

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 1 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	3
ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO	3
ESTADIAMENTO	7
TRATAMENTO	14
SEGUIMENTO	15
MONITORAMENTO	15
CONFLITOS DE INTERESSE.....	16
REFERÊNCIAS.....	16
SIGLAS	16
HISTÓRICO DE REVISÃO	17

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 2 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

INTRODUÇÃO

Os tumores da árvore biliar incluem o carcinoma de vesícula biliar, que se origina na vesícula ou no ducto cístico, e os colangiocarcinomas. Os colangiocarcinomas são tumores malignos originados do epitélio dos ductos biliares e são classificados anatomicamente em três subtipos principais: intra-hepático, peri-hilar e distal, conforme a localização ao longo da árvore biliar.

São tumores raros. Nos Estados Unidos, para o ano de 2025, foram estimados 12.610 casos novos de câncer de vesícula biliar (e outros biliares) com 4.400 mortes. No Brasil, os tumores hepáticos e de vias biliares são agrupados para fins de análise estatística.

Aproximadamente 50% dos colangiocarcinomas surgem nos ductos biliares da região peri-hilar (confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo), 40% na região distal e 10% na região intra-hepática. Muitos tumores do ducto biliar são multifocais.

Os tumores do ducto biliar podem ocorrer com mais frequência em pacientes com histórico de colangite esclerosante primária, retocolite ulcerativa crônica, cistos do colédoco ou infecções hepáticas pelo verme *Clonorchis sinensis*. Doenças hepáticas crônicas, como cirrose e hepatites virais (hepatite B e C), são fatores de risco relevantes, especialmente para o colangiocarcinoma intra-hepático. Fatores metabólicos, como diabetes mellitus, obesidade (especialmente quando iniciada na idade adulta jovem), e doença hepática gordurosa não alcoólica têm sido cada vez mais reconhecidos como fatores de risco independentes para ambos os subtipos de colangiocarcinoma.

O prognóstico depende em parte da localização do tumor, por afetar a ressecabilidade. Uma ressecção total é possível em 25 a 30% das lesões originadas no ducto biliar distal. Uma ressecção completa com margens negativas oferece a única chance de cura. A presença de linfonodos e invasão perineural são fatores de prognóstico adverso.

OBJETIVOS

Estabelecer diretrizes para estadiamento, tratamento e seguimento de pacientes com neoplasias malignas dos ductos biliares.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

- Diagnóstico histológico de neoplasia maligna do trato biliar, em tratamento ou acompanhamento no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).
- Idade acima de 18 anos.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 3 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de consulta médica, - Preenchimento de Laudo de emissão de autorização de procedimentos de alta complexidade (APAC), - Realização de prescrição médica, solicitação de exames complementares.
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de prescrição médica (dupla checagem), - Assistência de pacientes em infusão, - Realização de primeira consulta em enfermagem.
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar assistência ao paciente no pré, durante e pós infusão, - Preparo de medicações utilizadas na pré-quimioterapia.
FARMACÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação de prescrição médica (dupla checagem), - Preparo de medicações.

ORIENTAÇÕES PARA ESTADIAMENTO

ESTADIAMENTO CLÍNICO

- História clínica e exame físico completos.
- Os tumores do ducto biliar distal e perihilar frequentemente causam obstrução do trato biliar, podendo causar icterícia, perda de peso, dor abdominal, febre e prurido.
- Os tumores intra-hepáticos são relativamente indolentes e difíceis de diferenciar de metástases hepáticas de adenocarcinomas.

Exames laboratoriais

- Hemograma, perfil e função hepática, função renal, ionograma, glicemia, sorologias virais, CEA, CA19.9.

