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 anal



Presented with support from

NCCN FOUNDATION
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
Guiding Treatment. Changing Lives.

Available online at
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 carcinoma anal, versión 2.2026, 7 de abril 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

NCCN FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

NCCN Foundation agradece profundamente a la siguiente empresa colaboradora por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: Incyte Corporation.

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.

FIGHT™ COLORECTAL CANCER

Fight Colorectal Cancer (Fight CRC) es una organización líder en la promoción y defensa de los pacientes que proporciona información equilibrada y objetiva sobre la investigación, el tratamiento y las políticas del cáncer de colon y recto. Como defensora implacable de la esperanza, se enfoca en financiar iniciativas de investigación prometedoras y de gran impacto, además de capacitar a los promotores de este movimiento para influir en la legislación y las políticas a favor del bien colectivo. Para obtener más información, visite FightCRC.org y síganos en las redes sociales como @FightCRC.

Para hacer una donación, visite NCCNFoundation.org/Donate

Para obtener más información, visite la página NCCN.org/patientguidelines o envíe un correo electrónico a PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer anal

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el cáncer anal

17 Capítulo 3
Tratamiento para el cáncer anal

31 Capítulo 4
Supervivencia

38 Capítulo 5
Otros recursos

42 Palabras que debe conocer

43 Colaboradores de NCCN

44 Centros oncológicos de NCCN

46 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 anal

5 ¿Qué es el cáncer anal?

5 ¿En qué parte del ano comienza el cáncer?

6 ¿Quiénes tienen mayor riesgo?

6 ¿Cómo se trata el cáncer anal?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

En el tratamiento del cáncer anal, debe participar un equipo de expertos en salud digestiva con experiencia en quimioterapia, radioterapia, cirugía y diagnóstico por imágenes. Se recomienda a todas las personas con cáncer anal participar en un ensayo clínico para su tratamiento cuando sea posible.

¿Qué es el cáncer anal?

El cáncer anal es una enfermedad que se forma en el orificio por donde salen las heces del cuerpo (el ano). Comienza cuando las células microscópicas dentro o cerca del ano sufren un cambio.

Las células (ahora anormales) comienzan a replicarse constantemente. Con el tiempo, estas zonas de células anormales, llamadas displasias anales, pueden formar un bulto, que se conoce como tumor.

La mayoría de los cánceres anales son carcinomas de células escamosas, llamados así por el tipo de célula en la que se forman (células escamosas). El carcinoma de células escamosas anal es el tema central de este material.

Las NCCN Guidelines for Patients están disponibles para otros tipos pocos frecuentes de cáncer anal, incluido el adenocarcinoma anal y el melanoma anal.

¿En qué parte del ano comienza el cáncer?

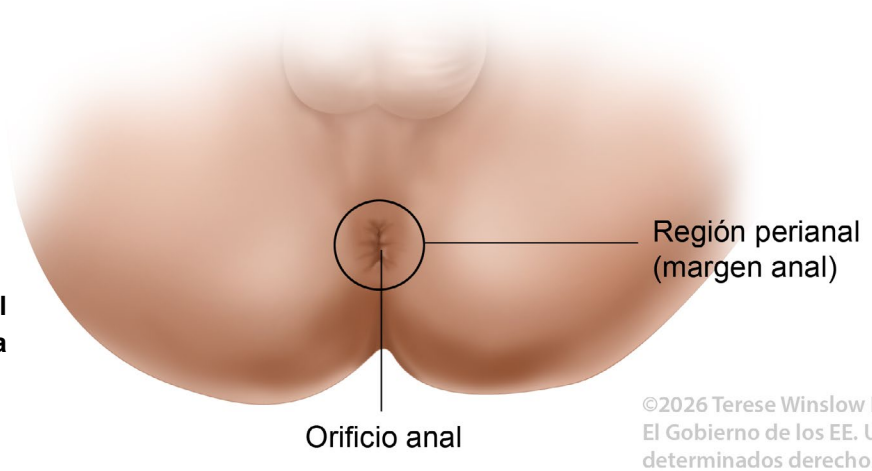
La mayoría de los cánceres anales comienzan en el **conducto anal**. Este es el tubo que conecta el recto con el orificio anal. Tiene aproximadamente el largo de un sujetapapeles (clip).

Con menos frecuencia, el cáncer anal comienza en la **región perianal**, también llamada margen anal. Esta zona incluye el orificio anal y la piel que lo rodea.

En algunos casos, el tumor anal puede involucrar tanto el conducto anal como la piel de la zona perianal.

Dónde comienza el cáncer anal

La mayoría de los cánceres anales comienzan en el conducto que conecta el recto con el orificio anal. El cáncer anal también puede comenzar en la región perianal (se muestra a la derecha). Esta zona incluye el orificio anal y la piel que lo rodea.



©2026 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

¿Quiénes tienen mayor riesgo?

Como casi todos los cánceres anales son causados por el virus del papiloma humano (VPH), las personas que han tenido VPH tienen mayor riesgo. El VPH es la infección de transmisión sexual más frecuente.

En la mayoría de las personas, el sistema inmunitario elimina el VPH del cuerpo. En otras personas, el virus causa cambios celulares a largo plazo que se transforman en cáncer, por lo general, mucho tiempo después. El VPH también causa cáncer de cuello de útero, de cabeza y cuello, de pene, de vagina y de vulva.

Hay muchas cepas (tipos) de VPH. Algunas tienen mayores probabilidades de causar cáncer que otras. En Estados Unidos, existe una vacuna que protege contra las cepas de mayor riesgo (y otras).

Existen otros factores de riesgo de cáncer anal que aumentan el riesgo de exposición al VPH o debilitan el sistema inmunitario, lo que puede dificultar que el cuerpo elimine la infección por VPH.

¿Cómo se trata el cáncer anal?

Para la mayoría de los cánceres anales no metastásicos, se recomienda el tratamiento con quimioterapia y radioterapia externa. Esta estrategia se llama quimiorradiación. Para algunos tumores perianales en estadio 1 o 2 de crecimiento lento, la cirugía (escisión local) puede ser una opción.

El cáncer anal que se ha extendido a zonas alejadas del ano es metastásico. Las zonas más comunes son el hígado y los pulmones. Se recomienda el tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer). El esquema inicial preferido es una combinación de quimioterapia con derivados del platino e inmunoterapia.

Se recomienda a todas las personas con cáncer anal participar en un ensayo clínico para su tratamiento cuando sea posible.

“Aprendí que buscar una segunda opinión no tenía nada que ver con el nivel de confianza en mi médico. Fue el proceso de obtener toda la información que necesitaba para tomar las mejores decisiones sobre mi tratamiento”.



¿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.

"Defienda sus intereses. Converse con alguien que haya pasado por lo mismo. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer".



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. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer y están elaboradas por expertos respetados en el campo. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lee 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.

2
Pruebas para detectar el cáncer anal

9 Primeros pasos

9 Tacto rectal

10 Anoscopia

10 Estudios después del diagnóstico

13 Estadificación

15 Fertilidad y planificación familiar

16 Puntos clave

16 Preguntas para hacer

2 Pruebas para detectar el cáncer anal

En este capítulo, se describen las pruebas y la atención necesarias para diagnosticar el cáncer anal y crear su plan de tratamiento.

Primeros pasos

El síntoma más frecuente de cáncer anal es el sangrado del ano, también llamado hemorragia rectal. Puede notar sangre en las heces, en el papel higiénico o en el agua del inodoro. La picazón anal también es algo frecuente. Algunas personas tienen dolor en la zona anal o sienten un bulto o una masa cerca del ano.

Estos síntomas no se deben ignorar. Es habitual suponer que están causados por hemorroides. Aunque pueda dar vergüenza hablar de ello, es importante que un profesional de atención médica evalúe su situación.

Si tiene síntomas de cáncer anal, se recomiendan las pruebas que se describen en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Tacto rectal

El tacto rectal es importante para el diagnóstico, la estadificación y el seguimiento. En este examen, el médico introduce un dedo enguantado y lubricado en el ano y el recto. Esta exploración puede encontrar anomalías en el conducto anal y en las zonas cercanas.

