

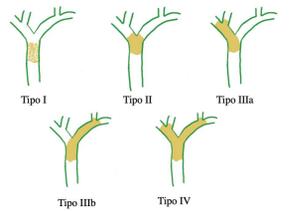
# SBRT EN LOS TUMORES DE KLATSKIN TIPO IV

Agudo Rey E<sup>1</sup>; Quirós Rivero J<sup>1</sup>; Corral Fernández C<sup>1</sup>; González De Dueñas M<sup>1</sup>; Díaz Peña E<sup>2</sup>.  
(1) Oncología Radioterápica. (2) Oncología Médica. Hospital Universitario de Badajoz.

## INTRODUCCIÓN

Los colangiocarcinomas se originan en las células epiteliales de los conductos biliares. Son neoplasias poco frecuentes y se dividen en colangiocarcinomas intrahepáticos y extrahepáticos (hiliares y distales). El tumor de Klatskin es el colangiocarcinoma más frecuente, siendo un tumor hilar agresivo donde la mayoría son diagnosticados en fase avanzada. El único tratamiento curativo es la cirugía que dependerá de los criterios de resecabilidad y de sistemas de estadificación prequirúrgicos, como la clasificación de Bismuth-Corlette, basada en la extensión de la infiltración ductal. Los tumores de Klatskin tipo IV son considerados tradicionalmente irresecables, siendo la quimioterapia el tratamiento de elección con una supervivencia global <12 meses. La SBRT es una alternativa de tratamiento que permite administrar dosis ablativas con un elevado nivel de precisión a pequeños volúmenes, con un alto control local y toxicidad aceptable. En los pacientes que responden al tratamiento se podría plantear la posibilidad de entrar en un programa de trasplante hepático como terapia puente.

Clasificación de Bismuth-Corlette



## MATERIAL Y MÉTODOS

**Varón, 64 años. Septiembre de 2020**

- **Antecedentes personales:** Exfumador y exbebedor. Isquemia G2 en MMII con estenosis/obliteración fémoro-poplítea bilateral.
- Acude a urgencias por ictericia indolora de 5 días de evolución, junto a coluria, acolia y prurito leve y pérdida de peso de 5 kg en los últimos 3 meses.
- **Exploración física:** ECOG-1. Abdomen con hernia umbilical no complicada. No ascitis.
- **Análítica:** BIL total: 10.9mg/dl, GOT:57UI/l; GPT 86mg/dl, Ca19.9:146UI/ml.

Ante estos hallazgos, el paciente ingresa en Digestivo para estudio:

- **CPRE:** colédoco de calibre normal con estenosis a nivel de la confluencia con dilatación y desconexión de los radicales biliares izquierdos contrastados. Se realiza esfinterotomía y citología de la estenosis. Se coloca prótesis metálica. Fig 1.



Fig 1

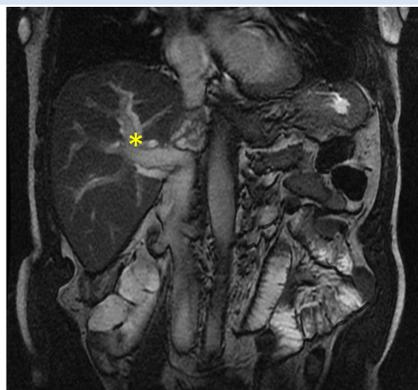


Fig 2



Fig 3

- **AP:** Adenocarcinoma.

- **ColangioRMN:** Vía biliar intrahepática dilatada, con marcada dilatación de los radicales izquierdos y en menor medida de los derechos. Dicha dilatación es secundaria a la presencia de tumoración hilar de aproximadamente 2,4 cm. que infiltra ambos conductos hepáticos principales. Hallazgos sugestivos de colangiocarcinoma tipo IV. Fig 2

- **TC-TA:** pequeña lesión mal definida infiltrativa, con densidad de partes blandas a nivel de la confluencia de los hepáticos, compatible con tumor de Klatskin. Hígado con atrofia del LI. Fig 3.

## RESULTADOS

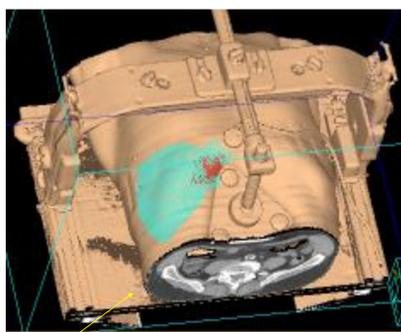


Fig 4

**Juicio clínico: lesión perihiliar compatible con tumor de Klatskin tipo IV (Clasificación de Bismuth-Corlette)**



**Comité multidisciplinar de tumores hepatobiliares:** Desestiman tratamiento quirúrgico por extensión tumoral en la confluencia de ambos conductos hepáticos (tipo IV) y atrofia del lóbulo izquierdo.