Avaliação por exames de imagem

- Ultrassonografia (US) de abdome.
- US endoscópico.
- Tomografia (TC) de tórax e abdome.
- Ressonância magnética (RM) de abdome.
- Colangiorressonância.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 4 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Classificação celular dos tumores dos ductos biliares

Câncer do ducto biliar intra-hepático	Câncer do ducto perihilar	Câncer do ducto biliar distal	Câncer da vesícula biliar
Colangiocarcinoma intra-hepático	Carcinoma in situ	Carcinoma in situ	Carcinoma in situ
Neoplasia intraepitelial biliar, grau 3 (displasia de alto grau)	Neoplasia intraepitelial biliar com displasia de alto grau	Neoplasia intraepitelial biliar com displasia de alto grau	Neoplasia papilar intracística com neoplasia intraepitelial de alto grau
Colangiocarcinoma e hepatocelular combinados	Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau	Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau	Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau
Carcinossarcoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma
Neoplasia papilar intraductal com um carcinoma invasivo associado	Adenocarcinoma do tipo biliar	Adenocarcinoma tipo biliar	Adenocarcinoma tipo biliar
Neoplasia cística mucinosa com um carcinoma invasivo associado	Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar	Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar	Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar
Carcinoma neuroendócrino	Adenocarcinoma do tipo intestinal	Adenocarcinoma do tipo intestinal	Adenocarcinoma do tipo intestinal
Carcinoma neuroendócrino de grandes células	Adenocarcinoma de células claras	Adenocarcinoma de células claras	Adenocarcinoma de células claras
Carcinoma neuroendócrino de pequenas células	Carcinoma mucinoso	Carcinoma mucinoso	Carcinoma mucinoso
Neoplasia papilar intraductal com displasia de alto grau	Carcinoma com células em anel de sinete	Carcinoma com células em anel de sinete	Carcinoma com células em anel de sinete
	Carcinoma de células escamosas	Carcinoma de células escamosas	Carcinoma de células escamosas
	Carcinoma adenoescamoso	Carcinoma adenoescamoso	Carcinoma adenoescamoso
	Carcinoma indiferenciado	Carcinoma indiferenciado	Carcinoma indiferenciado
	Carcinoma neuroendócrino de alto grau	Carcinoma neuroendócrino de alto grau	Carcinoma neuroendócrino de alto grau
	Carcinoma neuroendócrino de pequenas células	Carcinoma neuroendócrino de pequenas células	Carcinoma neuroendócrino de pequenas células
		Carcinoma adenoneuroendócrino misto	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 5 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

	Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado	Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado	Carcinoma adenoneuroendócrino misto
	Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado	Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado	Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado
			Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado

Câncer do ducto biliar intra-hepático

- Colangiocarcinoma intra-hepático.
- Neoplasia intraepitelial biliar, grau 3 (displasia de alto grau).
- Colangiocarcinoma e hepatocelular combinados.
- Carcinossarcoma.
- Neoplasia papilar intraductal com um carcinoma invasivo associado.
- Neoplasia cística mucinosa com um carcinoma invasivo associado.
- Carcinoma neuroendócrino.
- Carcinoma neuroendócrino de grandes células.
- Carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- Neoplasia papilar intraductal com displasia de alto grau.

Câncer do ducto perihilar

- Carcinoma in situ.
- Neoplasia intraepitelial biliar com displasia de alto grau.
- Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau.
- Adenocarcinoma.
- Adenocarcinoma do tipo biliar.
- Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar.
- Adenocarcinoma do tipo intestinal.
- Adenocarcinoma de células claras.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 6 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

- Carcinoma mucinoso.
- Carcinoma com células em anel de sinete.
- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma adenoescamoso.
- Carcinoma indiferenciado.
- Carcinoma neuroendócrino de alto grau.
- Carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado.
- Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado.

Câncer do ducto biliar distal

- Carcinoma in situ.
- Neoplasia intraepitelial biliar com displasia de alto grau.
- Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau.
- Adenocarcinoma.
- Adenocarcinoma do tipo biliar.
- Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar.
- Adenocarcinoma do tipo intestinal.
- Adenocarcinoma de células claras.
- Carcinoma mucinoso.
- Carcinoma com células em anel de sinete.
- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma adenoescamoso.
- Carcinoma indiferenciado.
- Carcinoma neuroendócrino de alto grau.
- Carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- Carcinoma adenoneuroendócrino misto.
- Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado.
- Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 7 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Câncer da vesícula biliar

- Carcinoma in situ.
- Neoplasia papilar intracística com neoplasia intraepitelial de alto grau.
- Neoplasia mucinosa cística com neoplasia intraepitelial de alto grau.
- Adenocarcinoma.
- Adenocarcinoma do tipo biliar.
- Adenocarcinoma do tipo gástrico foveolar.
- Adenocarcinoma do tipo intestinal.
- Adenocarcinoma de células claras.
- Carcinoma mucinoso.
- Carcinoma com células em anel de sinete.
- Carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma adenoescamoso.
- Carcinoma indiferenciado.
- Carcinoma neuroendócrino de alto grau.
- Carcinoma neuroendócrino de pequenas células.
- Carcinoma adenoneuroendócrino misto.
- Neoplasia intraductal papilar com carcinoma invasivo associado.
- Neoplasia cística mucinosa com carcinoma invasivo associado.