Guía 1
Pruebas y atención del cáncer anal

Pruebas necesarias	• Anoscopia • Biopsia • Tacto rectal • Exploración de la ingle para detectar inflamación de los ganglios linfáticos • Para ver la extensión del cáncer en el ano y en las zonas cercanas: TC o RM • Para detectar cáncer fuera de la zona pélvica: TC de tórax y abdomen
Otros estudios o atención que puede recibir	• TEP/TC o TEP/RM • Análisis de *DPYD* • Análisis de sangre de VIH (recomendado) • Ayuda para dejar de fumar • Exploración ginecológica con pruebas de detección del cáncer de cuello uterino • Conservación de la fertilidad

Anoscopia

La anoscopia es un procedimiento que permite al profesional de atención médica ver y examinar el conducto anal. El médico insertará un instrumento corto y hueco con luz (un anoscopio) unos centímetros en el ano y examinará detenidamente si hay zonas anormales.

En la anoscopia de alta resolución (AAR), se examina el conducto anal con aumento. Después de aplicar un líquido llamado ácido acético sobre el tejido del conducto anal, se utiliza una lupa especial llamada colposcopio para examinarlo. El ácido acético hace que las células anormales se destaquen cuando se las mira con el colposcopio.

Si el médico detecta zonas anormales o sospechosas, tomará una muestra de tejido para analizarlo. Esto se llama biopsia. La muestra de biopsia puede definir el diagnóstico de cáncer anal.

No se necesita ninguna preparación especial antes de la anoscopia. El procedimiento es breve (unos 20 a 30 minutos) y generalmente indoloro, y puede irse a su casa al terminarlo. Algunas personas presentan sangrado leve y molestias durante unos días después de la intervención. Si bien no es frecuente, en algunas personas la AAR debe realizarse en el quirófano con anestesia general.

SISCCA

El carcinoma de células escamosas superficialmente invasor (SISCCA) es la forma más precoz del cáncer anal. Estas lesiones son más pequeñas que un guisante y no son para nada profundas. Este material habla sobre el tratamiento de cánceres invasivos más avanzados que el SISCCA.

Estudios después del diagnóstico

Después de que la biopsia confirma el carcinoma de células escamosas anal, se necesitan más estudios para planificar el tratamiento. Se repite el tacto rectal junto con los estudios que se describen a continuación.

Exploración de ganglios linfáticos

En todo el cuerpo humano, existen cientos de pequeños filtros en forma de frijol denominados ganglios linfáticos. Estos colaboradores del sistema inmunitario atrapan y eliminan aquello que no debería estar, incluidas las células cancerosas.

Ciertas zonas del cuerpo, como la ingle, contienen más ganglios linfáticos que otras. Los ganglios linfáticos de la ingle se llaman ganglios linfáticos **inguinales**. Si no se las trata, las células cancerosas pueden moverse a través de la sangre o la linfa hacia los ganglios linfáticos inguinales u otros ganglios de la zona pélvica y, luego, hacia otras zonas del cuerpo.

Los ganglios linfáticos no suelen verse ni palparse durante los primeros estadios del cáncer, pero pueden agrandarse en los estadios posteriores. Su médico examinará lo ganglios linfáticos de la ingle presionando sobre la superficie de la piel. Esto se llama palpación.

Si se detecta que algún ganglio está agrandado o tiene un aspecto sospechoso en los estudios de diagnóstico por imágenes, es posible que le realicen una aspiración con aguja fina (AAF). Para ello, el profesional de atención médica utiliza una aguja delgada para extraer una muestra de tejido de los ganglios y analizarla.

En algunos casos, puede ser necesario extirpar todo el ganglio linfático o parte de él mediante una incisión en la piel. Esto se llama biopsia por escisión.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes brindan información sobre cuánto cáncer hay en el cuerpo y su ubicación. Para ver la extensión del cáncer en el ano y en las zonas cercanas (inclusive los ganglios linfáticos), se recomienda realizar una TC o una RM.

Tanto para la TC como para la RM se utiliza un equipo de gran tamaño con una abertura en forma de túnel en el centro. Si bien el procedimiento es similar, la RM tarda más tiempo y el equipo es más cerrado.

La RM no usa radiación y es más segura para la mayoría de las personas. Las personas con determinados monitores cardíacos, marcapasos o algunos tipos de grapas quirúrgicas no pueden someterse a una RM.

Para ambos tipos de estudios, es posible que le den un medio de contraste para que las imágenes sean más claras. Pueden dárselo como bebida, inyectarlo en una vena o ambas cosas. En algunas personas, el medio de contraste causa una reacción alérgica. Avise a su médico si ha tenido problemas con el medio de contraste en el pasado.

Para detectar zonas con cáncer fuera de la zona pélvica, se recomienda realizar una TC de tórax y abdomen con medio de contraste.

En algunos casos, la tomografía por emisión de positrones (TEP) puede combinarse con la TC o la RM. En la TEP, las células cancerosas aparecen más brillantes que las células normales. Esto sucede porque reaccionan de manera diferente a la glucosa (azúcar) radioactiva que se introduce en el cuerpo antes de realizar el estudio.

Análisis de VIH

Las personas con VIH tienen un riesgo elevado de padecer cáncer anal. Si no se ha realizado la prueba, el médico puede recomendarle un análisis de sangre para detectar el VIH. Si tiene VIH, recibir la atención que necesita también puede mejorar el resultado de su tratamiento para el cáncer.

Exploración ginecológica

Como el cáncer anal, el VPH es la causa de casi todos los casos de cáncer de cuello uterino. Se recomienda realizar una exploración ginecológica

Para ver la extensión del cáncer en el ano y en las zonas cercanas, se recomienda realizar una TC o RM. La TC utiliza una pequeña cantidad de radiación, mientras que la RM utiliza campos magnéticos para crear las imágenes.



con pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.

La detección de este tipo de cáncer consiste en raspar células del cuello uterino y analizarlas para detectar VPH, cáncer y cambios celulares que pueden provocar cáncer. Si no se realiza la prueba para detectar el VPH, se llama prueba de Papanicoláu. Si se analizan las células tanto para el VPH como para el cáncer, se llama prueba conjunta de VPH y Papanicoláu.

Análisis de *DPYD*

La capecitabina y el fluorouracilo (5-FU) son medicamentos de quimioterapia llamados fluoropirimidinas. Suelen utilizarse para tratar el cáncer anal. El cuerpo usa una enzima (proteína) especial llamada DPD para descomponer estos medicamentos para que puedan actuar de forma adecuada y segura.

Aproximadamente 1 de cada 15 personas hereda una diferencia en el gen involucrado en la producción de DPD, el gen *DPYD*. Esto se llama deficiencia de DPD. En estas personas, las fluoropirimidinas pueden acumularse y provocar efectos secundarios graves e incluso mortales, lo que se conoce como toxicidad por fluoropirimidinas.

Los signos y síntomas incluyen úlceras en la boca, dolor abdominal, sangre en las heces, náuseas, vómitos y diarrea. La piel de las palmas de las manos y las plantas de los pies pueden comenzar a descamarse y presentar enrojecimiento, hinchazón o entumecimiento. Otros posibles efectos secundarios incluyen falta de aire y caída del cabello.

Puede hacerse un estudio genético para saber si tiene la variante (diferencia) genética que causa deficiencia de DPD. Si se prevé un tratamiento con una fluoropirimidina, hable con su médico sobre el riesgo de toxicidad por esta clase de medicamento. Después de conocer su riesgo, puede hacerse un estudio genético de las variantes de *DPD*.

Si tiene alguno de los síntomas aquí mencionados en los días posteriores a recibir capecitabina o 5-FU, comuníquese de inmediato con su equipo de atención médica. Hay un tratamiento aprobado por la FDA para este efecto secundario poco frecuente de las fluoropirimidinas.

