermedad o después de que se finaliza el tratamiento. Los efectos tardíos podrían ser causados por el cáncer o su tratamiento.

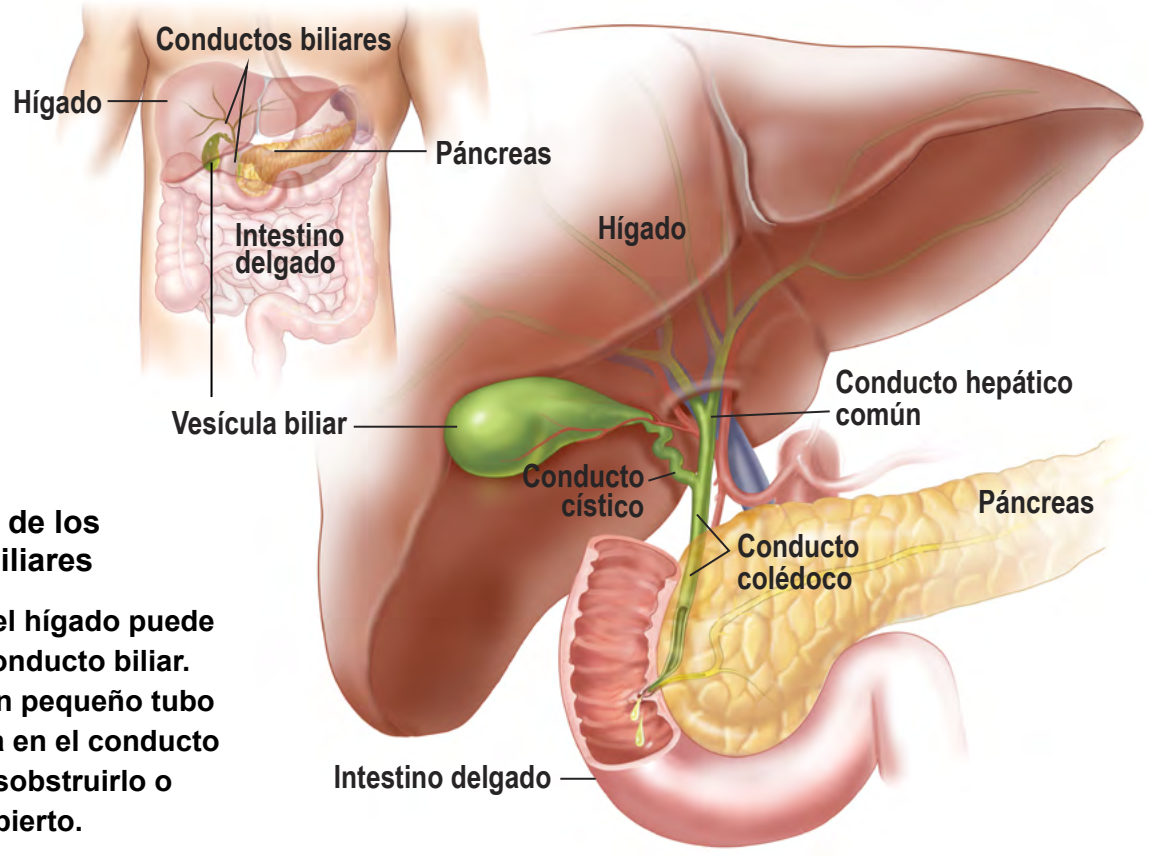
Pueden incluir problemas físicos, mentales y sociales, o tumores secundarios. Cuanto antes se traten los efectos tardíos, mejor. Pregúntele a su equipo de atención médica qué efectos tardíos podrían presentarse. Esto le permitirá saber qué alternativa buscar.

Obstrucción del conducto biliar

Un tumor puede crecer hasta el punto de obstruir un conducto biliar.

Un conducto obstruido provoca la acumulación de bilis en el hígado. Como resultado, es posible que sienta dolor, picazón, molestias o coloración amarillenta de la piel y los ojos. Esto se denomina ictericia. La obstrucción también puede provocar una infección del conducto biliar, denominada colangitis.

Un conducto biliar obstruido puede tratarse mediante la colocación de un *stent* biliar o la realización de un *bypass* biliar.



Obstrucción de los conductos biliares

Un tumor en el hígado puede obstruir un conducto biliar. Un *stent* es un pequeño tubo que se coloca en el conducto biliar para desobstruirlo o mantenerlo abierto.

Un *stent* biliar es un pequeño tubo que se coloca en el conducto biliar para desobstruirlo o mantenerlo abierto. Antes de colocar el *stent*, es posible que sea necesario drenar la bilis a través de una abertura en el costado del cuerpo. Quizás necesite un *stent* nuevo o un segundo *stent* durante el tratamiento contra el cáncer o después de este si el tumor crece.

Un *bypass* biliar es una cirugía para desviar el flujo de bilis del conducto colédoco al intestino delgado. El resultado es que la bilis se desvía, es decir, evita la parte obstruida del conducto.

Drenaje biliar

El drenaje biliar es un procedimiento en el que la bilis se drena directamente del cuerpo. Puede realizarse antes de la cirugía para ayudar a mejorar su salud y después de la cirugía para colaborar en la recuperación. El drenaje biliar puede ser una opción incluso si no puede someterse a una cirugía.

Si tiene cáncer metastásico, este tratamiento también puede recomendarse para mejorar la función hepática y la nutrición, y para reducir el riesgo de infección.

El drenaje biliar requiere una planificación cuidadosa. Su equipo de tratamiento debe analizar y decidir si este es un procedimiento seguro para usted.

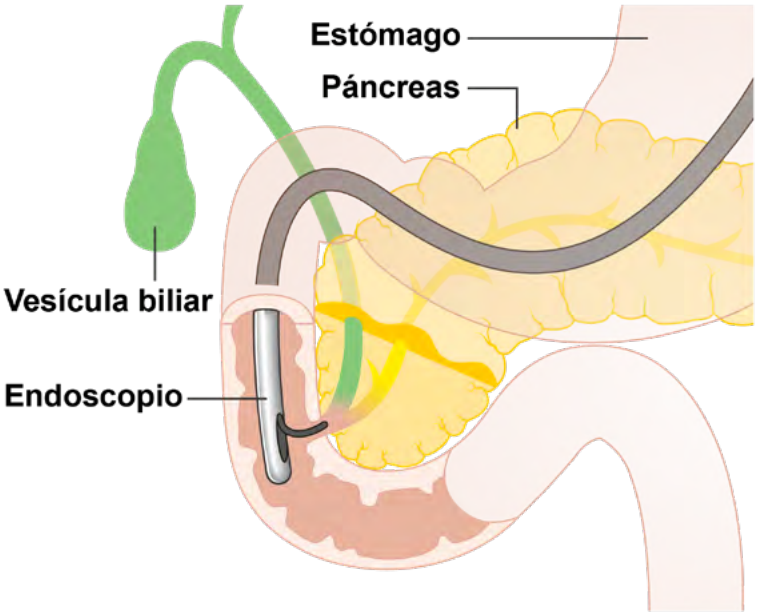
Si es una opción, puede someterse a un drenaje biliar mediante uno de los siguientes métodos.

- El ***bypass* quirúrgico** consiste en conectar la vesícula biliar o el conducto biliar directamente al intestino delgado para drenar el líquido. Sin embargo, esta forma de drenar el líquido se utiliza con poca frecuencia. Conlleva los mismos riesgos que una cirugía mayor.
- En la **colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)**, se utiliza un endoscopio para punzar los conductos biliares y drenar el líquido. El gastroenterólogo puede introducir un *stent* de plástico o metal en la abertura del conducto biliar para que el líquido drene directamente al intestino delgado.

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

El endoscopio punza el conducto biliar obstruido y permite que la bilis fluya normalmente hacia el intestino. En ocasiones, el cirujano utilizará un *stent* para mantener el conducto abierto.

Crédito: Cancer Research UK, CC BY-SA 4.0 vía Wikimedia Commons



La CPRE suele ser ambulatoria y no requiere hospitalización. Sin embargo, los *stents* biliares pueden obstruirse con el tiempo y requerir un reemplazo.

- En la **colangiografía transhepática percutánea (CTP)**, se coloca un *stent* a través de la piel para drenar el líquido. Esta técnica puede utilizarse cuando el endoscopio no puede llegar al conducto biliar obstruido. Por lo general, lo realiza un radiólogo intervencionista como procedimiento ambulatorio que no requiere que permanezca en el hospital.

Colangitis

Cuando un conducto biliar se infecta, esto se conoce como colangitis. Estos son los síntomas:

- Fiebre
- Dolor en el lado derecho del abdomen, cerca de las costillas
- Ictericia

La colangitis puede ser un efecto secundario potencialmente mortal. Si tiene alguno de estos tres síntomas, comuníquese con su equipo de atención médica de inmediato.

Dificultad para comer

A veces, algunos efectos secundarios del cáncer o su tratamiento (cirugía) pueden causar falta de apetito o malestar estomacal (náuseas). También es posible que tenga la boca dolorida.

Comer de forma saludable es importante durante el tratamiento. Incluye consumir una alimentación equilibrada, ingerir la cantidad adecuada de comida y beber una cantidad suficiente de líquidos. Un nutricionista matriculado que sea experto en nutrición y alimentos puede ayudar.

Hable con su equipo de atención médica si tiene problemas para comer o mantener el peso.