ESTADIAMENTO

Classificação de Bismuth-Corlette - Tumores peri-hilares

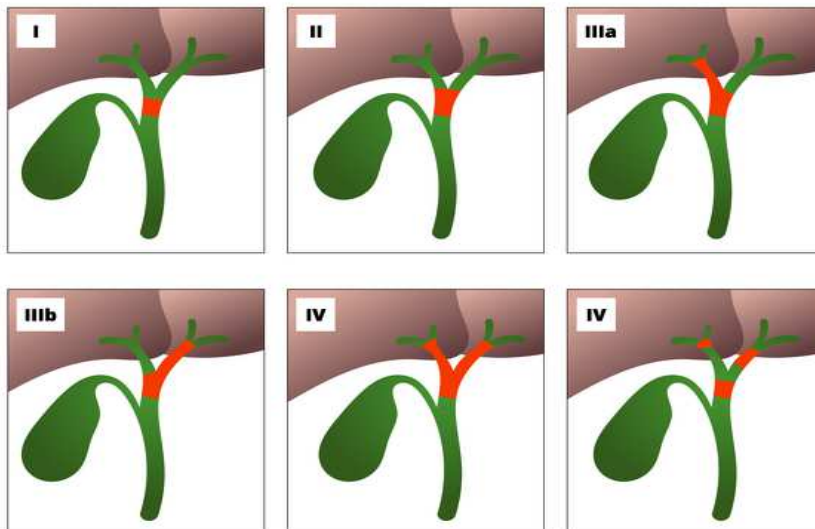
- Tipo I** limitado ao ducto hepático comum, abaixo do nível da confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo
- Tipo II** envolve a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo
- Tipo IIIa** envolve a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo e se estende para envolver a origem do ducto hepático direito (confluência dos ductos setoriais posterior e anterior direitos)

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 8 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

Tipo IIIb envolve a confluência dos ductos hepáticos direito e esquerdo e se estende para envolver a origem do ducto hepático esquerdo (confluência dos ductos segmentares 2º, 3º e 4º)

Tipo V combinação dos tipos IIIa e IIIb ou envolvimento multifocal

Bismuth-Corlette classification



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 9 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

ESTADIAMENTO (AJCC, 2017)

CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR

- Tx** tumor primário não pode ser avaliado
- T0** sem evidência de tumor primário
- Tis** tumor *in situ*
- T1a** tumor invade a lâmina própria
- T1b** tumor invade a camada muscular
- T2a** tumor na face peritoneal da vesícula com invasão do tecido conjuntivo perimuscular sem extensão além da serosa
- T2b** tumor na face hepática da vesícula com invasão do tecido conjuntivo perimuscular sem extensão para o fígado
- T3** tumor perfura a serosa ou invade o fígado ou um órgão ou estrutura adjacente
- T4** tumor invade veia porta principal ou artéria hepática ou invade múltiplos órgãos ou estruturas extra-hepáticas
- NX** linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0** ausência de metástases em linfonodos
- N1** 1-3 linfonodos regionais acometidos por doença metastática
- N2** > 3 linfonodos regionais acometidos por doença metastática

Obs.: linfonodos são considerados regionais nas regiões do ducto cístico, ducto biliar comum, artéria hepática, veia porta.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 10 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

MX metástases à distância não podem ser avaliadas

M0 ausência de metástases à distância

M1 metástases à distância

Estádio 0 TisNOM0

Estádio I T1NOM0

Estádio IIA T2aNOM0

Estádio IIB T2bNOM0

Estádio IIIA T3NOM0

Estádio IIIB T1-3N1M0

Estádio IVA T4N0-1M0

Estádio IVB qqTN2M0 ou qqTqqNM1

COLANGIOMIOMA INTRA-HEPÁTICO

Tx tumor primário não pode ser avaliado

T0 sem evidência de tumor primário

Tis Tumor *in situ* (tumor intraductal)

