



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C.

COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

COLANGIOCARCINOMA

MÉXICO D.F. OCTUBRE DEL 2014





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

AUTORES	ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN	ÁREA LABORAL
Dr. Carlos Chan Núñez Coordinador de Guía	Cirujano Hepato- Pancreato-Biliar	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Jefe del Servicio de Cirugía de Páncreas
Dr. Alfonso Ricardo Bandín Musa Supervisor de Guía	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dr. Israel Villalobos Blásquez	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dra. Adriana Torres Machorro	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General





1.- CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos familiares, Médicos internistas, Cirujanos generales, Gastroenterólogos
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	COLANGIOCARCINOMA CLAVE CIE 10 C 22.1
CATEGORÍA DE GPC	Primer y segundo nivel de atención.
USUARIOS POTENCIALES	Personal de la salud perteneciente a la AMCG en forma Inicial.
ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y mujeres > 18 años.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Resumen de datos de HC, la semiología, Dx., Dx. Dif. y tratamiento de la patología a tratar.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Se espera que con esta guía se unifiquen criterios para la atención de esta patología y con esto mejorar los resultados a corto, mediano y largo plazo de estos pacientes, disminuir la morbi-mortalidad inherente a esta enfermedad.
METODOLOGIA	<p>Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencias. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistematizada de la literatura. Búsqueda de bases de datos electrónicas. Búsqueda de otras guías en centros de elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura. Numero de fuentes documentales revisadas 6 Guías seleccionadas : 1 guías de Estados Unidos de la “American Joint Comitee on cáncer”</p> <p>Consenso de expertos. Validación de protocolos de búsqueda por el comité de enseñanza e investigación de la AMCG. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y Recomendaciones de las Guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistematizada de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones. Emisión de evidencias y recomendaciones (ver anexos).</p>
METODO DE VALIDACION Y ADECUACION	<p>Validación de protocolos de búsqueda. Método de validación de la GPC: validación por pares. Validación interna: comité de enseñanza e investigación de la AMCG. Prueba de campo: territorio de la República Mexicana.</p>





Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de práctica clínica.
-----------------------------	--





2.- INTRODUCCIÓN

3.- ASPECTOS GENERALES

El colangiocarcinoma (CC) es una neoplasia epitelial que surge de diferentes partes del árbol biliar, la clasificación más actual los divide en intra-hepáticos peri-hiliares y distales. El colangiocarcinoma intra-hepático (CCIH) es el que está localizado dentro del hígado después de la división de los conductos hepáticos secundarios, el colangiocarcinoma peri-hiliar (CCPH) está entre los conductos hepáticos secundarios y la unión del conducto cístico con el conducto hepático común y el colangiocarcinoma distal (CCD) está entre el conducto cístico y el ampulla de Váter sin incluir los tumores ampulares.

El CC es un tumor de gran variabilidad genética y diferencias en su biología lo cual hace que el tratamiento médico o quimioterapia sea de muy baja utilidad dejando el tratamiento quirúrgico como única opción curativa. Dependiendo de su localización puede ser desde resección parcial de la vía biliar, pancreatoduodenectomía, resección hepática y recientemente para los casos seleccionados de CCPH el trasplante hepático ofrece una mejor sobrevida.

De todos los CC el CCPH representa el 50%, el CCD 40% y el CCIH menos del 10% de los casos reportados, existe también un tipo llamado mixto colangiocarcinoma-carcinoma hepatocelular que se presenta en menos del 1%. Debido a que el tratamiento del CCIH es muy parecido al del hepatocarcinoma no se tratará en esta guía, nos enfocaremos en los tumores peri-hiliares y distales.

El tratamiento definitivo de estas patologías está más allá del alcance de esta guía la cual está dirigida al cirujano general, quien debe conocer el diagnóstico oportuno para su temprana referencia a centros especializados.

3.1 Justificación:

Debido a la alta mortalidad de esta patología de la vía biliar y al bajo índice de sospecha, sus múltiples diagnósticos diferenciales y ya que el tratamiento se debe hacer en centros especializados con equipos multidisciplinarios es de gran importancia para el cirujano general que entienda el cómo hacer el diagnóstico oportuno y la referencia óptima del paciente para mejorar su sobrevida.

3.2 Objetivos:

Establecer una guía de práctica clínica clara sobre el diagnóstico y el abordaje inicial de los CCPH y CCD, enfocado en la diagnóstico oportuno del paciente y la referencia temprana a centros especializados.





Definiciones

Colangiocarcinoma: Neoplasia maligna de origen epitelial de los conductos biliares.