Estadificación

Los resultados de las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. El estadio describe la extensión del cáncer en el organismo.

El sistema de tumor, ganglio y metástasis (TNM) se usa para estadificar el carcinoma de células escamosas anal. Este sistema utiliza los siguientes 3 datos clave para determinar el estadio:

T: el tamaño y la extensión de la invasión del tumor anal. Los tumores se miden en centímetros (cm). Aproximadamente 2,5 cm equivalen a 1 pulgada.

N: si algún ganglio linfático cerca del ano tiene cáncer.

M: si el cáncer se ha extendido (ha hecho metástasis) a zonas alejadas del ano, como el hígado o los pulmones.

Una estadificación precisa ayuda a determinar el mejor plan de tratamiento para usted e indica la probabilidad de que el cáncer se cure.

Precáncer

Hay células anormales en la superficie del conducto anal o de la región perianal que se transforman en cáncer. Estos son los nombres para el precáncer anal:

- Cáncer anal en estadio 0
- Displasia anal
- Carcinoma *in situ*
- Neoplasia intraepitelial anal de alto grado (NIAAG)
- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG)



¿Necesito una segunda opinión?

El cáncer anal es un diagnóstico grave. Considere la posibilidad de tener una entrevista presencial con otro médico para ver si está de acuerdo con su diagnóstico y plan de tratamiento.

Estadio 1

En el cáncer anal en estadio 1, el tumor mide 2 cm o menos. El cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o a zonas alejadas del ano. El cáncer anal en estadio 1 se describe como T1, N0, M0.

Estadio 2

El cáncer anal en estadio 2 se divide en dos subestadios, en función del tamaño del tumor.

Los tumores anales de más de 2 cm, pero no mayores de 5 cm se clasifican como estadio 2A. Este estadio se describe como T2, N0, M0.

Los tumores anales de más de 5 cm se clasifican como estadio 2B. Este estadio se describe como T3, N0, M0. El cáncer anal en estadio 2 no se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o a zonas alejadas del ano.

Estadio 3

En el estadio 3, puede haber cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. Este estadio tiene tres subestadios.

En el estadio 3A, el tumor anal mide 5 cm o menos y hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. Este estadio se describe como T1, N1, M0 o T2, N1, M0.

En el estadio 3B, el tumor ha invadido órganos cercanos (como la vagina, la uretra o la vejiga), pero no hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. Este estadio se describe como T4, N0, M0.

En el estadio 3C, el tumor mide más de 5 cm o ha invadido órganos cercanos. El cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos. Este estadio se describe como T3, N1, M0 o T4, N1, M0.

Estadio 4

El cáncer es metastásico. Esto significa que se ha extendido a zonas alejadas de la zona pélvica, como el hígado o los pulmones. El cáncer anal en estadio 4 se describe como T (quizás 1, 2, 3 o 4), N (0 o 1), M1.

Estadificación y tratamiento

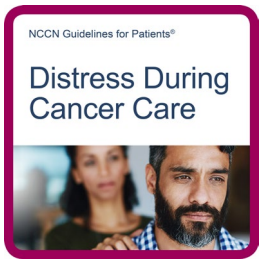
El cáncer anal en estadios 1, 2 y 3 no es metastásico. Esto significa que no se ha extendido a zonas distantes del cuerpo. Como el cáncer en estos estadios posiblemente puede curarse, el objetivo del tratamiento es curarlo.

Con excepción de algunos tipos de cáncer perianal en fase inicial, se recomienda la quimiorradiación para la mayoría de los cánceres anales no metastásicos, independientemente del estadio en el que se encuentren.

Malestar emocional

Es frecuente sentir depresión, ansiedad, miedo y angustia después de recibir un diagnóstico de cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Si siente preocupación, agobio o desesperanza, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y el malestar emocional en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Por el contrario, el tratamiento principal para el cáncer anal metastásico es quimioterapia o inmunoterapia. El objetivo del tratamiento para el cáncer anal metastásico suele ser prolongar la vida y aliviar los síntomas.

En el capítulo siguiente, se ofrece información detallada sobre el tratamiento.

Fertilidad y planificación familiar

El tratamiento para el cáncer anal, especialmente la radioterapia, puede afectar su capacidad para tener hijos.

La radiación daña los ovarios y los testículos, lo que hace que dejen de producir las hormonas necesarias para el embarazo natural. En algunos casos, el tratamiento con quimioterapia también puede dañar el semen o los óvulos y afectar la fertilidad.

Si desea tener hijos después del tratamiento o tiene dudas al respecto, hable con su equipo de atención médica. Le pueden explicar los riesgos del plan de tratamiento relacionados con la fertilidad.

También puede solicitar la derivación a un especialista para conocer las opciones disponibles para preservar la fertilidad, incluidas las que se describen a continuación.

Banco de semen

En estos bancos, el semen se congela en nitrógeno líquido y se almacena para su uso posterior.

Congelación de óvulos

Al igual que para el banco de semen, es posible extraer los óvulos no fertilizados para almacenarlos congelados y usarlos más adelante.

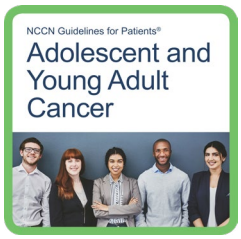
Banco de tejido ovárico

En este método, se utiliza la extracción de una parte o de la totalidad de un ovario para congelar la parte que contiene los óvulos. El tejido congelado que contiene los óvulos se puede descongelar posteriormente para volver a introducirlo en el cuerpo.

Transposición ovárica

Este procedimiento desplaza uno o ambos ovarios y trompas de Falopio fuera del alcance del haz de radiación. Otro nombre para este procedimiento es ooforopexia.

Para obtener más información sobre este tema, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer en adultos jóvenes* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- Después de que la biopsia confirma el carcinoma de células escamosas anal, se necesitan más estudios para planificar el tratamiento.
- Otros estudios que se recomiendan son el tacto rectal, la exploración de ganglios linfáticos, los estudios de diagnóstico por imágenes y el análisis de sangre de VIH. En personas de sexo biológico femenino, también se recomiendan pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.
- Después de conocer su riesgo de toxicidad por fluoropirimidinas, puede hacerse un estudio genético para saber si tiene la variante genética que causa deficiencia de DPD.
- Los resultados de las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Los estadios 1, 2 y 3 son no metastásicos. El estadio 4 es metastásico.
- El tratamiento para el cáncer anal puede afectar su fertilidad. Si desea tener hijos o tiene dudas al respecto, hable con su equipo de atención médica sobre métodos para conservar la fertilidad.

Preguntas para hacer

- ¿Me han realizado una anoscopia de alta resolución? Si no es así, ¿me la realizarán?
- ¿Qué tipo de cáncer anal tengo? ¿Cómo lo sabe?
- ¿Cuál es el estadio del cáncer?
- ¿Cuál es el grado del cáncer? ¿Qué significa eso?
- ¿Me harán alguna prueba genética?

3
Tratamiento para el cáncer anal

18 Cáncer del conducto anal (estadios 1 a 3)

18 Quimiorradiación

21 Cáncer perianal (estadios 1 a 3)

22 Seguimiento y vigilancia

23 Recidiva

26 Cáncer anal metastásico

28 Ensayos clínicos

30 Puntos clave

30 Preguntas para hacer

La quimiorradiación se recomienda para la mayoría de los casos de cáncer anal no metastásico. El cáncer anal metastásico se trata con una combinación de quimioterapia e inmunoterapia, y a veces también radioterapia.

Cáncer del conducto anal (estadios 1 a 3)

En esta sección, se ofrecen recomendaciones de tratamiento para los tumores del conducto anal en estadios 1, 2 y 3. Estos estadios no son metastásicos, lo que significa que el cáncer no se ha extendido fuera de la zona pélvica.

La quimiorradiación, que se describe a continuación, se recomienda para todos los carcinomas de células escamosas en estadio 1 a 3 del conducto anal. Esta biterapia consiste en quimioterapia y radioterapia administradas durante el mismo período.