Malestar emocional

Es común tener depresión, ansiedad y problemas para dormir; estos son parte normal del diagnóstico de cáncer. Hable con su equipo de atención médica y con aquellas personas con quienes se encuentre a gusto sobre cómo se siente. Hay servicios, personas y medicamentos que pueden ayudar. Pregunte sobre los servicios de apoyo y asesoramiento disponibles.

Fatiga

La fatiga es una sensación de cansancio extremo. Puede ser provocada por el cáncer o puede ser un efecto secundario del tratamiento. Hágale saber a su equipo de atención médica cómo se siente y si la fatiga le impide hacer las cosas que disfruta. Cumplir con una dieta equilibrada, hacer ejercicio, yoga, acupuntura y recibir masajes puede ayudar. Es posible que se solicite una derivación a un nutricionista o dietista para que le brinde ayuda con la fatiga.

Dolor

Informe a su equipo de atención médica si sufre dolores o molestias. Es posible que se reúna con un especialista en cuidados paliativos o un especialista en dolor para controlarlo.

Acumulación de líquido en el abdomen

Si hay una acumulación de líquido en el abdomen debido a un mal funcionamiento del hígado, consulte con su equipo sobre las opciones de tratamiento, como medicamentos (diuréticos) o procedimientos (paracentesis) para eliminar el líquido.

Ictericia

La bilis se produce en el hígado. Contiene bilirrubina, una sustancia de color marrón amarillento que le da a la bilis su color. En ocasiones, un tumor puede obstruir el flujo de la bilis, lo que provoca un aumento de los niveles de bilirrubina en la sangre. La ictericia es la coloración amarillenta de la piel y la parte blanca de los ojos debido a la acumulación de bilirrubina en el organismo.

Los síntomas incluyen picazón y orina oscura. Si el conducto colédoco o el conducto hepático común está obstruido, las heces (materia fecal) pueden volverse blancas.

Si tiene ictericia, es posible que se realice un drenaje biliar para ver si puede ayudar con la obstrucción del conducto biliar.

Puntos clave

- La cirugía es una opción para la mayoría de las personas con cáncer de vesícula biliar y conductos biliares.
- El tratamiento farmacológico sistémico actúa en todo el cuerpo. Incluye quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia.
- El tratamiento directo trata los tumores mediante la inyección de partículas, quimioterapia o microesferas radiactivas directamente en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores.
- La radioterapia utiliza rayos X de alta energía, protones, fotones y otras fuentes para destruir las células cancerosas y reducir los tumores.
- Los ensayos clínicos utilizan el tratamiento estándar combinado con una nueva técnica para tratar su tipo de cáncer.
- Todos los tratamientos para el cáncer causan problemas de salud no deseados llamados efectos secundarios. Informe a su equipo de atención médica sobre cualquier efecto secundario para que se pueda controlar.

Preguntas para hacer

- ¿Cuándo comenzaré el tratamiento?
- ¿Cuánto puede durar el tratamiento?
- ¿Qué tratamientos recomienda y por qué?



Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

4

Cáncer de vesícula biliar

34 Durante la cirugía

34 Durante el análisis anatomopatológico

35 Durante los estudios de diagnóstico por imágenes

36 Tumor resecable

37 Tumor irresecable

38 Cáncer metastásico

39 Progresión del cáncer

40 Puntos clave

40 Preguntas para hacer

El cáncer de vesícula biliar comienza en la capa más interna y crece hacia afuera por las capas de la pared vesicular. El cáncer puede extenderse a venas, arterias, conductos biliares y órganos cercanos, como el hígado. Juntos, usted y su equipo de atención médica elegirán un plan de tratamiento que sea el mejor para usted.

El cáncer de vesícula biliar suele detectarse por casualidad, ya que no siempre causa síntomas. El tratamiento se basa en cómo se detectó el cáncer, si se extendió y si hay cáncer en órganos y vasos sanguíneos cercanos.

El tratamiento principal del cáncer de vesícula biliar es la cirugía. Se le realizarán pruebas y procedimientos para determinar si el tumor se puede extirpar con cirugía.

- **TC multifásica y RM** del abdomen y la zona pélvica con medio de contraste para conocer más sobre el cáncer y si afecta venas, arterias o conductos cercanos.
- **TC de tórax** con o sin medio de contraste para determinar si el cáncer se extendió (hizo metástasis) a los pulmones.
- **Laparoscopía de estadificación** para determinar el estadio del tumor (lo que, a su vez, determina el tratamiento).
- **Análisis de biomarcadores o riesgo genético** para determinar si hay algún medicamento disponible para su tumor.

El tratamiento se basa en si el cáncer se puede extirpar con cirugía (es resecable). Durante este período, es posible que vea a un cirujano.

Durante la cirugía

El cáncer de vesícula biliar podría detectarse por casualidad durante una cirugía por otra causa. Por ejemplo, durante una cirugía para extirpar cálculos biliares sospechosos o por inflamación de la vesícula biliar.

Si se encuentra una masa que parece ser cancerosa en la vesícula biliar durante una cirugía no relacionada, el cirujano podría extraer una muestra y analizarla para detectar cáncer. Si algún ganglio linfático cercano parece tener cáncer, también se extirpará.

Durante el análisis anatomopatológico

Las muestras se enviarán a un laboratorio para su análisis (lo que se denomina análisis anatomopatológico). Un patólogo hepatobiliar experto se encargará de analizar los resultados.

Su equipo de atención médica revisará el informe anatomopatológico para obtener detalles sobre el tamaño y la ubicación del tumor, y si hay signos de cáncer en el conducto cístico, otros conductos o áreas cercanas. La ubicación del tumor o de las células anormales es muy importante para guiar el tratamiento, especialmente la cirugía.

El crecimiento del tumor determina su tipo. Esto se explica a continuación.

Tumor T1a

El tumor T1a ha crecido y atravesado la capa más interna de la pared de la vesícula biliar. Si el tumor es pequeño con márgenes negativos, podría ser más seguro posponer el tratamiento y observar si el tumor presenta cambios. Es posible

que haya escuchado hablar sobre la estrategia de observación o de conducta expectante.

Durante la observación, puede que se indiquen estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de sangre para determinar si el tumor ha crecido.

T1b o más grande

El tumor T1b ha invadido la capa muscular de la pared de la vesícula biliar. En el caso de un tumor T1b o más grande, podría realizarse una cirugía y extirpar parte del hígado, los ganglios linfáticos cercanos y, posiblemente, el conducto biliar.

Si la cirugía no es posible, podría recibir un tratamiento farmacológico sistémico para reducir el tumor hasta que sea seguro someterse a una cirugía. También se recomiendan ensayos clínicos para personas con este tipo de tumor.

Cáncer en el conducto cístico

El conducto cístico conecta la vesícula biliar con el conducto hepático común, que está conectado al hígado.

Es posible que se le realice una cirugía para determinar qué tan grave es el cáncer. También podría recibir tratamiento prequirúrgico con tratamientos farmacológicos sistémicos.

La cirugía suele ser la mejor manera de extirpar los tumores del conducto cístico. Durante el procedimiento, también se extirparía parte del hígado, los ganglios linfáticos cercanos y, posiblemente, el conducto biliar.

Si hay cáncer en el conducto cístico, es posible que reciba tratamiento farmacológico antes de la cirugía (tratamiento preoperatorio) para reducir la cantidad de cáncer o reducir el tamaño del tumor y facilitar la cirugía.

Sin embargo, si un tumor grande ha invadido el hígado o el cáncer está cerca de los ganglios linfáticos, podría recibir quimioterapia prequirúrgica para reducir el tumor antes de la cirugía. Esta puede no ser la mejor opción si existe la posibilidad de que el tumor vuelva a crecer antes de la cirugía.

Un ensayo clínico también es una opción si se encuentra cáncer en el conducto cístico.

Durante los estudios de diagnóstico por imágenes

En ocasiones, se detecta un tumor o una masa en este estudio que se realiza por otras razones médicas. Si en un estudio de diagnóstico por imágenes se sospecha que puede haber cáncer de vesícula biliar, se realizarán más estudios.

Puede ser difícil determinar con exactitud la magnitud del cáncer y su posible extensión utilizando únicamente estudios de diagnóstico por imágenes. Como resultado, la laparoscopía puede servir para determinar la gravedad del cáncer.

Tumor resecable

Un tumor en la vesícula biliar puede extirparse con cirugía. La vesícula biliar (colecistectomía), parte del hígado, algunos ganglios linfáticos y, posiblemente, el conducto biliar se extirparán durante el procedimiento.

La operación de cáncer de vesícula biliar requiere un cirujano especializado. A veces, un tumor no puede extirparse durante la cirugía; por ejemplo, si está envuelto por venas o arterias importantes.

Si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos, los conductos biliares o los órganos, quizás no sea posible extirparlo por completo en una sola cirugía.

En ocasiones, se administra un tratamiento farmacológico sistémico antes de la cirugía para reducir la cantidad de cáncer. Esto puede facilitar la extirpación del tumor con cirugía.

Para conocer las opciones de tratamiento farmacológico sistémico que se administran antes y después de la cirugía, consulte la **Guía 3**.