Se decide iniciar tratamiento QT y posterior reevaluación de la enfermedad.

Entre el 10/11/20-5/2/21 recibe 5 ciclos de **gemcitabina-capecitabina** con buena tolerancia, descenso del ca 19.9: 75 UI/ml y estabilización de la enfermedad (EE).

➤ **SBRT HEPÁTICA:** 5 sesiones de 8 Gy/ días alternos previo TC de simulación 4D y sistema de inmovilización con compresor abdominal. DT: 40 Gy entre los días 18-28/05/2021. Fig 4-7

**Actualmente,** el paciente se encuentra con **EE>2 años (TC de Diciembre de 2022)**, 23 meses sin tratamiento sistémico y sin toxicidad crónica. Fue valorado para trasplante hepático tras respuesta al tratamiento e intervalo libre de progresión, no siendo candidato por trastornos vasculares severos. Fig 8.

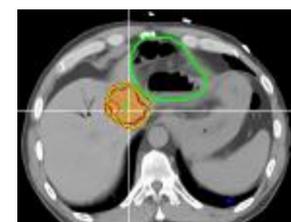


Fig 5

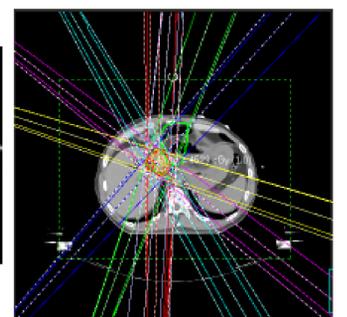


Fig 6

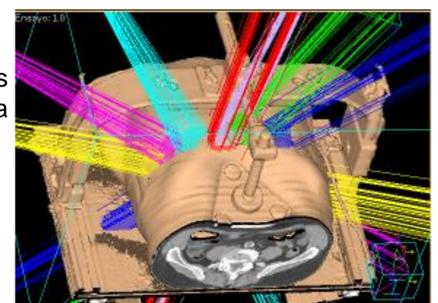


Fig 7

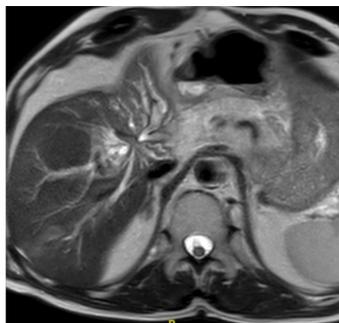


Fig 8

## DISCUSIÓN

El único tratamiento curativo para pacientes con tumor de Klatskin es la resección quirúrgica. En pacientes con lesiones pequeñas no candidatas a cirugía, la SBRT junto a la quimioterapia abre una alternativa de tratamiento para llevar a cabo un mayor control local. En la literatura, el control local en 1 año es aproximadamente del 80% con un perfil de toxicidad aceptable siendo los efectos adversos agudos grado 3 <10% y los tardíos entre 10%-20%. El rango de dosis en la SBRT hepática es entre 30-55 Gy administrados en 3-5 fracciones. Pacientes seleccionados tratados con SBRT hepática como terapia puente al trasplante hepático presentan una SG a 5 años entre el 61%-72,8%, dando la posibilidad de dicho tratamiento radical a pacientes con enfermedad de inicio irresecables.

## CONCLUSIÓN

La SBRT hepática en los tumores de Klatskin es una opción de tratamiento y debería ser considerada en los comités de tumores hepatobiliares en los pacientes no candidatos a cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Baak R, Willemsen FEJA, van Norden Y, Eskens FALM, Milder MTW, Heijmen BJM, et al. Stereotactic Body Radiation Therapy after Chemotherapy for Unresectable Perihilar Cholangiocarcinoma: The STRONG Trial, a Phase I Safety and Feasibility Study. *Cancers*. 2021;13(16):3991.
2. Gkika E, Hawkins MA, Grosu AL, Brunner TB. The Evolving Role of Radiation Therapy in the Treatment of Biliary Tract Cancer. *Frontiers in Oncology*. 2020;10:604387.
3. Lee J, Yoon W, Koom W et al. Efficacy of stereotactic body radiotherapy for unresectable or recurrent cholangiocarcinoma: a meta-analysis and systematic review. *Strahlenther Onkol* 2018.
4. Puja S et al. Stereotactic Body Radiation Therapy for Hepatocellular Carcinoma and Intrahepatic Cholangiocarcinoma. *Cancer Control* 2017 Vol 24 (3) 1-6.

## CONTACTO

eagudore@gmail.com  
juan.quirós@salud-juntaex.es