Quimiorradiación

Radioterapia

La radioterapia externa se administra desde fuera del cuerpo mediante un equipo de gran tamaño. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar al tumor. Los haces de radiación se adaptan a la zona afectada por el cáncer. Esto ayuda a minimizar el daño del tejido sano.

Para tratar el cáncer anal, se recomienda usar una técnica de radioterapia avanzada llamada radioterapia de intensidad modulada (RTIM). Esta técnica es particular porque permite dirigir una dosis alta de radiación al tumor y, al mismo tiempo, limitar la cantidad que llega a las zonas cercanas, como las articulaciones de la cadera y los genitales externos. Esto puede ayudar a reducir los efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

Como parte de la quimiorradiación, la radiación se suele administrar de lunes a viernes de 5 a 6 semanas (entre 25 y 30 sesiones de tratamiento). El radiooncólogo elaborará un plan de tratamiento para dirigir los haces de radiación al tumor anal y a los ganglios linfáticos de la zona pélvica y la ingle.

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos contra el cáncer que circulan por el torrente sanguíneo para llegar a las células de todo el cuerpo. Aunque algunos se pueden tomar por vía oral, la mayoría se administra por vía intravenosa. Esto significa que el medicamento se infunde lentamente en el organismo a través de una vena.

Los medicamentos de quimioterapia que se prefieren actualmente para la quimiorradiación se incluyen en la **Guía 2**. Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y pueden ser más seguros que otros.

Si los esquemas de tratamiento preferidos de la **Guía 2** no son una opción para usted, existe otra alternativa recomendada: fluorouracilo (5-FU) y cisplatino. Otros tratamientos recomendados pueden ofrecer resultados efectivos, pero es posible que tengan menos evidencia científica, produzcan más efectos secundarios o no sean tan eficaces como los tratamientos preferidos.

Mientras recibe quimioterapia con uno de estos esquemas de tratamiento, también recibirá radioterapia 5 días a la semana.

Efectos secundarios a corto plazo de la radioterapia

Los efectos secundarios más frecuentes en la zona de radiación durante el período de 5 a 6 semanas de tratamiento son irritación, sensibilidad, enrojecimiento y úlceras o lesiones cutáneas.

Pregunte a su radiooncólogo sobre las pomadas de venta libre, como Aquaphor o Silvadene. Pueden calmar la piel y ayudar con la cicatrización.

Otros efectos secundarios a corto plazo de la radioterapia son fatiga, diarrea, micción frecuente, dolor al orinar y náuseas. La mayoría de ellos disminuyen con el tiempo una vez finalizado el tratamiento.

Es posible que no presente inmediatamente los efectos secundarios de la radioterapia. Pueden aparecer y empeorar más adelante en el ciclo o incluso después de finalizar el tratamiento.

Guía 2
Esquemas de quimioterapia preferidos para la quimiorradiación

Capecitabina y mitomicina	La **capecitabina** se toma por vía oral dos veces al día los días que recibe radioterapia (de lunes a viernes) durante un período de cinco semanas y media a seis semanas. El día que comience a tomar capecitabina, también recibirá una dosis única de **mitomicina** por vía intravenosa. Puede ser necesaria una segunda dosis al inicio de la quinta semana. Pregunte a su médico cómo puede evitar la segunda dosis de forma segura.
Fluorouracilo (5-FU) y mitomicina	El **5-FU** se administra mediante infusión continua durante varios días. Antes de comenzar la quimioterapia, se le colocará un dispositivo en la parte superior del tórax o una vía intravenosa especial en el brazo (vía central de inserción periférica) que le permitirá recibir tratamiento en cualquier lugar. El 5-FU se coloca en una pequeña bomba portátil que llevará puesta; la bomba infunde lentamente el medicamento en el cuerpo. La primera infusión comienza junto con la radioterapia y dura cuatro o cinco días. Recibirá otra infusión de 5-FU de cuatro a cinco días al inicio de la quinta semana de radioterapia. La bomba se desconectará y se retirará entre infusiones. El primer día de la primera infusión de 5-FU, se administra una dosis única de **mitomicina**. Puede ser necesaria una segunda dosis de mitomicina. Pregunte a su profesional médico cómo puede evitar la segunda dosis de forma segura.

Efectos secundarios a largo plazo de la radioterapia

La radioterapia para el cáncer anal también puede tener efectos secundarios a largo plazo y potencialmente graves sobre la fertilidad, la salud sexual y la función de los intestinos y la vejiga.

La radiación daña la función de producción de hormonas de los ovarios y testículos. Esto puede causar imposibilidad de concebir. El daño de los ovarios se conoce como insuficiencia ovárica prematura (IOP) o menopausia prematura inducida por radiación. Es posible que deba consultar a su ginecólogo o su médico de atención primaria para hablar sobre cómo controlar los síntomas de la menopausia precoz.

La radiación en la cavidad pélvica también puede acortar y estrechar la vagina. Esto puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a las exploraciones vaginales que realizan los médicos. Usar un dispositivo llamado dilatador vaginal durante la radioterapia y después de ella puede ayudar a estirar y ensanchar la vagina.

En las personas de sexo biológico masculino, los riesgos a largo plazo para la función sexual incluyen disfunción eréctil y disminución de la testosterona.

Consulte el *Capítulo 4: Supervivencia* para obtener información sobre cómo prevenir o controlar estos efectos.

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios más frecuentes de las quimioterapias recomendadas son náuseas, vómitos, diarrea, úlceras de la boca y la mucosa anal, y baja cantidad de glóbulos.

La capecitabina puede causar un efecto secundario llamado síndrome mano-pie. Los síntomas incluyen enrojecimiento, inflamación y dolor en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Pida la lista completa de posibles efectos secundarios a su equipo de atención médica.

Se necesita un equipo

Es recomendable que, en el tratamiento del cáncer anal, participe un equipo de expertos en salud digestiva con experiencia en quimioterapia, radioterapia y cirugía.

El tratamiento que usted y su equipo de atención médica acuerden debe anotarse en el plan de tratamiento, junto con los posibles efectos secundarios.



Cáncer perianal (estadios 1 a 3)

En esta sección, se ofrecen recomendaciones de tratamiento para cánceres perianales no metastásicos (estadios 1 a 3). También se denominan cánceres del margen anal.

Escisión local

Si bien la mayoría de los cánceres perianales se tratan con quimiorradiación, la escisión local (cirugía) puede ser una opción para **algunos** cánceres perianales en estadio 1 y estadio 2A. En estos estadios, el cáncer no se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos.

La escisión local implica extirpar solo el tumor y una pequeña zona de tejido circundante. Los ganglios linfáticos de la zona pélvica no se extirpan. Para que la escisión local sea una opción, el cáncer no debe haber invadido el músculo esfínter.

El grado del cáncer también es importante al determinar si la escisión local es viable. El grado es una clasificación que indica la rapidez con la que se prevé que el cáncer crezca y se extienda. Se basa en el aspecto de las células cancerosas anormales cuando se observan en el microscopio. Las puntuaciones más altas indican que es probable que el cáncer crezca y se extienda rápidamente. Hay cinco grados posibles:

- GX: no se puede evaluar el grado (grado indeterminado).
- G1: bien diferenciado (grado bajo).
- G2: moderadamente diferenciado (grado intermedio).
- Poco diferenciado (grado alto).
- No diferenciado (grado alto).

La escisión local es solo una opción para los cánceres perianales de grado bajo (G1) e intermedio (G2).

El tejido normal que rodea a la lesión extirpada durante la cirugía se llama margen quirúrgico. Si se extirpa un margen de al menos 1 centímetro (cm) y no contiene células cancerosas, terminó el tratamiento.

Si se extirpa un margen de menos de 1 cm o si el tejido contiene células cancerosas, el siguiente paso preferido es otra cirugía. Sin embargo, puede que esta no sea la mejor opción si existe el riesgo de perder la función intestinal normal.