Guía 3
Opciones de tratamiento farmacológico sistémico antes de la cirugía y después de ella

Antes de la cirugía	Capecitabina con oxaliplatino Durvalumab con gemcitabina y cisplatino FOLFOX (leucovorina, 5-fluorouracilo [5-FU], oxaliplatino) Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino Gemcitabina con cisplatino y paclitaxel
Después de la cirugía	Capecitabina (opción preferida) 5-FU Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino

Tratamiento después de la cirugía

No siempre es posible extirpar todo el cáncer durante la cirugía. Estas son las opciones de tratamiento después de la cirugía:

- Tratamiento farmacológico sistémico (preferido)
- Ensayo clínico (preferido)
- Quimiorradioterapia
- Quimioterapia administrada antes o después de la quimiorradioterapia (menos frecuente)

El tratamiento después de la cirugía destruye cualquier célula cancerosa que pueda haber quedado tras la cirugía. También ayuda a prevenir la reaparición del cáncer (recidiva).

Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que funcionan y pueden ser más seguros que otras terapias. Si recibirá un tratamiento farmacológico sistémico después de la cirugía, la capecitabina es la opción preferida. Para conocer las opciones de tratamiento farmacológico sistémico después de la cirugía, consulte la **Guía 3**.

La observación (o conducta expectante) podría ser una opción en algunos casos.

Vigilancia

Después de completar el tratamiento indicado para la enfermedad extirpable, comenzará la vigilancia. La vigilancia es un período de estudios para detectar signos que indiquen que el cáncer ha regresado. Incluye pruebas del antígeno del cáncer (CA) 19-9 y del antígeno carcinoembrionario (ACE). También incluye una RM/TC multifásica (consulte el Capítulo 2) de tórax y abdomen/zona de la cadera cada 3 a 6 meses durante 2 años, luego cada 6 a 12 meses durante un máximo de 5 años, o según sea necesario.

Tumor irresecable

Algunos tumores de la vesícula biliar no se pueden extirpar con cirugía. Antes de decidir qué tratamiento recibirá, su equipo de atención médica podría realizar pruebas de biomarcadores y análisis genéticos para conocer más sobre su cáncer.

Si el cáncer tiene inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR) o usted tiene antecedentes familiares de mutaciones de los genes *BRCA1* o *BRCA2*, podrían realizar la derivación a un asesor genético.

Opciones de tratamiento

Las opciones de tratamiento dependen del tamaño, la extensión y la ubicación del cáncer, así como de lo que haya disponible en su hospital o centro de tratamiento. Los expertos de NCCN recomiendan tratarse en un centro con experiencia en el cáncer de vesícula biliar.

Estas son las opciones de tratamiento para tumores irresecables:

- Tratamiento farmacológico sistémico (preferido)
- Ensayo clínico (preferido)
- Radioterapia paliativa
- Tratamiento complementario

El tratamiento preferido es el que cuenta con más pruebas de que funciona mejor y puede ser más seguro que otras terapias. Los tratamientos farmacológicos sistémicos o los ensayos clínicos son las opciones de tratamiento preferidas para tumores irresecables.

Otras opciones incluyen radioterapia paliativa y el mejor tratamiento complementario. Cuando la radioterapia se utiliza para reducir los síntomas causados por el cáncer o para prolongar la vida, se denomina radioterapia paliativa. El tratamiento complementario busca aliviar los efectos secundarios del cáncer y su tratamiento.

Para conocer las opciones de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 4**.

Cáncer metastásico

El cáncer de vesícula biliar metastásico es un tipo de cáncer que se ha extendido a zonas distantes del cuerpo, más alejadas de la vesícula biliar. Se realizará una biopsia y un análisis de biomarcadores antes de iniciar el tratamiento.

El tratamiento se basa en el tamaño y la ubicación del cáncer. Estas son algunas de las opciones de tratamiento para el cáncer de vesícula biliar metastásico:

- Tratamiento farmacológico sistémico (preferido)
- Ensayo clínico (preferido)
- Tratamiento complementario

Guía 4
Opciones de tratamiento sistémico para tumores irresecables

Tratamientos preferidos	Durvalumab con gemcitabina y cisplatino Pembrolizumab con gemcitabina y cisplatino
Otros tratamientos recomendados	5-fluorouracilo (5-FU) Capecitabina Capecitabina con oxaliplatino FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino) Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino Gemcitabina con cisplatino y paclitaxel Gemcitabina con oxaliplatino Gemcitabina con paclitaxel Gemcitabina
Tratamientos utilizados en determinados casos	Tratamiento dirigido (consulte la **Guía 2**)

Los tratamientos farmacológicos sistémicos o los ensayos clínicos son las opciones preferidas. El tratamiento complementario se usa junto a otros tratamientos para mejorar la calidad de vida. Para conocer las opciones de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 5**.

Progresión del cáncer

Cuando el cáncer irresecable continúa creciendo (progresa) durante o después del tratamiento sistémico, el oncólogo podría probar otro tratamiento farmacológico sistémico diferente. Para conocer las opciones de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 5**.

En caso de progresión de la enfermedad, el tratamiento preferido es FOLFOX. FOLFOX es una combinación de medicamentos de quimioterapia que incluye 5-fluorouracilo (5-FU), leucovorina y oxaliplatino.

Si el tumor presenta un número alto de mutaciones o una mutación genética específica, como *NTRK*, MSI-H/dMMR, *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E, podría recibir tratamiento farmacológico dirigido a la mutación (consulte la **Guía 2**).

“La esperanza es una parte esencial del proceso oncológico. Porque, si la pierdes, no tienes la fuerza interior que necesitas para luchar”.

Guía 5
Opciones de tratamiento sistémico para el cáncer metastásico o la progresión de la enfermedad

Tratamiento preferido	FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino)
Otros tratamientos recomendados	FOLFIRI (leucovorina, 5-FU, irinotecán)
Tratamientos utilizados en determinados casos	Tratamiento dirigido (consulte la **Guía 2**) Nivolumab

Puntos clave

- El cáncer de vesícula biliar comienza dentro de la vesícula biliar y crece hacia afuera de las capas de la pared vesicular.
- Puede detectarse por casualidad durante una cirugía, un análisis anatomopatológico o un estudio de diagnóstico por imágenes.
- Cuando un tumor impide el drenaje de líquido por los conductos biliares, puede causar ictericia.
- El tratamiento del cáncer de vesícula biliar se basa inicialmente en si el cáncer puede extirparse mediante cirugía.
- El tratamiento del cáncer de vesícula biliar puede incluir cirugía, tratamiento farmacológico sistémico, ensayo clínico, quimiorradioterapia, radioterapia paliativa y tratamiento complementario.
- Los tratamientos farmacológicos sistémicos o los ensayos clínicos son las opciones de tratamiento preferidas para el cáncer de vesícula biliar irresecable o metastásico.
- Si el tumor presenta una gran cantidad de mutaciones o una mutación genética específica, como *NTRK*, inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E, podría recibir tratamiento farmacológico dirigido a la mutación.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después del tratamiento?
- ¿Hay otras opciones de tratamiento para mi cáncer?
- Me gustaría tener una segunda opinión. ¿Me puede recomendar a alguien?

5

Cáncer de los conductos biliares dentro del hígado

42 Pruebas

43 Tratamiento

43 Tumor resecable

45 Tumor irresecable

46 Cáncer metastásico

46 Progresión del cáncer

47 Puntos clave

47 Preguntas para hacer

Tumores que se encuentran dentro de los conductos biliares del hígado. Esto se denomina cáncer de los conductos biliares intrahepáticos. En este capítulo, se describe el tratamiento de estos tumores.

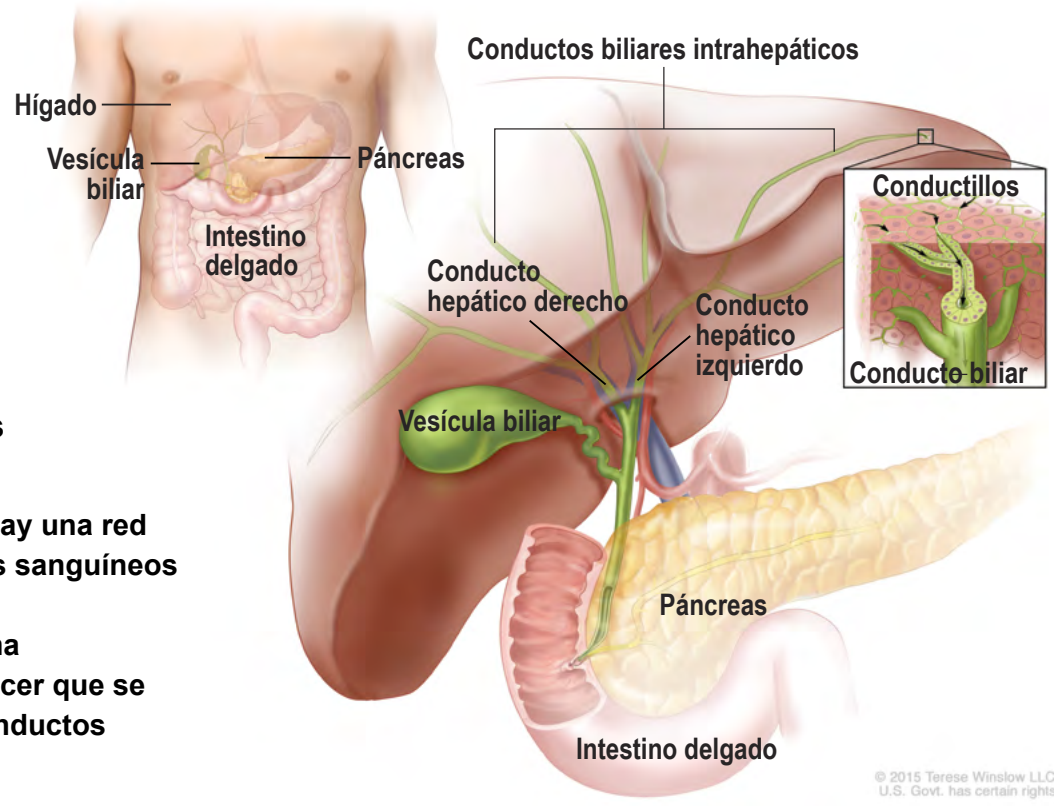
El cáncer de los conductos biliares intrahepáticos es un tipo de cáncer poco común que se forma en los conductos biliares dentro del hígado. Las células del hígado producen y liberan bilis. Esta se desplaza a través de los conductos biliares desde el hígado hasta el intestino.

Las células epiteliales (colangiocitos) recubren los conductos biliares. El crecimiento anormal de estas células puede obstruir los conductos biliares.

Los tumores pueden encontrarse en los conductos biliares intrahepáticos, independientemente del tamaño. El tratamiento del cáncer de los conductos biliares intrahepáticos tiene como objetivo prevenir o retrasar la extensión del cáncer.

Pruebas

Cuando se confirme que el tumor aislado detectado en los estudios de diagnóstico por imágenes no es cáncer de hígado (carcinoma hepatocelular), se le realizarán análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes y procedimientos de endoscopia.



Conductos biliares intrahepáticos

Dentro del hígado, hay una red de conductos, vasos sanguíneos y vasos linfáticos. El colangiocarcinoma intrahepático es cáncer que se encuentra en los conductos biliares del hígado.

Los análisis de sangre medirán el antígeno del cáncer (CA) 19-9, el antígeno carcinoembrionario (ACE), la alfafetoproteína (AFP) y la función hepática. Su equipo de atención médica también verificará si hay una infección viral por hepatitis pasada o actual. La hepatitis es un factor de riesgo para el cáncer de los conductos biliares. Algunos tratamientos para el cáncer pueden despertar (o reactivar) el virus de la hepatitis. Si esto sucede, se puede dañar el hígado.

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir una TC de tórax, una TC multifásica de abdomen y zona pélvica, y una RM multifásica de abdomen y zona pélvica. Los estudios de diagnóstico por imágenes de estas zonas muestran el tamaño del cáncer, si se extendió al hígado o si invadió los ganglios linfáticos o los vasos sanguíneos.

Se reunirá con un cirujano para analizar la cirugía si cumple con estas condiciones:

- Se realiza una biopsia.
- Tiene una salud adecuada para someterse a una cirugía o un trasplante de hígado.
- Si el cáncer se puede extirpar con cirugía.

En ocasiones, el cáncer de los conductos biliares intrahepáticos puede confundirse con cáncer de estómago, intestino delgado o colon que se ha extendido al hígado. Se pueden realizar procedimientos de endoscopia, como una endoscopia gastrointestinal (GI) superior y una colonoscopía para evaluar si el cáncer se ha extendido al hígado en lugar de estar presente en los conductos biliares.

Puede que reciba una derivación a un hepatólogo, un médico especializado en el cuidado del hígado, el tracto biliar, la vesícula biliar y el páncreas.

Tratamiento

El tratamiento se basa en si el tumor:

- no se puede extirpar con cirugía;
- se ha extendido a otras partes del cuerpo.

Si el cáncer no se puede extirpar o se ha extendido a otros órganos, se realizarán pruebas de inestabilidad microsatelital (MSI)/reparación de desajustes (MMR) y de otros biomarcadores.

Las personas con tumores con inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR) o antecedentes familiares que sugieran mutaciones de *BRCA1* o *BRCA2* pueden realizarse análisis genéticos y recibir una derivación a un asesor genético.

Tumor resecable

Algunos tumores de los conductos biliares dentro del hígado se pueden extirpar con cirugía. El objetivo de la cirugía es extirpar el tumor sin dejar cáncer en el margen quirúrgico.

Como este tipo de cáncer se presenta en los conductos biliares dentro del hígado, la cirugía puede incluir la extirpación de una sección del hígado o su totalidad.

Durante la cirugía, podrían extirparse algunos ganglios linfáticos para analizarlos y determinar si tienen cáncer. El cirujano también buscará cáncer en venas, arterias y tejidos cercanos.

La extensión de la cirugía depende del tamaño y la ubicación del tumor. Si el cáncer se ha propagado más allá de los ganglios linfáticos cercanos o a zonas distantes, se podría ofrecer un tratamiento alternativo a la cirugía.

Tratamiento después de la cirugía

El tratamiento después de la cirugía depende del riesgo de reaparición del tumor o de si no se pudo extirpar todo el tumor durante la cirugía.

- Si el margen es negativo (o limpio), no tiene células cancerosas.
- Si el margen es positivo, aún quedan células cancerosas.

Puede encontrar más información sobre los tratamientos farmacológicos sistémicos después de la cirugía en la **Guía 6**.

No queda cáncer

Si no queda cáncer en el margen, las opciones de tratamiento preferidas son un tratamiento farmacológico sistémico o un ensayo clínico. El tratamiento preferido es el que cuenta con más pruebas de que funciona mejor y puede ser más seguro que otras terapias. Después del tratamiento, comenzará la vigilancia.

Se podría considerar la observación (también llamada conducta expectante) en lugar del tratamiento farmacológico sistémico.

Restos de cáncer visible

Si hay restos de cáncer visible, el tratamiento sigue las recomendaciones para el cáncer irresecable. Consulte la sección “Tumor irresecable” en la página siguiente para obtener más información.

Restos de cáncer microscópicos

En algunos casos, todavía hay cáncer, pero solo se puede observar con un microscopio. Para estos tumores, las opciones de tratamiento incluyen el tratamiento farmacológico sistémico (preferido), un ensayo clínico (preferido) o la quimiorradioterapia. La quimioterapia puede administrarse antes o después de la quimiorradioterapia.

Vigilancia

Después de finalizar el tratamiento, comenzará la vigilancia. Este es un período de prueba para detectar la recidiva del cáncer. Durante este período, es posible que le realicen exploraciones por TC y RM y una TC de tórax cada 3 a 6 meses durante 2 años, y luego cada 6 a 12 meses hasta por 5 años, o según sea necesario.

Asegúrese de asistir a todas las visitas de seguimiento con su equipo de atención médica y no omita ninguna cita para estudios de diagnóstico por imágenes.

Guía 6
Opciones de tratamiento sistémico después de la cirugía para el cáncer resecable de los conductos biliares dentro del hígado

Tratamiento preferido	Capecitabina
Otros tratamientos recomendados	5-fluorouracilo (5-FU) FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino) Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino

Tumor irresecable

Algunos tumores no se pueden extirpar por completo con cirugía. Esto puede depender de su ubicación o de la extensión de su crecimiento.

En estos casos, estas son las opciones de tratamiento:

- Tratamiento farmacológico sistémico
- Ensayo clínico
- Quimiorradioterapia
- Tratamiento local/regional, como radioterapia o tratamiento directo
- Tratamiento complementario

Las opciones de tratamiento se basan en sus preferencias y las recomendaciones de su equipo de atención médica. El tratamiento complementario siempre está disponible. También puede intentar inscribirse en un ensayo clínico.

El tratamiento local/regional se centra en una zona concreta del cuerpo. La quimiorradioterapia y el tratamiento farmacológico sistémico también son opciones. Para conocer las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 7**.

Guía 7
Tratamientos farmacológicos sistémicos para el cáncer irresecable y metastásico de los conductos biliares dentro del hígado

Tratamientos preferidos	Durvalumab con gemcitabina y cisplatino Pembrolizumab con gemcitabina y cisplatino
Otros tratamientos recomendados	5-fluorouracilo (5-FU) Capecitabina Capecitabina con oxaliplatino FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino) Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino Gemcitabina con paclitaxel unido a albúmina Gemcitabina con oxaliplatino Gemcitabina
Útil en algunos casos	Tratamiento dirigido (consulte la **Guía 7**)

Cáncer metastásico

El cáncer metastásico de los conductos biliares se ha extendido a otras partes del cuerpo lejos de ellos.

Estas son las opciones de tratamiento para el cáncer metastásico de los conductos biliares dentro del hígado (intrahepáticos):

- Tratamiento farmacológico sistémico (preferido)
- Ensayo clínico (preferido)
- Tratamiento local/regional, como radioterapia o tratamiento dirigido por vía arterial
- Tratamiento complementario

Para conocer las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 7**.

Progresión del cáncer

Si el cáncer de los conductos biliares intrahepáticos metastásico o irresecable sigue creciendo (progresando) durante el tratamiento farmacológico sistémico o después de este, FOLFOX es el próximo tratamiento preferido.

Si el tumor presenta una gran cantidad de mutaciones o una mutación genética específica, como *NTRK*, MSI-H/dMMR, *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E, podría recibir tratamiento farmacológico dirigido a la mutación.

Guía 8
Tratamientos farmacológicos sistémicos para la progresión del cáncer de los conductos biliares dentro del hígado

Tratamiento preferido	FOLFOX (leucovorina, 5-fluorouracilo [5-FU], oxaliplatino)
Otros tratamientos recomendados	FOLFIRI (leucovorina, 5-FU, irinotecán) Gemcitabina
Tratamientos utilizados en determinados casos	Dabrafenib (Tafinlar) Entrectinib (Rozlytrek) Futibatinib (Lytgobi) Ivosidenib (Tibsovo) Larotrectinib (Vitrakvi) Nivolumab (Opdivo) Pemigatinib (Pemazyre) Pertuzumab (Perjeta) Pralsetinib (Gavreto) Regorafenib (Stivarga) Selpercatinib (Retevmo) Trametinib (Mekinist) Trastuzumab (Herceptin) o sustitutos de trastuzumab (biosimilares) como Kanjinti, Ogivri, Herzuma, Ontruzant y Trazimera

Inscribirse en un ensayo clínico también puede ser una opción.

Las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico para el cáncer de los conductos biliares intrahepáticos en progresión se detallan en la **Guía 8**.

Puntos clave

- El colangiocarcinoma intrahepático es un cáncer que se encuentra en los conductos biliares dentro del hígado. También se denomina cáncer de los conductos biliares intrahepáticos.
- El tratamiento se basa en si el cáncer se puede extirpar con cirugía, si no se puede extirpar con cirugía, si se ha extendido a otras partes del cuerpo (metastásico) y también si hay riesgo de que el cáncer reaparezca.
- El cáncer de los conductos biliares dentro del hígado se puede extender a los vasos sanguíneos circundantes. Desde allí, puede propagarse por todo el hígado y las estructuras externas, como el revestimiento que rodea los órganos abdominales.
- Algunas mutaciones pueden tratarse con tratamientos específicos, por ejemplo, las fusiones de los genes *NTRK* y *RET* o las mutaciones de inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/ deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), o mutaciones de *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E.
- El tratamiento complementario alivia los síntomas y puede administrarse junto a otras terapias.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después del tratamiento?
- Me gustaría tener una segunda opinión. ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Qué tipo de cirugía recomienda y por qué?
- ¿Qué sucede si durante la cirugía se determina que no es posible extirpar el tumor?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response

6

Cáncer de los conductos biliares fuera del hígado

49 Pruebas

50 Tratamiento

50 Tumor resecable

52 Tumor irresecable

53 Cáncer metastásico

54 Progresión del cáncer

54 Puntos clave

55 Preguntas para hacer

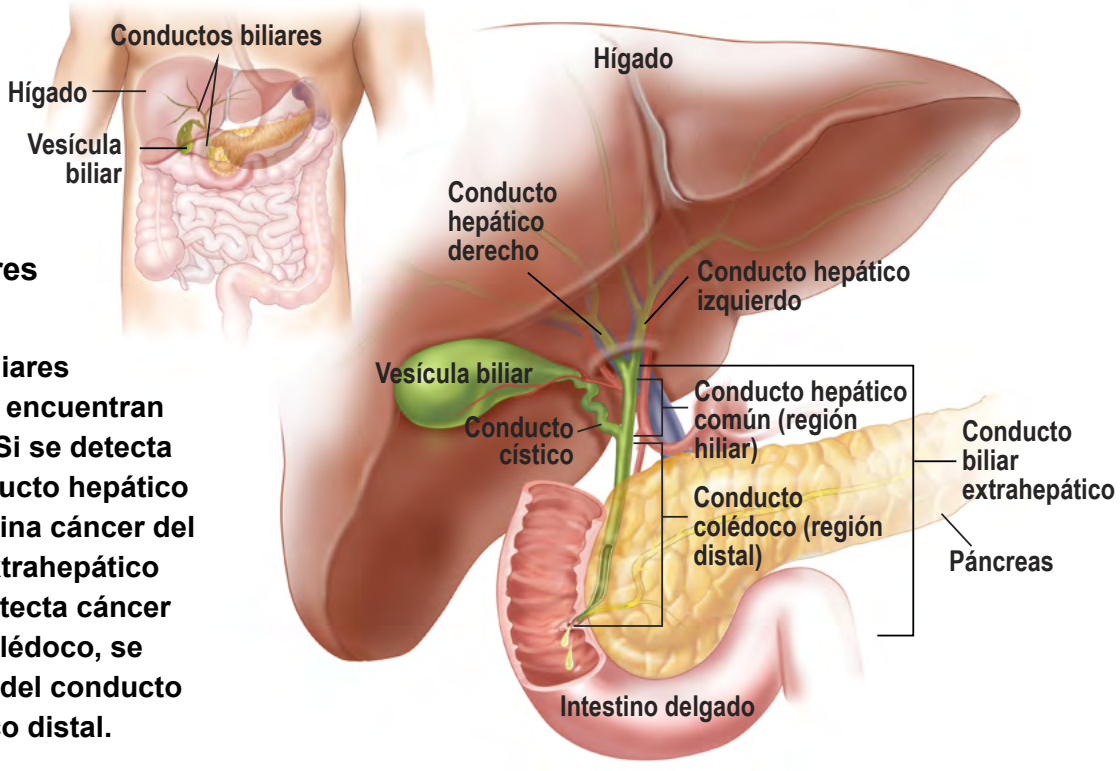
Los conductos biliares extrahepáticos son pequeños tubos que transportan bilis fuera del hígado. Algunos tipos de cáncer se encuentran en el conducto hepático común o en el conducto colédoco. Obtenga más información sobre estos tipos de cáncer de los conductos biliares que pueden desarrollarse fuera del hígado.

Los conductos biliares extrahepáticos son pequeños tubos que transportan bilis fuera del hígado. (Extrahepático significa fuera del hígado). Los conductos se nombran según su ubicación.

- **Conducto hepático común (región hiliar)**: la sección ubicada arriba del conducto cístico que se conecta con el hígado.
- **Conducto colédoco (región distal)**: la sección ubicada abajo del conducto cístico que se conecta con el intestino delgado.
- **Conducto biliar perihiliar**: el conducto que comienza donde los conductos hepáticos derecho e izquierdo se unen fuera del hígado y forman el conducto hepático común. Termina donde el conducto cístico de la vesícula biliar se une para formar el conducto colédoco.

Pruebas

Puede haber una sospecha de cáncer de los conductos biliares fuera del hígado si presenta dolor, ictericia, resultados anormales en las pruebas funcionales hepáticas o si se detecta una obstrucción o tumor en los estudios de diagnóstico por imágenes. De ser así, le realizarán más estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de sangre.



Conductos biliares extrahepáticos

Los conductos biliares extrahepáticos se encuentran fuera del hígado. Si se detecta cáncer en el conducto hepático común, se denomina cáncer del conducto biliar extrahepático perihiliar. Si se detecta cáncer en el conducto colédoco, se denomina cáncer del conducto biliar extrahepático distal.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios pueden incluir una TC de tórax, junto con una TC o RM del abdomen o la zona pélvica. Con los estudios de diagnóstico por imágenes, el equipo de atención médica puede ver el tamaño del cáncer, si se extendió al hígado o si invadió los ganglios linfáticos o los vasos sanguíneos.

También es posible que le realicen un estudio llamado colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para determinar si los conductos biliares están obstruidos. Esto se realizará durante una RM.

Análisis de sangre

Es posible que le realicen análisis de sangre para medir el antígeno del cáncer (CA) 19-9, el antígeno carcinoembrionario (ACE), la función hepática y la IgG4 sérica.

La IgG4 sérica se utiliza para descartar colangitis autoinmune u otras enfermedades relacionadas con la IgG4. La colangitis es una inflamación del conducto biliar. Esta enfermedad del sistema inmunitario puede ser crónica y afectar el hígado y el tracto biliar.

Otros procedimientos

En ocasiones, se realiza una ecografía endoscópica para observar con más detalle los conductos biliares.

Tratamiento

El tratamiento se basa en si el tumor:

- se puede extirpar con cirugía;
- no se puede extirpar con cirugía;
- se ha extendido a otras partes del cuerpo (metastásico).

Tumor resecable

Antes de recibir cualquier tratamiento, es posible que se le realice una laparoscopía de estadificación o una cirugía exploratoria para determinar la extensión y la ubicación del cáncer.

Posteriormente, el equipo de atención médica analizará si la cirugía es segura para usted y si el cáncer puede extirparse. Esto se denomina revisión multidisciplinaria.

Es posible que le realicen un drenaje biliar para drenar el líquido del tracto biliar antes de la cirugía. Durante la cirugía, se extirpan los conductos biliares y los ganglios linfáticos cercanos.

Tumores distales

Los tumores distales se encuentran en el conducto colédoco que pasa por el páncreas. Si el tumor ha invadido el páncreas, puede que deba realizarse la técnica de Whipple.

La técnica de Whipple es una cirugía que extirpa la cabeza del páncreas, la vesícula biliar, la primera parte del intestino delgado, parte del conducto biliar y, con frecuencia, parte del estómago.

Tumores de Klatskin

Los tumores de Klatskin se encuentran en la parte superior del conducto colédoco que se encuentra más cerca del hígado. Es probable que se requiera cirugía para extirpar parte del hígado si hay tumores en esta zona.

Tratamiento después de la cirugía

Este tratamiento depende del riesgo de reaparición del tumor o de si no se pudo extirpar todo el tumor. El objetivo es destruir cualquier célula cancerosa microscópica que haya quedado.

Las siguientes son las opciones de tratamiento después de la cirugía:

- Tratamiento farmacológico sistémico (preferido).
- Ensayo clínico (preferido).
- Quimiorradioterapia (la quimioterapia puede administrarse antes o después de la quimiorradioterapia).
- Observación.

Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que funcionan mejor y pueden ser más seguros que otras terapias. Las opciones de tratamiento farmacológico sistémico después de la cirugía se describen en la **Guía 9**.

No queda cáncer

El margen quirúrgico negativo significa que no se encuentran células cancerosas restantes.

Si no queda ni se detecta cáncer en los ganglios linfáticos regionales, o si el cáncer se encuentra en la ubicación original, las opciones de tratamiento incluyen tratamiento farmacológico sistémico (preferido), ensayo clínico (preferido), quimiorradioterapia u observación (también llamada conducta expectante). Para conocer las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 9**.

Después del tratamiento, comenzará la vigilancia.

Guía 9
Tratamientos farmacológicos sistémicos después de la cirugía para el cáncer resecable de los conductos biliares fuera del hígado

Tratamiento preferido	Capecitabina
Otros tratamientos recomendados	5-fluorouracilo (5-FU) FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino) Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino

Restos de cáncer visible

El margen quirúrgico positivo significa que queda algo de cáncer y que puede observarse sin microscopio. Si hay restos de cáncer visible, el tratamiento sigue las recomendaciones para el cáncer irresecable (consulte la sección “Tumor irresecable”).

Restos de cáncer microscópicos

Si hay cáncer en el margen, pero solo puede observarse con microscopio, o si se lo detecta en los ganglios linfáticos cercanos, las opciones de tratamiento incluyen tratamiento farmacológico sistémico (preferido), ensayo clínico (preferido) o quimiorradioterapia. La quimioterapia puede administrarse antes o después de la quimiorradioterapia.

Después del tratamiento, comenzará la vigilancia.

Vigilancia

La vigilancia es un período de prueba para controlar la reaparición del cáncer. Durante este período, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes cada 3 a 6 meses durante 2 años y, luego, cada 6 a 12 meses hasta por 5 años, o según sea necesario.

Asegúrese de asistir a las visitas de seguimiento con su equipo de atención médica y a las citas para realizarse estudios de diagnóstico por imágenes.

Tumor irresecable

Antes de recibir cualquier tratamiento, se evaluará su caso para determinar si la extirpación quirúrgica del tumor es una opción o si puede recibir un trasplante de hígado.

Si el trasplante de hígado es una opción, recibirá una derivación a un centro especializado en trasplantes antes de realizar una biopsia. Los requisitos del trasplante de hígado se explican en el *Capítulo 3: Tipos de tratamiento*.

Trasplante de hígado

El trasplante de hígado es solo viable para tumores de Klatskin, pero no todas las personas son aptas para este tratamiento. Requiere una visita temprana a un centro especializado que realizará la operación. Recibirá tratamiento y estadificación operatoria antes del trasplante.

Tratamiento

Si el trasplante de hígado no es una opción, existen diversas opciones de tratamiento para los tipos de cáncer de los conductos biliares irresecables fuera del hígado. Por ejemplo:

- Tratamiento farmacológico sistémico
- Ensayo clínico
- Quimiorradioterapia
- Combinación de quimioterapia y quimiorradioterapia
- Radioterapia paliativa
- Tratamiento complementario

Pregunte a su equipo de atención médica por qué un tratamiento podría funcionar mejor en su caso y qué esperar de este.

Tratamiento farmacológico sistémico

Si tiene ictericia, es posible que le realicen un drenaje biliar antes de comenzar el tratamiento farmacológico sistémico.

El tratamiento farmacológico sistémico preferido es durvalumab (o pembrolizumab) con gemcitabina y cisplatino. También se recomiendan muchos otros tratamientos. Para conocer todas las opciones de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 10**.

Cáncer metastásico

El cáncer metastásico de los conductos biliares se ha extendido a partes del cuerpo lejos de los conductos biliares.

El líquido puede obstruir los conductos biliares y causar ictericia. Si tiene ictericia, primero se tratarán y drenarán los conductos biliares obstruidos.

Es posible que se realice una biopsia para confirmar que se trata de cáncer de los conductos biliares (y no de otro tipo).

El tratamiento complementario siempre es una opción. También puede considerar la posibilidad de inscribirse en un ensayo clínico. Para conocer las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 10**.

Guía 10
Tratamientos farmacológicos sistémicos para el cáncer irresecable y metastásico de los conductos biliares fuera del hígado

Tratamientos preferidos	Durvalumab con gemcitabina y cisplatino Pembrolizumab con gemcitabina y cisplatino
Otros tratamientos recomendados	Gemcitabina con cisplatino (preferido) 5-fluorouracilo (5-FU) Capecitabina Capecitabina con oxaliplatino FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino) Gemcitabina Gemcitabina con capecitabina Gemcitabina con cisplatino y paclitaxel Gemcitabina con paclitaxel Gemcitabina con oxaliplatino
Tratamiento utilizado en determinados casos	Tratamiento dirigido (consulte la **Guía 7**)

Progresión del cáncer

Si el cáncer de los conductos biliares extrahepáticos metastásico o irresecable continúa creciendo (progresando) durante el tratamiento farmacológico sistémico o después de este, FOLFOX es el próximo tratamiento preferido. FOLFOX es una combinación de medicamentos de quimioterapia que incluye 5-fluorouracilo (5-FU), leucovorina y oxaliplatino.

Si el tumor presenta una gran cantidad de mutaciones o una mutación genética específica, como *NTRK*, inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E, podría recibir tratamiento farmacológico dirigido a la mutación.

Inscribirse en un ensayo clínico también puede ser una opción.

Para conocer las opciones específicas de tratamiento farmacológico sistémico, consulte la **Guía 11**.

Puntos clave

- Los conductos biliares extrahepáticos son pequeños tubos que transportan bilis fuera del hígado. Incluyen el conducto hepático común y el conducto colédoco.
- El cáncer de los conductos biliares extrahepáticos es un tipo de cáncer poco frecuente que se encuentra en los conductos biliares fuera del hígado.
- Existen dos tipos de cáncer de los conductos biliares extrahepáticos: perihiliar y distal.
- El tratamiento se basa en si el cáncer se puede extirpar con cirugía, si no se puede extirpar con cirugía, si se ha extendido a otras partes del cuerpo (metastásico) y también si hay riesgo de recidiva.
- Si el tumor presenta una gran cantidad de mutaciones o una mutación genética específica, como *NTRK*, inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)/deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), *FGFR2*, *IDH1* o *BRAF* V600E, podría recibir tratamiento farmacológico dirigido a la mutación.

Guía 11
Tratamientos farmacológicos sistémicos para la progresión del cáncer de los conductos biliares fuera del hígado

Tratamiento preferido	FOLFOX (leucovorina, 5-FU, oxaliplatino)
Otros tratamientos recomendados	FOLFIRI (leucovorina, 5-FU, irinotecán)
Tratamientos utilizados en determinados casos	Tratamiento dirigido (consulte la **Guía 7**) Nivolumab Lenvatinib con pembrolizumab

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son las posibilidades de que reaparezca el cáncer después del tratamiento?
- Me gustaría tener una segunda opinión. ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de este tratamiento?

¿Cuál es el siguiente paso?

El tratamiento del cáncer implica mucho más que simplemente intentar curarlo. También implica aliviar el dolor o el malestar emocional para tratar a un paciente con cáncer. Esto se denomina tratamiento complementario y se explica en el siguiente capítulo.

7

Tratamiento complementario y otra asistencia

57 Tratamiento complementario

59 Preocupaciones económicas

59 Supervivencia

59 Planificación anticipada de la atención

61 Puntos clave

61 Preguntas para hacer

Hay muchas opciones de apoyo y asistencia a su disposición. En este capítulo, se describen algunas de estas opciones de asistencia. Considere las siguientes recomendaciones.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se conoce como cuidados paliativos.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, como el dolor y la fatiga relacionada con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pago de la atención médica
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida



Considerar la calidad de vida

El término “calidad de vida” se utiliza mucho en la atención oncológica. Se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en las actividades habituales.

Para algunas personas, el tratamiento agresivo del cáncer puede prolongar su existencia, pero reducir su calidad de vida. Esta es una de las razones por las que la calidad de vida debe tenerse muy en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento del cáncer.

Ansiedad y depresión

Muchas personas con cáncer de vesícula biliar o conductos biliares presentan síntomas de malestar emocional, como ansiedad y depresión. Es posible que sienta ansiedad durante las pruebas o que padezca depresión durante una parte difícil del tratamiento, o porque su vida ya no es la misma que antes del cáncer.

Informe a su equipo de atención si tiene estos síntomas para que puedan brindarle ayuda.

La ayuda puede incluir grupos de apoyo, psicoterapia o medicamentos. En su centro oncológico, encontrará orientadores de pacientes, trabajadores sociales y otros expertos que pueden ayudarlo. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o relajándose.

Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que están pasando o han pasado por experiencias similares.

Los grupos de apoyo suelen incluir a personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras que otras pueden haber terminado el tratamiento. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer en su hospital o su comunidad, consulte los recursos en Internet que aparecen en la sección “Otros recursos” de esta guía.



Cuestiones en las que pensar a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento

Considere todas las opciones. No hay respuestas “correctas”.
La decisión correcta es la mejor para usted. Considere:

Sus preferencias personales	frente a	Las recomendaciones de los profesionales de atención médica
Recibir un tratamiento definitivo	frente a	Mantener abiertas otras opciones de tratamiento
Longevidad	frente a	Calidad de vida
Viajar para recibir el tratamiento	frente a	Quedarse cerca del hogar y la familia
Recibir más tratamiento	frente a	Tener más efectos secundarios
Someterse ahora a un tratamiento estándar cubierto por su plan de salud	frente a	Esperar un tratamiento especializado, que requiere la aprobación de su plan de salud

Informe a su médico si tiene sentimientos inusuales de tristeza, pérdida de interés por las actividades, ansiedad y problemas para dormir. Muchas personas tienen estos sentimientos y no deben quedar sin tratamiento".

Preocupaciones económicas

El tratamiento del cáncer puede tener un costo económico abrumador. Por eso, muchas personas con cáncer y sus seres queridos tienen dificultades para hacer frente al costo del tratamiento.

Para empeorar las cosas, es posible que falte al trabajo durante el tratamiento o se quede sin empleo. También puede tener problemas para pagar o conseguir medicamentos. Quizás tenga un seguro de salud modesto o no tenga uno.

Si tiene problemas para pagar la comida, la vivienda, el tratamiento, la atención de seguimiento y otros gastos, o tiene dificultades para acudir a las citas, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, el orientador de pacientes y el personal de servicios financieros del hospital. Ellos pueden brindarle ayuda para encontrar asistencia económica y opciones de transporte.

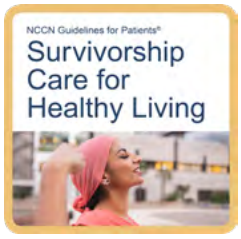
También puede hablar con su equipo de atención médica sobre los problemas que tenga con el trabajo, el seguro médico o las finanzas. En el plan de tratamiento, su equipo puede incluir información para que pueda gestionar sus finanzas y costos médicos. Si sus médicos y cuidadores no hablan de cómo pagar el tratamiento, está bien que usted les pregunte antes.

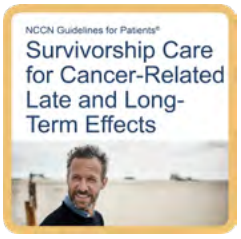
Supervivencia

La supervivencia se centra en la salud y el bienestar de una persona con cáncer desde el diagnóstico hasta el final de su vida. Esto incluye los efectos físicos, mentales, emocionales, sociales y económicos del cáncer que comienzan en el momento del diagnóstico, continúan durante el tratamiento y surgen posteriormente.

La supervivencia también incluye preocupaciones por los cuidados de seguimiento, los efectos tardíos del tratamiento, la recidiva del cáncer y la calidad de vida. El apoyo de familiares, amigos y cuidadores también es una parte importante de la supervivencia.

Consulte más información sobre la supervivencia en *NCCN Guidelines for Patients: Atención a los sobrevivientes para una vida saludable* y *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*, disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.





Planificación anticipada de la atención

Cuando el cáncer se diagnostica en una fase avanzada o sigue avanzando a pesar de todos los esfuerzos de tratamiento, puede ser el momento de plantearse qué le espera en el futuro. Incluso cuando el cáncer es curable, se debe empezar a hablar del futuro al iniciar el tratamiento. Este análisis de lo que es importante para usted se denomina planificación anticipada de la atención.

La planificación anticipada de la atención es para todos, no solo para las personas que están

muy enfermas. La planificación anticipada de la atención significa decidir qué cuidados desearía recibir en caso de no poder tomar decisiones médicas por su cuenta. Es una manera de cerciorarse de que sus deseos se entiendan y se respeten.

El objetivo es que usted reciba los mejores cuidados posibles al final de su vida. Los pacientes con cáncer incurable pueden establecer con tiempo una planificación anticipada de la atención que les ayude a sentirse menos estresados y más capaces de afrontar su enfermedad.

El proceso de planificación anticipada de la atención médica comienza con una conversación franca y honesta con su equipo de atención médica sobre su pronóstico, lo que puede experimentar en los próximos meses y los medicamentos o tratamientos que pueden ofrecerle la mejor calidad de vida.

La calidad de vida se refiere al disfrute general de la vida de una persona, incluida su sensación de bienestar y su capacidad para participar en sus actividades habituales. Esta conversación debe incluir a personas importantes en su vida, como su cónyuge o pareja y los familiares o amigos que probablemente estén a su lado al final de su vida.

Deje en claro sus deseos. Es importante que todos comprendan claramente los objetivos de su atención y sus deseos personales sobre lo que debe hacerse y lo que no. Puede decidir si hay un punto en el que desee interrumpir el tratamiento del cáncer. También puede decidir qué tratamientos desea para aliviar los síntomas.

Una vez que haya tomado estas decisiones, deberá completar un documento legal en el que se explique lo que desea que se haga en caso de que no pueda comunicárselo por su cuenta a su equipo de atención médica. Este documento se denomina voluntad anticipada. Los profesionales de atención médica están obligados a seguir las instrucciones de una voluntad anticipada cuando su enfermedad esté demasiado avanzada para tomar decisiones sobre su atención.

Informe a su equipo de atención médica y a su familia sobre su voluntad anticipada y su contenido. Entregue una copia de sus voluntades anticipadas a todos sus médicos. Asegúrese de entregar una copia a cualquier persona a la que haya autorizado a tomar decisiones en su nombre (apoderado para asuntos médicos).

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo.

Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que están pasando o han pasado por experiencias similares.



Si su familia o sus seres queridos no están de acuerdo con su planificación, hable con su equipo de atención médica. A veces, ellos u otros especialistas pueden ayudarlos a usted y a su familia a superar estas difíciles conversaciones.

Puede modificar su plan anticipado de atención en cualquier momento. Las conversaciones frecuentes con su equipo de atención médica pueden ser de gran ayuda.

Consideraciones para el final de la vida

Los cuidados al final de la vida proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a las personas que están cerca del final de la vida, así como a sus seres queridos. El objetivo es el bienestar, no la curación. También pueden denominarse cuidados paliativos o cuidados terminales.

Tenga en cuenta que los cuidados paliativos son un tipo especial de atención al final de la vida. Los cuidados terminales se refieren específicamente a una prestación del seguro para personas con una esperanza de vida de 6 meses o menos. Los cuidados terminales ayudan a las personas que se encuentran al final de la vida mediante proveedores de cuidados y recursos adicionales, como la atención domiciliaria.

El objetivo de los cuidados al final de la vida es dar a las personas la mejor vida posible en el tiempo que les queda. Los cuidados pueden prestarse en el hogar, en un centro de cuidados paliativos o incluso en el hospital. Uno de los principales objetivos es que no sienta dolor y asegurarse de que pueda dejar este mundo cómodamente y con dignidad.

Los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y capellanes especializados en cuidados paliativos son expertos en ayudar a los pacientes a superar los desafíos espirituales y emocionales que supone afrontar el final de la vida.

Proporcionar apoyo a los familiares es una parte fundamental de los cuidados paliativos. La mayoría de los programas ofrecen asesoramiento y grupos de apoyo a los familiares, incluso después de la muerte del paciente. Esto se conoce como duelo. Puede ser muy reconfortante saber que sus seres queridos contarán con ese tipo de apoyo cuando usted ya no esté.

Puntos clave

- Un grupo de apoyo ofrece la oportunidad de hablar con otras personas que han pasado por experiencias similares.
- Para obtener ayuda económica y opciones de transporte, hable con el trabajador social de su equipo de atención médica, el orientador de pacientes y el personal de los servicios financieros del hospital.
- La planificación anticipada de la atención se realiza para garantizar que se comprenden y respetan sus deseos del final de la vida.

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué asistencia existe para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Quién puede informarme sobre mis opciones de seguro médico y ayudarme a solicitar cobertura?
- ¿Cuánto debo pagar por mi tratamiento? ¿Qué ayuda existe para pagar los medicamentos y otros tratamientos?
- ¿Cómo me conecto con otras personas para crear un sistema de apoyo?

8
Otros recursos

63 Qué más hay que saber

63 Qué más hacer

63 Dónde obtener ayuda

63 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Conocer los detalles del tratamiento y sus efectos secundarios.
- Formar parte de un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar un oncólogo que sea experto en cáncer de vesícula biliar o conductos biliares.
- Lidiar con otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Cholangiocarcinoma Foundation
cholangiocarcinoma.org

Gallbladder Cancer Foundation
gallbladdercancer.org

Imerman Angels
imermanangels.org

TargetCancer Foundation
targetcancer.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Cómo puedo encontrar un servicio de transporte para ir a las citas y regresar de ellas?
- ¿Hay alguna forma de combinar las citas?
- ¿Cómo puedo encontrar a alguien que se quede conmigo después de la cirugía?



Palabras que debe conocer

anatomopatólogo
Profesional de atención médica experto en examinar tejidos y células para detectar enfermedades.

antígeno carcinoembrionario (ACE)
Una proteína que está presente cuando se forman algunos tipos de cáncer.

antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9)
Proteína producida por ciertas células cancerosas que se encuentra en la sangre.

aspiración con aguja fina
Extirpación de una muestra de tejido con una aguja delgada.

bilirrubina
Sustancia de color marrón amarillento que forma parte de un líquido digestivo llamado bilis.

bilis
Líquido de color marrón amarillento producido por el hígado que ayuda a digerir los alimentos.

biopsia
Procedimiento mediante el cual se toman muestras de fluidos o tejidos para analizarlas y detectar una enfermedad.

catéter
Dispositivo en forma de tubo que se usa para administrar tratamiento o drenar líquido del cuerpo.

cirujano oncólogo
Experto en la realización de procedimientos quirúrgicos en pacientes con cáncer.

colangiografía
Radiografía de los conductos biliares.

colangiografía transhepática percutánea (CTP)
Procedimiento para visualizar el tracto biliar mediante una radiografía y la posible colocación de un catéter para drenar líquido de tracto biliar.

colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)
Prueba que usa ondas de radio e imanes potentes para tomar imágenes del páncreas y los conductos biliares.

colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
Procedimiento en el que se usa un endoscopio y radiografías para obtener imágenes de los conductos pancreáticos y los conductos biliares.

colonoscopía
Procedimiento para revisar el interior del colon con un dispositivo que se guía a través del ano.

conducto biliar
Estructura pequeña en forma de tubo que drena el líquido digestivo (bilis) desde el hígado.

ecografía
Prueba que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

ecografía endoscópica
Procedimiento que toma imágenes detalladas del sistema digestivo y los tejidos cercanos con un dispositivo que pasa por una abertura natural.

efecto secundario
Respuesta física o emocional insalubre o desagradable frente al tratamiento.

embolización
Tratamiento que obstruye el suministro de sangre a los tumores con microesferas que se introducen en un vaso sanguíneo.

endoscopia gastrointestinal (GI) superior
Procedimiento en el que se usa un dispositivo por la garganta para detectar cáncer y otras anomalías en la mucosa del esófago, el estómago y la parte superior del intestino delgado.

endoscopio
Dispositivo delgado en forma de tubo que se pasa a través de una abertura natural y se usa para ver el interior del cuerpo.

ganglio linfático
Estructuras pequeñas que combaten enfermedades y se encuentran por todo el cuerpo.

gastroenterólogo
Profesional de atención médica experto en enfermedades digestivas.

ictericia
Piel o parte blanca de los ojos amarillentos debido a la acumulación de bilirrubina en el organismo.

inestabilidad microsatelital (MSI)
Errores cometidos en partes pequeñas y repetidas del ADN durante el proceso de copia debido a un sistema de reparación anormal.

inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)
Mutaciones en el 30 % o más de los microsatélites.

inmunoterapia
Tratamiento con medicamentos que ayudan al cuerpo a encontrar y destruir las células cancerosas.

laparoscopía
Uso de un instrumento delgado que se introduce a través de un corte hecho en la zona del vientre (abdomen).

linfa
Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

marcador tumoral
Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

margen negativo
Tejido alrededor del borde de un tumor extirpado durante la cirugía que no presenta cáncer.

margen positivo
Tejido extirpado durante la cirugía que incluye cáncer microscópico o visible.

medio de contraste
Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman durante los estudios de diagnóstico por imágenes sean más claras.

metástasis
Diseminación de células cancerosas del primer tumor (primario) a un punto nuevo en el cuerpo.

mutación
Cambio anormal.

oncólogo
Profesional de atención médica experto en el tratamiento del cáncer.

procedimiento mínimamente invasivo
Procedimiento que utiliza pequeñas incisiones o un instrumento que se coloca en una abertura hecha en el cuerpo para reducir el daño al tejido corporal.

progresión
Crecimiento o diseminación del cáncer después de las pruebas o el tratamiento.

pronóstico
Evolución o resultado probables de una enfermedad de acuerdo con las pruebas.

quimioembolización
Tratamiento que obstruye el suministro de sangre a los tumores y que inyecta una combinación de quimioterapia en el tumor.

quimiorradioterapia
Tratamiento con una combinación de quimioterapia y radioterapia.

quimioterapia
Fármacos que eliminan las células de rápida división en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como algunas de las normales.

radiólogo intervencionista
Profesional de atención médica experto en estudios de diagnóstico por imágenes y en el uso de instrumentos guiados por imágenes para realizar técnicas mínimamente invasivas de diagnóstico o tratamiento de enfermedades.

radioterapia (RT)
Tratamiento que utiliza rayos de alta energía.

radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)
Tratamiento con radiación en dosis altas en una o pocas sesiones. También conocido como radioterapia clásica.

radioterapia de haz externo (RTHE)
Radioterapia que se aplica desde un equipo que se encuentra fuera del cuerpo.

recidiva
Reaparición del cáncer después de un período libre de la enfermedad.

RM
Prueba que usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

TC
Prueba que combina diferentes rayos X para tomar imágenes del interior del cuerpo.

TEP
Estudio que utiliza material radioactivo para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tratamiento complementario
Atención médica que incluye el alivio de los síntomas, pero no el tratamiento del cáncer. También se le llama cuidados paliativos.

tratamiento directo
Tratamiento con partículas, quimioterapia o microesferas radiactivas que se inyectan directamente en los vasos sanguíneos que irrigan los tumores. También se conoce como tratamiento dirigido por vía arterial.

tratamiento dirigido
Fármacos que detienen el proceso de crecimiento específico de las células cancerosas.

tratamiento primario
Tratamiento principal que se utiliza para eliminar el cáncer del cuerpo.

vesícula biliar
Pequeño órgano que almacena el líquido digestivo (bilis) desde el hígado.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en las NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer del tracto biliar, versión 1.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Tim Rinehart, máster en Ciencias
Redactor médico

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer del tracto biliar, versión 1.2026, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Al B. Benson III, presidente
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dr. Michael I. D'Angelica, vicepresidente
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Aijaz Ahmed
Stanford Cancer Institute

Dr. Mehmet Akce
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Daniel A. Anaya
Moffitt Cancer Center

Dr. Robert Anders, doctor en Medicina
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Chandrakanth Are, licenciado en Medicina y Cirugía, máster en Dirección de Empresas
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Lydia Aye, doctora en Osteopatía
UC Davis Comprehensive Cancer Center

* Melinda Bachini
Cholangiocarcinoma Foundation

Dr. Marshall Baker, máster en Dirección de Empresas
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. David Binder
University of Colorado Cancer Center

Dr. Adam Burgoyne, doctor en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. Jason Castellanos, máster en Ciencias
Fox Chase Cancer Center

Dr. Saurin Chokshi
St. Jude's Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center

Dr. James Cleary, doctor en Medicina
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center

Dr. Jordan Cloyd
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dr. Darren Cullinan, máster en Ciencias de la Investigación
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

* Dr. Joseph Franses, doctor en Medicina
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. William Harris
Fred Hutchinson Cancer Center

* Dr. Lawrence Jennings, doctor en Medicina
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dra. R. Kate Kelley
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Sajid Khan
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

* Mridula Krishnan
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. Matthew Levine, doctor en Medicina
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dra. Laleh Melstrom, máster en Ciencias
City of Hope National Medical Center

Dra. Manisha Palta
Duke Cancer Institute

Dr. Steven Raman
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Sean Ronnekleiv-Kelly
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Vaibhav Sahai, licenciado en Medicina y Cirugía, máster en Ciencias
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Kevin Stephans
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Kannan Thanikachalam
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dra. Anita Turk
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. Jean-Nicolas Vauthey
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Alan P. Venook
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Motoyo Yano, doctora en Medicina
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Adam Yopp
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Ken Zhao
Memorial Sloan Kettering Cancer Center Index

NCCN

Cindy Hochstetler, doctora en Medicina
Científica especializada en Oncología/redactora médica sénior

Ryan Schonfeld, licenciado en Economía
Gerente, Procesos de Desarrollo de la Guía

MaryElizabeth Stein, doctora en Medicina
Científica adjunta/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

bilirrubina 23, 26, 32, 65-66

bilis 3-6, 8-16, 19-20, 22, 23, 26, 29-32, 34-36, 40, 42-47, 49-54, 57, 63, 65, 67

biomarcadores 16

biopsia 12-13, 15-17, 20, 38, 43, 52-53, 65

cirugía 20, 25, 36, 44, 51

colangiocarcinoma 42, 47, 63

colangiografía transhepática percutánea 65

colangiopancreatografía por resonancia magnética 11, 50, 65

colangiopancreatografía retrógrada endoscópica 30, 65

colangitis 6, 29, 31, 50

colecistectomía 22, 36

drenaje biliar 30, 32, 50, 53, 70

ecografía 12-13, 15, 50, 65

ecografía endoscópica 12-13, 50, 65

efectos secundarios 19-20, 25-29, 31-32, 38, 55, 57-58, 63

embolización 26, 65

ensayos clínicos 27-28

hepatitis 14-15, 43

ictericia 14, 23, 29, 32, 40, 49, 53, 66

inmunoterapia 19, 24-25, 32, 66

laparoscopía 34-35, 50, 66

linfadenectomía 23

margen quirúrgico 21, 43, 51-52

quimioembolización 26

quimiorradioterapia 37, 40, 44, 51-52, 66

radioterapia 19-20, 26-27, 37-38, 40, 45-46, 52, 66-67

RM 10-12, 50

TEP 9, 11

trasplante de hígado 22-23, 26, 43, 52

tratamiento complementario 20, 26, 38, 40, 55, 67

tratamiento directo 19, 25-26, 45-46, 67

tratamiento dirigido 16, 19, 24, 32, 67

tratamiento dirigido por vía arterial 19, 25-26, 46, 67

tratamiento farmacológico sistémico 20, 24, 35-40, 44-47, 51-54



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de vesícula biliar y conductos biliares



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

NCCN Foundation agradece profundamente a los siguientes colaboradores por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AstraZeneca, Eisai Inc. y Taiho Oncology, Inc.

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1986-1126