Colangiocarcinoma intra-hepático: Es aquel colangiocarcinoma que se encuentra después de los conductos biliares secundarios, dentro del hígado.

Colangiocarcinoma peri-hiliar: Es aquel colangiocarcinoma que se encuentra entre los conductos biliares secundarios y la unión del conducto cístico con el conducto hepático común.

Colangiocarcinoma distal: Es aquel colangiocarcinoma que se encuentra después del conducto cístico hasta antes del ámpula de Váter.

3.4 Glosario

CC: Colangiocarcinoma

CCIH: Colangiocarcinoma intra-hepático

CCPH: Colangiocarcinoma peri-hiliar

CCD: Colangiocarcinoma distal

PFH: Pruebas de función hepática

CA 19-9: Antígeno carbohidratado 19-9

ACE: Antígeno carcinoembrionario

CPRE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica





EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponden a la información disponible organizadas según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, y consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra, y posteriormente el nombre del primer autor y año de su publicación.





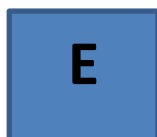
Clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación

Shekelle

CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
Ia.- Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados.	A.- Directamente basada en evidencia categoría I
Ib.- Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
Ila.- Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B.- Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb.- Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte.	
III.- Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II-
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D.- Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I, II

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines Developing guidelines BMJ 1999; 318: 593-596

Tabla de referencia de símbolos utilizados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA





PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1- ¿Cuál es la incidencia del CC?
- 2- ¿Cuáles son los factores de riesgo para el colangiocarcinoma?
- 3- ¿Cuál es la presentación clínica del CCPH y el CCD?
- 4- ¿Qué exámenes de laboratorio ayudan al diagnóstico de CC?
- 5- ¿Qué estudios de gabinete ayudan al diagnóstico de CC?
- 6- ¿Cuál es la utilidad de la CPRE?
- 7- ¿Cómo se clasifican los CCPH?
- 8- ¿Qué escala es la usada para el estadio de los CCPH y CCD?
- 9- ¿Cuáles son los criterios para irresecabilidad del CC?
- 10- ¿Cuándo se debe referir a un paciente con sospecha de CC?





5.1 DIAGNÓSTICO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	1- ¿Cuál es la incidencia del CC? El colangiocarcinoma representa el 3% de los tumores gastrointestinales y de estos el CCPH representa el 50% el CCD el 40% y el CCIH menos del 10% de los casos.	III / C “Cholangiocarcinoma”, Lancet 2014



E

2.-¿Cuáles son los factores de riesgo para el colangiocarcinoma?

Solo se presentan en 10%, son la colangitis esclerosante primaria, los quistes de colédoco, algunos parásitos hepáticos, thorotrast, papilomatosis biliar y el alcoholismo intenso, más recientemente y con menos correlación está la infección por virus de hepatitis B y C, tabaquismo, diabetes y la pancreatitis crónica.

La etiología del colangiocarcinoma es múltiple, muchos son esporádicos sin un factor de riesgo desencadenante, aproximadamente en el 10% de los CC se puede identificar una causa que conlleva inflamación crónica del árbol biliar lo que causa incremento compensatorio en la actividad mitótica de las células aumentando el riesgo de displasia o mutación.

Los factores de riesgo los podemos dividir en fuertes y débiles.

Factores fuertes:

- a) Colangitis esclerosante primaria: Se trata de una enfermedad autoinmune en la que existe una inflamación y fibrosis de la vía biliar, la incidencia del CC en esta enfermedad es de 15% siendo el riesgo de 1% por año.
- b) Quiste de colédoco: Son dilataciones de los conductos biliares de característica congénita más comunes en mujeres, aunque son diagnosticados con más frecuencia en la primera década de la vida se sabe que los adultos con quistes tiene un riesgo aumentado de CC y se cree que se debe a la metaplasia intestinal en las paredes del quiste.
- c) Fasciolas hepáticas: *Clonoschis sinensis* y *Opisthorchis viverrini* son los únicos que se ha demostrado tengan potencial carcinogénico, son endémicos en Asia del este, raros en México
- d) Toxinas: El thorotrast un agente para contraste radiológico usado en los cincuentas.
- e) Papilomatosis biliar: Enfermedad rara que consiste en múltiples adenomas dentro de la vía biliar.
- f) Alcoholismo intenso: Aunque en el alcoholismo moderado no se ha encontrado una relación directa el consumo intenso se ha relacionado con un riesgo de 2 o hasta 15 veces mayor de CC.

Factores débiles.