El informe anatomopatológico también puede señalar características que indiquen que el cáncer reaparecerá después del tratamiento, como células tumorales en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos fuera del tumor principal. Esto se denomina invasión del espacio linfovascular (IELV).

Su equipo analizará su informe anatomopatológico y conversará con usted sobre las opciones y preferencias para reducir el riesgo de recidiva y mantener la función intestinal.

Quimiorradiación

La quimiorradiación se recomienda para todos los cánceres perianales no metastásicos que no cumplen con los criterios para la escisión local. Estos incluyen los siguientes:

- Cáncer en estadios 1 y 2 de rápido crecimiento (grado alto)
- Cáncer en estadio 2 que ha invadido el esfínter
- Cáncer en estadio 3

Seguimiento y vigilancia

Después de finalizar el tratamiento para el cáncer anal, se le realizarán estudios para detectar signos tempranos de que el cáncer pueda haber reaparecido. Esto se llama vigilancia. Las siguientes recomendaciones se aplican a los tumores del conducto anal y la región perianal.

Se recomienda realizar una exploración física con tacto rectal y anoscopia de ocho a doce semanas después de completar la quimiorradiación para comprobar los resultados del tratamiento. El médico también podría solicitar estudios de diagnóstico por imágenes.

Según los resultados, el cáncer se asignará a una de las siguientes categorías:

- Remisión total: no hay signos de cáncer en el organismo.
- Cáncer persistente: el cáncer permanece en el organismo, pero no ha crecido ni se ha extendido.
- Cáncer progresivo: el cáncer ha crecido o se ha extendido.

Remisión total

Si las pruebas de seguimiento iniciales no detectan signos de cáncer, la vigilancia recomendada se muestra en la **Guía 3**. Además del período de vigilancia, es importante que las personas que han padecido cáncer anal reciban otros cuidados. Consulte el *Capítulo 4: Supervivencia* para obtener más información.

Guía 3
Vigilancia durante la remisión total

Tacto rectal **Exámenes de ganglios linfáticos inguinales (de la ingle)**	Cada tres a seis meses durante cinco años, después del tratamiento.
Anoscopia	Cuando sea posible, se recomienda realizar una anoscopia cada seis a doce meses durante tres años después del tratamiento. En algunas personas, después del tratamiento con radioterapia, puede que la anoscopia sea muy dolorosa o produzca muchas molestias. En este caso, el médico puede recomendarle que se realice el examen con anestesia. O bien, pueden decidir juntos realizar la anoscopia con menos frecuencia o incluso omitirla por completo.
Estudios de diagnóstico por imágenes	**Cánceres en estadios 2 y 3:** se recomienda realizar estudios de diagnóstico por imágenes cada año durante tres años. Cualquiera de los siguientes si resulta adecuado: • TC de tórax, abdomen y zona pélvica con medio de contraste. • TC de tórax sin medio de contraste y RM de abdomen y zona pélvica con medio de contraste.

Cáncer persistente

Si en el primer examen de seguimiento se detecta cáncer, no significa que el tratamiento no funcionó. Algunos tumores anales tardan más en responder al tratamiento que otros. Puede ser conveniente realizar un seguimiento del cáncer durante un período de hasta seis meses después del tratamiento para comprobar si hay alguna mejoría. Esto puede evitar la necesidad de realizar una cirugía para extirpar el ano.

Si no se produce una remisión total o hay un empeoramiento, consulte “Cáncer progresivo” a continuación. Si hay remisión, se inicia el período de vigilancia ya descrito en la página anterior.

Cáncer progresivo

Si en el examen de seguimiento realizado entre ocho y doce semanas después del tratamiento se detecta que el cáncer ha progresado, se realizará una biopsia para confirmarlo.

Si los resultados de la biopsia confirman la progresión, el siguiente paso son los estudios de diagnóstico por imágenes. Estos pueden mostrar si el cáncer está limitado a la zona anal (localmente progresivo) o si se ha extendido a zonas alejadas de la zona pélvica (metástasis). Para el cáncer anal localmente progresivo, se recomienda la cirugía para extirpar el ano. Esta cirugía se describe con más detalle a continuación.

Antes de proceder con la cirugía, el médico puede recomendarle hacer primero un tratamiento de inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario. En algunos pacientes con cáncer anal, la inmunoterapia ha funcionado tan bien que no ha sido necesario recurrir a la cirugía. Sin embargo, no se han hecho muchas investigaciones sobre este enfoque. Hable con el médico sobre los beneficios y riesgos de demorar la cirugía para probar con inmunoterapia.

Recidiva

La recidiva es la reaparición del cáncer después de un período sin la enfermedad. El tratamiento depende de si el cáncer reaparece en el ano, en los ganglios linfáticos cercanos al ano o en zonas distantes, como el hígado o los pulmones.

Cuando el cáncer reaparece en el ano

Si el cáncer reaparece en la zona anal, se recomienda la cirugía para extirpar el ano. Esta se llama resección abdominoperineal (RAP). La RAP es una cirugía bastante radical que requiere cortar el abdomen y el perineo (la zona que se encuentra entre el ano y los genitales) para extirpar el cáncer.

Además del ano, la RAP suele implicar la extirpación del recto, la zona donde se unen el recto y el colon, y el tejido graso que rodea el recto. Durante la cirugía, también se extirparán los ganglios linfáticos de la ingle si se detectó que tienen cáncer.

La radioterapia para el cáncer anal debilita y daña el perineo, lo que puede interferir en la cicatrización después de la RAP. En algunos casos, para cerrar la herida es necesario tomar tejido de otra zona del cuerpo. Esto se conoce como reconstrucción con colgajo muscular. Puede mejorar la cicatrización del perineo y reducir complicaciones después de la cirugía. Para la reconstrucción, suele utilizarse un músculo del abdomen inferior, junto con piel, grasa y vasos sanguíneos. Si se prevé realizar una RAP, pregúntele a su médico sobre la reconstrucción con colgajo muscular.

Extirpar el ano significa que no hay una forma natural para que las heces salgan del cuerpo. Se necesita una colostomía permanente. La colostomía conecta el extremo del colon con la parte exterior del abdomen. Esto crea un orificio, llamado estoma, en la superficie del abdomen. Las heces salen del cuerpo a través del estoma y se depositan en una bolsa adherida a la piel.

Antes de proceder con esta cirugía radical, el médico puede recomendarle hacer primero un tratamiento de inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario. En ocasiones, la inmunoterapia funciona lo suficientemente bien como para evitar la cirugía. Pero no se han hecho muchas investigaciones sobre este enfoque. Hable con el médico sobre los beneficios y riesgos de demorar la cirugía para probar con inmunoterapia.

Si el cáncer reaparece en los ganglios linfáticos

Como la mayoría de las-personas reciben radioterapia como-parte del tratamiento inicial, generalmente no se vuelve a utilizar para tratar la misma zona. En este caso, normalmente tiene dos opciones:

- Cirugía para extirpar los ganglios linfáticos (disección de ganglios linfáticos)
- Quimioterapia con derivados del platino junto con inmunoterapia

En caso de que no haya recibido radioterapia como parte del tratamiento inicial, es la opción preferida para tratar los ganglios linfáticos con cáncer en la ingle.

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.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o maneja los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, como el dolor y la fatiga relacionada con la enfermedad. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales 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

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Vigilancia después del tratamiento para la recidiva

Estudios de diagnóstico por imágenes

Se recomienda realizarse estudios de diagnóstico por imágenes cada año durante tres años después de cualquier tipo de tratamiento para la recidiva. Es posible que le indiquen una TC de tórax, abdomen y zona pélvica con medio de contraste o TC de tórax sin medio de contraste y RM de abdomen y zona pélvica con medio de contraste.

Exámenes de ganglios linfáticos

Se recomienda realizarse un examen de ganglios linfáticos inguinales cada tres a seis meses durante cinco años después de cualquier tipo de tratamiento para la recidiva.

Tacto rectal

Si recibió tratamiento para el cáncer solo en los ganglios linfáticos (no le realizaron una RAP), se recomienda un tacto rectal cada tres a seis meses durante cinco años.

Anoscopia

Si recibió tratamiento para el cáncer solo en los ganglios linfáticos (no le realizaron una RAP), se recomienda una anoscopia cada 6 a 12 meses durante 3 años.

En algunas personas, después del tratamiento con radioterapia, es posible que no se pueda realizar una anoscopia debido a molestias o dolor. En este caso, el médico puede recomendarle que se realice el examen con anestesia. O bien, usted y el médico pueden decidir en conjunto omitir la anoscopia o realizarla con menos frecuencia que cada 6 a 12 meses.

Confíe en su equipo

Conozca a su equipo de atención médica. Confíe en sus habilidades, conocimientos y experiencia. Son uno de sus mayores recursos durante el tratamiento del cáncer.



Cáncer anal metastásico

En esta sección, se ofrecen recomendaciones de tratamiento para el cáncer anal que se ha extendido más allá de la zona pélvica. Si el cáncer anal forma metástasis, suele extenderse al hígado o a los pulmones. Cuando sea posible, se recomienda participar en un ensayo clínico para su tratamiento.

El cáncer anal metastásico se trata con tratamiento sistémico. En este momento, el esquema de primera línea preferido es una combinación de quimioterapia con derivados del platino e inmunoterapia. Consulte la **Guía 4**.

La radioterapia con dosis más bajas suele ser una opción para controlar el crecimiento del tumor y aliviar los síntomas causados por este. Esto se denomina radioterapia paliativa. Si se prevé esto, se tomarán las precauciones necesarias para garantizar que las zonas tratadas inicialmente con radioterapia no se traten por segunda vez.

Niveles 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.
- **Otros tratamientos recomendados** pueden ofrecer resultados efectivos, pero es posible que tengan menos evidencia científica, produzcan más efectos secundarios o no sean tan eficaces como los tratamientos preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Guía 4
Cáncer anal metastásico: tratamientos sistémicos de primera línea

Tratamiento de primera línea preferido	Carboplatino, paclitaxel más retifanlimab-dlwr (Zynyz). Nota: Se asume que los siguientes inhibidores del punto de control inmunitario son igual de efectivos que el retifanlimab (Zynyz) cuando se combinan con quimioterapia con derivados del platino: cemiplimab-rwlc (Libtayo), dostarlimab-gxly (Jemperli), nivolumab (Opdivo), pembrolizumab (Keytruda), penpulimab-kcqx (Anniko), tislelizumab-jsgr (Tevimbra), toripalimab-pzi (Loqtorzi).
Otros tratamientos de primera línea recomendados	• CAPEOX (capecitabina, oxaliplatino) • Carboplatino, paclitaxel • FOLFCIS (leucovorina, fluorouracilo, cisplatino) • FOLFOX (leucovorina, fluorouracilo, oxaliplatino) • Cisplatino, fluorouracilo • DCF con modificaciones (docetaxel, cisplatino, fluorouracilo)

Opciones de segunda línea y posteriores

Si el cáncer avanza durante o después del tratamiento de primera línea, existen otras opciones. Si no recibió inmunoterapia durante el tratamiento de primera línea, esta es la opción preferida para el tratamiento de segunda línea (si cumple con los requisitos).

O bien, si ya ha recibido inmunoterapia, los demás esquemas de quimioterapia recomendados que se mencionan en la **Guía 4** también son opciones para el tratamiento de segunda línea y posteriores.

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios más frecuentes de los esquemas de quimioterapia recomendados son náuseas, vómitos, diarrea, caída del cabello y úlceras en la boca y la mucosa anal.

Los medicamentos de quimioterapia con derivados del platino, como el carboplatino y cisplatino, pueden dañar los riñones.

El tratamiento extendido con cisplatino también puede causar problemas auditivos o pérdida de la audición.

El tratamiento extendido con oxaliplatino puede causar daño nervioso a los dedos de las manos y los pies. Entre los síntomas se incluyen entumecimiento, calambres, hormigueo o dolor en estas zonas.

Pídale a su equipo de atención médica que le explique:

- con qué frecuencia necesita recibir quimioterapia;
- durante cuánto tiempo necesita recibir quimioterapia;
- si también recibirá inmunoterapia y por cuánto tiempo;
- cómo se administrará la quimioterapia o la inmunoterapia (p. ej., por vía intravenosa, oral, bomba de infusión).

Efectos secundarios de la inmunoterapia

Los inhibidores del punto de control tienen efectos secundarios específicos. A diferencia de otros tratamientos contra el cáncer, los efectos secundarios de la inmunoterapia se producen porque el sistema inmunitario ataca a las células sanas del organismo. Aprender a reconocer las posibles reacciones puede permitirle informarlas antes a su equipo de atención médica.

Obtenga más información en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Asegúrese de informar a su equipo de atención médica sobre cómo se siente y si tiene síntomas nuevos o que empeoran.

Ensayos clínicos

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 médico 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.



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

¿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 se asemejen en formas específicas 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 del ensayo clínico 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 común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el 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. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.



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

NCCN.org/patients/comments

Puntos clave

- La quimiorradiación se recomienda para la mayoría de los casos de cáncer anal no metastásico. Para algunos cánceres perianales en estadio 1 o 2A de crecimiento lento, el tratamiento con escisión local puede ser una opción en lugar de la quimiorradiación.
- La quimiorradiación consiste en un tratamiento con quimioterapia y radioterapia durante el mismo período de 5 a 6 semanas. Se recomienda un examen de seguimiento posterior de 8 a 12 semanas para comprobar los resultados.
- Si no se detecta cáncer, se iniciará la vigilancia. La vigilancia durante la remisión incluye tacto rectal, exámenes de ganglios linfáticos y anoscopia. Para los cánceres en estadio 2 y 3, también se recomienda realizar estudios de diagnóstico por imágenes durante 3 años después del tratamiento.
- Es posible que se requiera cirugía para extirpar el ano en el caso de los tumores anales que no mejoran con el tratamiento recomendado o que reaparecen posteriormente. Este procedimiento implica crear un orificio permanente para que las heces salgan del cuerpo.
- Si el cáncer reaparece en los ganglios linfáticos de la ingle, las opciones dependen de si ya se ha administrado radioterapia en la zona. De ser así, las opciones pueden incluir una disección inguinal o un tratamiento sistémico.
- Se recomienda tratamiento sistémico para el cáncer anal metastásico. En este momento, el esquema de primera línea preferido es un tratamiento combinado con quimioterapia con derivados del platino e inmunoterapia.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía en lugar de quimiorradiación?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimiorradiación? ¿Cómo puedo prevenirlos o minimizarlos?
- ¿Recibiré radioterapia de intensidad modulada (RTIM)?
- ¿Qué sucede durante la sesión de simulación necesaria antes de la radioterapia?
- ¿Tendré que tomar medidas para garantizar la seguridad de mis familiares en mi hogar después de la radioterapia?

4
Supervivencia

32 Cambios en los intestinos y la vejiga

33 Salud sexual

34 Menopausia precoz

35 Salud mental y bienestar

35 Cuidado de la ostomía

35 Más información

37 Puntos clave

37 Preguntas para hacer

La supervivencia comienza el día en que se enteró que tenía cáncer anal. Se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.

Muchas personas que han padecido cáncer anal experimentan cambios en la función intestinal y sexual.

Cambios en los intestinos y la vejiga

La radiación dirigida al ano puede dañar los tejidos. Con el tiempo, puede formarse tejido cicatricial que afecta el funcionamiento de los músculos anales. Como resultado, es posible que se produzcan los siguientes cambios en sus hábitos intestinales:

- Incapacidad para controlar las deposiciones (incontinencia fecal)
- Aumento de las deposiciones
- Gases (flatulencia)
- Necesidad imperiosa de defecar
- Deposiciones líquidas

La incontinencia urinaria (incapacidad para retener la orina en la vejiga) y la necesidad imperiosa de orinar también son posibles después de la radioterapia para el cáncer anal.