T1a tumor solitário ≤ 5 cm sem invasão vascular

T1b tumor solitário > 5 cm sem invasão vascular

T2 tumor solitário com invasão vascular ou múltiplos tumores, com ou sem invasão vascular

T3 tumor com perfuração do peritônio visceral

T4 tumor infiltrando por contiguidade estruturas extra-hepáticas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 11 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

- NX** linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0** ausência de metástases em linfonodos regionais
- N1** presença de metástases em linfonodos regionais

MX metástases à distância não podem ser avaliadas

M0 ausência de metástases à distância

M1 metástases à distância

Estádio 0 TisN0M0

Estádio IA T1aN0M0

Estádio IB T1bN0M0

Estádio II T2N0M0

Estádio IIIA T3N0M0

Estádio IIIB T4N0M0 ou qqTN1M0

Estádio IV qqTqqNM1

COLANGIOPARCINOMA EXTRA-HEPÁTICO (PERI-HILAR)

Tx tumor primário não pode ser avaliado

T0 sem evidência de tumor primário

Tis tumor *in situ* (tumor intraductal)

T1 tumor histologicamente confinado ao ducto biliar com extensão até a camada muscular ou tecido fibroso

T2a invasão além da parede do ducto biliar até tecido adiposo ao redor

T2b invasão de parênquima hepático adjacente

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 12 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

T3 invasão de ramo unilateral da veia porta ou artéria hepática

T4 invasão da veia porta principal ou de seus ramos bilateralmente ou artéria hepática comum ou ramificação biliar de segunda ordem bilateralmente ou ramificação biliar de segunda ordem unilateral com envolvimento da veia porta contralateral ou da artéria hepática.

NX linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 ausência de metástases em linfonodos regionais

N1 presença de metástase em 1-3 linfonodos regionais (ao longo do ducto cístico, ducto biliar comum, artéria hepática, pancreaticoduodenal posterior e veia porta)

N2 presença de metástase em 4 ou mais linfonodos nas regiões descritas para N1

MX metástases à distância não podem ser avaliadas

M0 ausência de metástases à distância

M1 metástases à distância

Estádio 0 TisNOM0

Estádio I T1NOM0

Estádio II T2a-bNOM0

Estádio IIIA T3NOM0

Estádio IIIB T4NOM0

Estádio IIIC qqTN1M0

Estádio IVA qqTN2M0

Estádio IVB qqTqqNM1

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 13 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

COLANGIOPCARINOMA EXTRA-HEPÁTICO (DISTAL)

- Tx** tumor primário não pode ser avaliado
- T1** tumor invade a parede do ducto biliar com profundidade abaixo de 5 mm
- T2** tumor invade a parede do ducto biliar com profundidade entre 5 mm e 12 mm
- T3** tumor invade a parede do ducto biliar com profundidade acima de 12 mm
- T4** invasão do plexo celíaco ou da artéria mesentérica superior
-
- NX** linfonodos regionais não podem ser avaliados
- N0** ausência de metástases em linfonodos regionais
- N1** presença de metástases em 1-3 linfonodos regionais
- N2** presença de metástases em 4 ou mais linfonodos regionais
-
- MX** metástases à distância não podem ser avaliadas
- M0** ausência de metástases à distância
- M1** metástases à distância

- Estádio 0** TisNOM0
- Estádio I** T1N0M0
- Estádio IIA** T2N0M0 ou T1N1M0
- Estádio IIB** T3N0-1M0 ou T2N1M0
- Estádio IIIA** T3N2M0
- Estádio IIIB** T4qqNM0
- Estádio IV** qqTqqNM1

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 14 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

TRATAMENTO

O tratamento é guiado pela ressecabilidade. O colangiocarcinoma deve ser considerado ressecável apenas se preencher todos os seguintes critérios:

- ausência de envolvimento linfonodal retropancreático e paracélico,
 - ausência de metástase hepática disseminada,
 - ausência de invasão da veia porta principal ou artéria hepática comum,
 - ausência de doença sistêmica e
 - ausência de invasão de órgãos adjacentes.
- Colectomia simples (EC Ia) ou radical
 - Hepatectomia parcial ou ampliada
 - Duodenopancreatectomia
 - QT (Quimioterapia) adjuvante
 - QT paliativa
 - RT (radioterapia) adjuvante
 - RT paliativa
 - Acompanhamento em cuidados paliativos