- a) Infección por virus de hepatitis B o C: Los datos aun son insuficientes para establecer una relación directa.
- b) Tabaquismo: Existe una débil correlación, principalmente en pacientes con colangitis esclerosante primaria.
- c) Diabetes Mellitus.
- d) Pancreatitis crónica.

IIa/ B
 “Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic colangiocarcinoma”,
 Journal of Hepatology 2014



E	<p>3.-¿Cuál es la presentación clínica del CCPH y el CCD?</p> <p>Sospechar en pacientes con ictericia no dolorosa, pérdida de peso y dolor abdominal inespecífico.</p> <p>El CCPH y el CCD se encuentra en los conductos biliares grandes del hilio hepático y la vía biliar común y se clasifican de acuerdo a su crecimiento morfológico en: formador de tumor, exofítico e intra-ductal, este último siendo el más común, la aparición de ictericia no dolorosa se presenta en el 90% de los colangiocarcinomas, pudiendo ir de la mano de síntomas generales como lo son dolor abdominal inespecífico y pérdida de peso. Los tipos exofítico y formadores de tumor pueden tardar más en obstruir la vía biliar por lo que la detección se hace más tardía.</p>	<p>IIa B “Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma”, Journal of Hepatology 2014</p>
E	<p>4.-¿Qué exámenes de laboratorio ayudan al diagnóstico de CC?</p> <p>Se deben solicitar pruebas de función hepática completas, CA 19-9 y ACE.</p> <p>En cuanto a laboratorio las PFH son de gran utilidad, en ellas esperamos un aumento de la bilirrubina a expensas de directa, niveles de bilis arriba de 10 mg/dl y fosfatasa alcalina 5 veces sobre el valor normal son altamente predictivas de enfermedad neoplásica.</p> <p>El CA19-9 es el biomarcador de más utilidad tiene una sensibilidad de 53% a 92% y una especificidad de 45% a 80% dependiendo de sus valores de corte, el valor de corte usual es 100 U/mL, valores arriba de 1000 U/mL son altamente sugestivos de enfermedad irresecable.</p> <p>El antígeno carcinoembrionario (ACE) tiene una sensibilidad de 38% a 53% y una especificidad de 86% a 100%, usado junto al CA 19-9 aumentan su probabilidad diagnóstica.</p>	<p>IIb B “Cholangiocarcinoma”, Lancet 2014</p>





E

5.- ¿Qué estudios de gabinete ayudan al diagnóstico de CC?

La tomografía computarizada y la resonancia magnética son los estudios de gabinete con mayor sensibilidad y especificidad y la tomografía además es útil para valorar la invasión a estructuras vecinas y metástasis a distancia.

En el ultrasonido abdominal se puede observar dilatación de la vía biliar intra-hepática y extra-hepática si la lesión se encuentra proximal a esta, ayuda a excluir patología benigna como coledocolitiáis y en su modalidad Doppler puede ayudar a ver el involucro de los vasos sanguíneos contiguos a la vía biliar, recordar que es un método operador-dependiente con gran variabilidad.

La tomografía computarizada en su modalidad helicoidal con contraste en tres fases (arterial, portal y venosa) al igual que el ultrasonido nos permite ver dilatación en la vía biliar además que da una idea más detallada del nivel de la lesión así como el involucro del conducto biliar (86%), sensibilidad y especificidad para detectar invasión a la porta en 89% y 92% respectivamente, arteria hepática 83% y 93% y linfadenopatías en 61% y 88%.

La resonancia magnética nos permite en la modalidad de colangiografía observar con gran detalle los conductos biliares, los tumores se observan usualmente como una estenosis corta o una masa polipoide que aparece hipovascular y con baja señal en modalidad T1 con supresión grasa y ocasionalmente se observa un halo de realce 2 minutos después de la aplicación de gadolinio.

La tomografía por emisión de positrones (PET-CT) aún no ha sido completamente validada para el diagnóstico del CC.

IIb B
“Cholangiocarcinoma”,
Lancet 2014





<p>E</p>	<p>6.- ¿Cuál es la utilidad de la CPRE?</p> <p>Diagnóstico permitiendo la realización de colangiografía y toma de biopsia o cepillado y terapéutico permitiendo liberar la obstrucción de la vía biliar y colocación de endo-prótesis en pacientes cuya cirugía será diferida más de tres semanas o para paliación.</p> <p>La CPRE es un estudio invasivo en el cual se pueden detectar las estenosis haciendo una colangiografía además que permite la toma de muestras para estudio patológico.</p> <p>Otra utilidad de la CPRE es la colocación de endo-prótesis para liberar la obstrucción de la vía biliar cuando el tumor ocupa completamente la luz de esta. Si el paciente es candidato a cirugía y esta se planea hacer en menos de 2 semanas no se recomienda la colocación de prótesis si la cirugía será después o si el tratamiento es meramente paliativo el riesgo de las complicaciones es superado por el beneficio de liberar la vía biliar.</p> <p>Si el paciente tiene cuadro de colangitis también está indicada la descompresión de la vía biliar y el uso de endo-prótesis.</p>	<p>III / C</p> <p>“Distal Cholangiocarcinoma” Surg Oncol Clin N Am 23 (2014)</p>
<p>E</p>	<p>7.- ¿Cómo se clasifican los CCPH?</p> <p>La clasificación usada es la de Bismuth-Corlette. (Fig. 1)</p> <p>La clasificación de Bismuth-Corlette es la más adoptada ya que describe tanto la localización como la extensión del tumor. La fuerza de esta clasificación recae en que permite conceptualizar el tratamiento quirúrgico.</p>	<p>III C</p> <p>“Cholangiocarcinoma”, Lancet 2014</p>
<p>E</p>	<p>8.- ¿Qué escala es la usada para el estadio de los CCPH y CCD?</p> <p>Se usa la escala del “<i>American Joint Committee on Cancer</i>” en su séptima edición (Cuadro 1,2,3).</p>	<p>III C</p> <p>“Cholangiocarcinoma”, Lancet 2014</p>





5.2 TRATAMIENTO

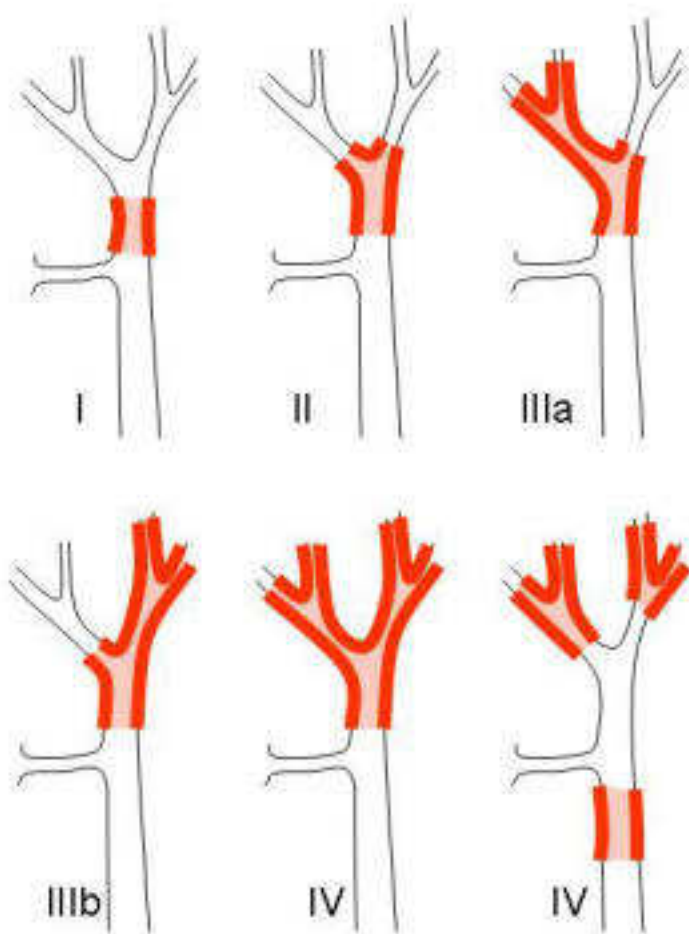
EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<div style="border: 1px solid green; background-color: green; color: white; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>9.- ¿Cuáles son los criterios para irresecabilidad del CC?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Invasión a la porta o arterias principales (hepática, mesentérica) si no son posibles las reparaciones vasculares pertinentes, en CCPH no importa el tipo en cuanto a la clasificación de Bismuth-Corlette. b) En CCPH invasión unilateral del conducto biliar con invasión contralateral vascular. c) En CCPH invasión de conductos biliares secundarios bilateralmente. d) En CCPH remanente hepático insuficiente si se piensa hacer una hepatectomía. e) Pacientes en malas condiciones generales. <p>Metástasis a distancia ya sea a órganos o ganglios linfáticos.</p>	<p style="text-align: center;">III / C “Hilar Cholangiocarcinoma” Surg Oncol Clin N Am 23 (2014)</p>
<div style="border: 1px solid green; background-color: green; color: white; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;">R</div>	<p>10.- ¿Cuándo se debe referir a un paciente con sospecha de CC?</p> <p>Recomendamos la referencia temprana de los pacientes a centros especializados con personal entrenado en cirugía hepato-biliar siempre.</p> <p>Como se describe previamente el manejo del colangiocarcinoma es complejo y multidisciplinario y va desde la resección segmentaria de los conductos biliares con reparaciones haciendo anastomosis biliodigestivas hasta la hepatectomía parcial en los CCPH y la pancreatoduodenectomía en los CCD, recientemente se ha empleado el trasplante hepático para los CCPH cuando no son candidatos a resección quirúrgica.</p> <p>Cuando la enfermedad se encuentra fuera de tratamiento quirúrgico la terapia médica con gemcitabina y cisplatino puede ser usada, otro esquema es a base de 5-Fluoracilo. Se ha probado la radioterapia tanto externa como la braquiterapia con pobres resultados.</p>	<p style="text-align: center;">IV/ D</p>



5. Anexos

5.1 Clasificación de enfermedad

Fig. 1. Clasificación de Bismuth-Corlette para CCPH



I: Por debajo de la bifurcación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

II: A nivel de la bifurcación de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

IIIa: A nivel de la bifurcación con extensión hacia el hepático derecho.

IIIb: A nivel de la bifurcación con extensión hacia el hepático izquierdo.

IV: Extensión hacia ambos conductos hepáticos o enfermedad multifocal.



Cuadro 1: Cuadro de estadio TNM del CCD según la AJCC

Tumor primario T	
Tx	Tumor primario no valorable
T0	No evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in Situ.
T1	Tumor confinado a la histología del conducto.
T2	Tumor invade más allá de la pared del conducto.
T3	Tumor invade vesícula biliar, páncreas, duodeno u otro órgano adyacente, sin involucrar la arteria mesentérica superior o el tronco celiaco.
T4	Tumor invade tronco celiaco o arteria mesentérica superior.
Ganglios locales N	
Nx	Ganglios regionales no valorables.
N0	Sin metástasis a ganglios locales.
N1	Con metástasis a ganglios locales.
Metástasis M	
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Con metástasis a distancia.

Cuadro 2: Resumen de T en CCPH

Tumor primario T	
Tx	Tumor primario no valorable.
T0	No evidencia de tumor primario.
T1	Tumor confinado a la histología del conducto.
T2	Tumor invade más allá de la pared del conducto ya sea tejido adiposo o parénquima hepático.
T3	Tumor invade ramas de la vena porta o la arteria hepática unilateralmente.
T4	Tumor invade además de la vena porta o arteria hepática bilateralmente, ramas secundarias del árbol biliar, o invasión unilateral de los vasos previamente mencionados con invasión contralateral de ramas biliares secundarias.

Cuadro 3: estadio anatómico TNM según AJCC

0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1-2-3	N1	M0
III	T4	Cualquier N	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1





5.3: Niveles de evidencia

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponden a la información disponible organizadas según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, y consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle modificada.

5.4 Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos en bases de datos de PubMed, EMBASE, se encontraron guías clínicas aceptadas sobre las cuales se basó esta guía mexicana para la práctica clínica, se incluyeron solo documentos en inglés y español de los últimos 10 años.

Se introdujeron en los motores de búsqueda los conceptos “Colangiocarcinoma”, “Cholangiocarcinoma diagnosis”, “Cholangiocarcinoma management”, “Cholangiocarcinoma guidelines”.

Se encontraron 8253 publicaciones las cuales se seleccionaron solo las recientes (10 años) quedando 5133 y se subseleccionó sólo revisiones y guías clínicas recientes, se escogieron sólo 6 las cuales son las más representativas sobre el tema.





6. Bibliografía

1. Natalya Razumilava, Gregory J Gores, “Cholangiocarcinoma”, Lancet 2014, Jun 21;383(9935):2168-79
2. John Bridgewater, Peter R. Galle, Shahid A. Khan et al. “Guidelines for the diagnosis and management of intrahepatic cholangiocarcinoma”, Journal of Hepatology 2014 vol 60:1268-89
3. Victor M. Zaydfudim, Charles B. Rosen, David M. Nagorney, “Hilar Cholangiocarcinoma” Surg Oncol Clin N Am 23 (2014) 247-263
4. Neha Lad, David A. Kiiby, “Distal Cholangiocarcinoma” Surg Oncol Clin N Am 23 (2014) 265-287
5. Kimberly M. Brown, David A. Geller, “Proximal Biliary Tumors” Surg Clin N Am (2014) 311-323
6. Paxton V. Dickson, Stephen W. Behrman, “Distal Cholangiocarcinoma”, Surg Clin N Am (2014) 325-342