Existen distintas maneras de controlar o aliviar estos síntomas. Los medicamentos antidiarreicos de venta libre pueden ayudar con las evacuaciones intestinales frecuentes y líquidas, ya que espesan las heces.

Modificar su alimentación puede contribuir a mejorar los cambios en los intestinos y la vejiga. Pida a su equipo de atención médica la lista de alimentos que pueden ser útiles y también de las comidas que debe evitar. Los síntomas podrían mejorar si se incorporan uno o más de lo siguiente:

- Alimentos ricos en fibra insoluble (no soluble)
- Suplementos de fibra
- Productos a base de psyllium (como Metamucil)

Hay mucho que aprender sobre la nutrición oncológica. A muchas personas que han tenido cáncer anal les resulta útil hablar con un nutricionista especializado en las necesidades de nutrición de los sobrevivientes de cáncer del sistema digestivo.

Fisioterapia del suelo pélvico

El suelo pélvico es un grupo de músculos que sostiene los órganos de la cavidad pélvica. Estos músculos desempeñan un papel clave en el control de los intestinos y la vejiga, así como en la función y la excitación sexual.

Hay formas de fortalecer estos músculos antes y después del tratamiento. Esto se conoce como fisioterapia del suelo pélvico y hay profesionales de la salud especializados en ella.

Pida ayuda a su equipo de atención médica para encontrar un especialista en suelo pélvico en su zona. La fisioterapia del suelo pélvico puede incluir ejercicios caseros para tensar y soltar los músculos vaginales y anales (ejercicios de Kegel), así como técnicas manuales a cargo de un fisioterapeuta.

Salud sexual

El tratamiento para el cáncer anal puede causar cambios en la función y en la salud sexual, por ejemplo:

- Dificultad para lograr una erección
- Disminución del deseo sexual (libido)
- Sequedad vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Estrechamiento y acortamiento de la vagina

Aunque puede resultar incómodo hablar de salud sexual, tenga en cuenta que estos efectos secundarios son frecuentes y, a menudo, pueden controlarse o atenuarse. Considere la posibilidad de acudir a un terapeuta de salud sexual. Estos profesionales de la salud se especializan en ayudar a las personas que han padecido cáncer y a otras personas a superar y controlar los efectos secundarios que tiene el tratamiento oncológico en la sexualidad.

Muchos centros oncológicos cuentan con programas centrados exclusivamente en la salud sexual tras el tratamiento para el cáncer anal. Pregunte a su médico sobre los recursos disponibles a través de su centro oncológico que pueden ayudar a minimizar el impacto del tratamiento del cáncer en su salud sexual.

Tratamiento con dilatadores vaginales

La radioterapia en la zona pélvica puede acortar y estrechar la vagina. Esto se denomina estenosis vaginal. La estenosis vaginal puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a los exámenes vaginales que realizan los médicos.

El tratamiento con dilatadores vaginales durante la radioterapia y después de ella puede ayudar. Un dilatador vaginal es un dispositivo utilizado para estirar o ensanchar gradualmente la vagina. Existen diferentes tamaños, así como kits de dilatadores que contienen dispositivos de diferentes tamaños. El tamaño del dilatador puede aumentarse con el tiempo a medida que la vagina se alarga y ensancha.

Usar un dilatador durante las sesiones de radioterapia puede ayudar a mantener la salud sexual después del tratamiento.

La supervivencia comienza con el diagnóstico. Se enfoca en su salud y bienestar durante y después del tratamiento del cáncer.

El apoyo de familiares, amigos y cuidadores es una parte importante de la supervivencia.



Menopausia precoz

Hasta la menopausia, los ovarios producen las hormonas necesarias para la menstruación y el embarazo natural. La radiación daña los ovarios y provoca una disminución de los niveles hormonales. Esto afecta la fertilidad y también puede producir los siguientes síntomas de la menopausia:

- Interrupción de la menstruación
- Sofocos
- Problemas para dormir
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Cambios de humor
- Sequedad vaginal

La hormonoterapia para la menopausia puede aliviar estos efectos secundarios. Hablar con un equipo o médico especializado en menopausia puede ser útil para determinar si este tratamiento es adecuado para usted.

Cambios hormonales en las personas de sexo biológico masculino

La radioterapia daña los testículos y altera su capacidad de producir hormonas, como la testosterona. Los síntomas de niveles bajos de testosterona pueden incluir:

- disminución del deseo sexual (libido);
- dificultad para lograr una erección;
- cambios de humor;
- fatiga;
- aumento de la grasa corporal.



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

Si presenta alguno de estos síntomas, informe a su equipo de atención médica. Es posible que necesite evaluación y tratamiento adicional.

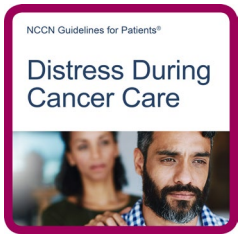
Salud mental y bienestar

Los efectos del cáncer anal y su tratamiento pueden ser difíciles de sobrellevar. Muchas personas que han padecido cáncer afirman tener una menor calidad de vida en general tras el tratamiento del cáncer.

Además de los efectos sobre la función intestinal, vesical y sexual, son frecuentes efectos más generales como fatiga, problemas para respirar y dificultad para dormir. Muchos sobrevivientes del cáncer anal también se muestran reticentes a compartir su diagnóstico por miedo a ser juzgados. Esto puede provocar aislamiento y angustia.

Si siente ansiedad, angustia, depresión o simplemente tiene problemas para afrontar la vida después del cáncer, recuerde que cuenta con apoyo. Su equipo de atención médica seguramente le preguntará por su salud mental. Si no lo hace, dígale. Existen recursos que pueden ayudar. Los trabajadores sociales de su centro de tratamiento pueden compartir recursos financieros y de salud mental con usted.

Consulte más información en *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Cuidado de la ostomía

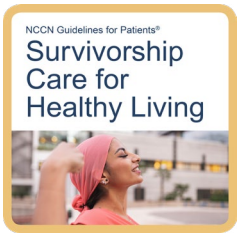
Si le realizaron una ostomía, le recomendamos unirse a un grupo de apoyo para pacientes con ostomías. Otra opción es consultar con un profesional de atención médica especializado en el cuidado de ostomías, como un enfermero experto en ellas.

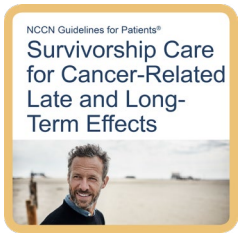
Puede seguir teniendo un estilo de vida activo con una ostomía. Pero es recomendable consultar con un profesional especializado en ostomías antes de realizar cualquier actividad física de alta intensidad.

Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer:

- *Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*
- *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*





Hábitos saludables para las sobrevivientes del cáncer



Siga las recomendaciones de su profesional de atención primaria para la detección de otros tipos de cáncer de acuerdo con su edad, sexo y su nivel de riesgo.



Obtenga otro tipo de atención médica recomendada, como el control de la presión sanguínea, pruebas de detección de hepatitis C y vacunas (como la de la gripe).



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados.



El alcohol puede aumentar el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer. Beba poco o nada de alcohol.



Muévase más; reduzca el sedentarismo. Trate de hacer ejercicio de intensidad moderada durante al menos 150 minutos por semana.



Mantenga un peso saludable. Hacer un seguimiento de su peso, alimentación, calorías y niveles de actividad podría ayudar a cumplir sus objetivos.



Deje de consumir tabaco. Pregunte al equipo de atención médica sobre opciones que le sirvan para dejar de fumar. La terapia psicológica y los medicamentos suelen ser algunas opciones disponibles.



La radioterapia en la zona pélvica aumenta el riesgo de fracturas de la pelvis. Su médico puede comenzar a controlar su densidad ósea.

Puntos clave

- La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.
- El plan de atención de supervivencia es útil al momento de traspasar su cuidado al médico de cabecera.
- Mantener hábitos saludables puede ayudar a prevenir otros cánceres y problemas de salud.
- Si le preocupa cómo pagar su atención oncológica, es posible que disponga de asistencia financiera.

Preguntas para hacer

- ¿Puede proporcionarme un plan de atención de supervivencia?
- ¿Este centro de tratamiento cuenta con un programa de atención a los sobrevivientes?
- ¿Qué puedo esperar durante una consulta de atención a los sobrevivientes?



¡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

5
Otros recursos

39 Qué más hay que saber

39 Qué más hacer

39 Dónde obtener ayuda

40 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:

- Tratamiento de los efectos secundarios
- Relación con otros sobrevivientes de cáncer
- Creación de un sistema de apoyo
- Implementación de cambios en el estilo de vida
- Control de 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.

Anal Cancer Foundation
analcancerfoundation.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Cancer Survivor Care
cancersurvivorcare.org

Colorectal Cancer Alliance
ccalliance.org

Fight Colorectal Cancer
fightcolorectalcancer.org

GRACE
cancergrace.org

HPV Cancers Alliance
hpvalliance.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Love Your Buns
loveyourbuns.org

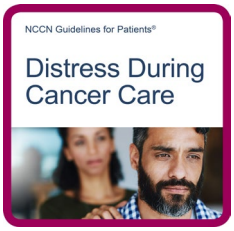
Triage Cancer
triagecancer.org

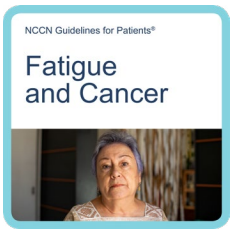
Preguntas para hacer

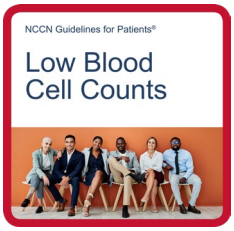
- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Hay otros servicios disponibles para mí y mis cuidadores?

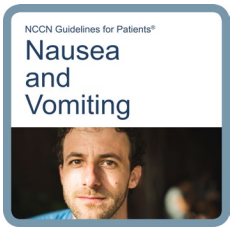
Recursos sobre el tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

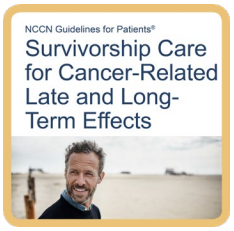














Palabras que debe conocer

ano
El orificio que se encuentra en el extremo del intestino grueso a través del cual las heces salen del cuerpo.

colostomía
Cirugía que permite que las heces salgan del cuerpo después de que se haya extirpado el ano. El extremo del intestino se une a un orificio en la superficie del abdomen. Las heces se recogen en una bolsa desechable fuera del cuerpo.

conducto anal
La pequeña sección del intestino grueso que conecta el recto con el orificio anal. Es donde se origina la mayoría de los cánceres anales.

ensayo clínico
Estudio de investigación que utiliza tratamientos experimentales que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA de Estados Unidos.

esfínter anal
Músculo con forma de anillo que rodea el orificio anal que se relaja o contrae para abrir o cerrar el ano.

estenosis vaginal
Afección en la que la vagina se acorta y estrecha. Suele estar causada por la radioterapia en la zona pélvica o algunos tipos de cirugías. La mucosa de la vagina también puede ser más delgada y seca, y contener tejido cicatricial.

ganglios linfáticos inguinales
Ganglios linfáticos de la ingle.

ingle
La zona del cuerpo donde el muslo se une con el abdomen.

libido
Deseo sexual o la emoción o energía mental relacionadas con el sexo.

quimiorradiación
El uso de quimioterapia y radioterapia durante el mismo período para tratar el cáncer. Un primer tratamiento frecuente que se utiliza para el cáncer anal.

radioterapia de intensidad modulada (RTIM)
Un tipo de radioterapia de haz externo (RTHE) preferido para tratar tumores anales.

región perianal
El orificio anal y la piel que lo rodea. También se lo llama margen anal.

resección abdominoperineal (RAP)
Tipo de cirugía que se puede necesitar para el cáncer anal que no responde al tratamiento inicial o que reaparece después de este. La RAP extirpa el ano, el recto, los ganglios linfáticos cancerosos y otros tejidos cercanos. Se necesita una colostomía permanente.

tratamiento complementario
Una gama de recursos y cuidados para mejorar la calidad de vida de las personas que han padecido cáncer.

tratamiento sistémico
Tratamiento con medicamentos contra el cáncer que abordan las células de todo el cuerpo. La quimioterapia es un tratamiento sistémico.

virus del papiloma humano (VPH)
La infección de transmisión sexual más frecuente. El cáncer anal casi siempre está causado por una infección por VPH.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el carcinoma anal, versión 2.2026. 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

Erin Vidic, máster en Artes
Redactora médica sénior, Información para pacientes

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el carcinoma anal, versión 2.2026, 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. Alan P. Venook, vicepresidente
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Mohamed Adam
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Manju Ambelil
Fox Chase Cancer Center

Dr. George J. Chang, máster en Cirugía, máster en Gestión Sanitaria
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dra. Kristen K. Ciombor
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

* Dra. Stacey A. Cohen
Fred Hutchinson Cancer Center

Dra. Madison Conces
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Dustin Deming
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dr. Ignacio Garrido-Laguna, doctor en Medicina
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dr. Jean L. Grem
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Carla Harmath
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Paul Haste
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. J. Randolph Hecht
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

*J. Kevin Hicks, doctor en Farmacia, doctor en Farmacología, Socio del Colegio Estadounidense de Farmacia Clínica
Moffitt Cancer Center

Dra. Sarah Hoffe
Moffitt Cancer Center

Dr. Steven Hunt
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

* Dr. Hisham Hussan
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Kimberly L. Johung, doctora en Medicina
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Nora Joseph
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dra. Natalie Kirilcuk
Stanford Cancer Institute

Dr. Midhun Malla, máster en Ciencias
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Rifat Mannan
City of Hope National Medical Center

Dra. Jennifer K. Maratt, máster en Ciencias
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. Wells A. Messersmith
University of Colorado Cancer Center

Dr. Jeffrey Meyer, máster en Ciencias
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Jeffrey Meyerhardt, máster en Salud Pública
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

* Dr. Eric D. Miller, doctor en Medicina
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Mary F. Mulcahy
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dr. Steven Nurkin, máster en Ciencias
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Hitendra Patel
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Katrina Pedersen, máster en Ciencias
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Leonard Saltz
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Charles Schneider
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. David Shibata
The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Benjamin Shogan
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

* Laurie Singer
DoubleLL Productions

Dr. Constantinos T. Sofocleous, doctor en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Dra. Anna Tavakkoli, máster en Ciencias
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Christopher G. Willett
Duke Cancer Institute

Dra. Christina Chu
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

NCCN

Lisa Gurski, doctora en Medicina
Gerente sénior de Contenido Clínico con licencia

Frankie Jones
Coordinadora de las Guías

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

Centros oncológicos de NCCN

Para conocer la información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

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/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

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

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

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

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

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, New York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama

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

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Buffalo, New York

Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
St. Louis, Missouri

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 Angeles, 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, Michigan

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

Notas

Índice

análisis de *DPYD* 12

anoscopia 10, 22, 25

displasia anal 5, 13

ensayo clínico 28-29

escisión local 6, 21

estenosis vaginal 33

examen de tacto rectal 9-10, 20, 25

factores de riesgo 6

fertilidad 15, 20, 34

incontinencia 32

inmunoterapia 6, 14, 23-24, 26-27

menopausia precoz 20, 34

nutrición 32

nutricionista 32

quimiorradiación 6, 14, 18, 21-22

radioterapia de intensidad modulada (RTIM) 18

resección abdominoperineal (RAP) 23, 25

salud mental 35

salud sexual 20, 33

supervivencia 31-37

tratamiento con dilatadores vaginales 20, 33

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 9, 12

virus del papiloma humano (VPH) 6, 11-12



NCCN Guidelines for Patients®

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

Cáncer anal

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de Incyte Corporation.

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-1949-0726