A opção de tratamento prevista na **Tabela de Procedimentos do SUS** é restrita ao cenário paliativo:

- Paliativo APAC 03.04.02.038-9 - Quimioterapia Paliativa do Carcinoma do Fígado ou do Trato Biliar avançado [inoperável em estágio (UICC) II, III ou IV ou recidivado]

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 15 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA

Esquema	Drogas	Periodicidade
Capecitabina	Capecitabina 2500mg/m ² VO, dividido em 2 tomadas, D1 a D14	A cada 21 dias por 8 ciclos
Gencitabina e cisplatina	Gencitabina 1000mg/m ² EV D1 e D8 Cisplatina 25mg/m ² EV D1 e D8	A cada 3 semanas
Gencitabina e Oxaliplatina	Gencitabina 1000mg/m ² EV D1 Oxaliplatina 100mg/m ² EV D2	A cada 2 semanas
Capox	Oxaliplatina 130mg/m ² EV D1 Capecitabina 2000mg/m ² , em duas tomadas, VO, D1 a D14	A cada 3 semanas
GemCap	Gencitabina 1000mg/m ² EV D1, D8 Capecitabina 1300mg/m ² , em duas tomadas, VO, D1 a D14	A cada 3 semanas
Folfox	Oxaliplatina 85mg/m ² EV D1 Leucovorin 350mg/m ² EV D1 Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	
Folfiri	Irinotecano 150mg/m ² EV D1 Leucovorin 400mg/m ² EV D1 Fluorouracil 400mg/m ² EV D1 Bolus Fluorouracil 2400mg/m ² EV D1 BIC 46 horas	A cada 2 semanas

SEGUIMENTO

- Após tratamento cirúrgico com ou sem necessidade de tratamento adjuvante: considerar exames de imagem a cada 3-6 meses nos 2 primeiros anos, depois a cada 6-12 meses até 5 anos ou se clinicamente indicado.
- Dosagem de CEA e Ca19.9 se clinicamente indicado.
- Monitoramento clínico: Hemograma, função renal, função hepática.

MONITORAMENTO

Número de pacientes com diagnóstico de câncer de vias biliares admitidos no serviço por ano.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 16 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

Bridgewater J, Fletcher P, Palmer DH, et al.: Long-Term Outcomes and Exploratory Analyses of the Randomized Phase III BILCAP Study. *J Clin Oncol* 40 (18): 2048-2057, 2022.

GAILLARD, F.; SHARMA, R.; MOLINARI, A.; et al. *Bismuth-Corlette classification*. Radiopaedia.org. Disponível em: <https://radiopaedia.org/articles/bismuth-corlette-classification>. Acesso em: 11 ago. 2025.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2025.

National Cancer Institute. *Bile Duct Cancer Treatment (PDQ®–Health Professional Version*. [S. l.]: National Cancer Institute, [2025]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/liver/hp/bile-duct-treatment-pdq>. Acesso em: 25 ago. 2025.

National Cancer Institute. *Gallbladder Cancer Treatment (PDQ®–Health Professional Version*. [S. l.]: National Cancer Institute, [2025]. Disponível em: <https://www.cancer.gov/types/gallbladder/hp/gallbladder-treatment-pdq> . Acesso em: 25 ago. 2025.

Valle J, Wasan H, Palmer DH, et al.: Cisplatin plus gemcitabine versus gemcitabine for biliary tract cancer. *N Engl J Med* 362 (14): 1273-81, 2010.

SIGLAS

QT	Quimioterapia
RT	Radioterapia
US	Ultrassonografia
TC	Tomografia

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UHON.413 - PÁGINA 17 de 17	
Título do Documento:	CÂNCER DE VIAS BILIARES	Emissão: 28/01/2026	Próxima revisão: 28/01/2028
		VERSÃO: 01	

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
01	13/01/2026	Elaboração do documento.

Elaboração/Revisão	Thais de Melo Passarini - médica - Oncologia Ellen Brandão Leite - médica - Oncologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica
Responsável Técnico	Ellen Brandão Leite
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico