National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

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

Cáncer de colon



Presentada con el apoyo de

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

Disponible en Internet en
NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

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

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

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

Revisada y corregida todos los años.

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

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

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

NCCN Guidelines for Patients se basa en las
NCCN Guidelines® para el cáncer de colon, 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
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
Guiding Treatment. Changing Lives.

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

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

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

Apoyo adicional proporcionado por

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 de colon

8 Capítulo 2
Pruebas para el cáncer de colon

17 Capítulo 3
Tratamiento para el cáncer de colon no metastásico

25 Capítulo 4
Tratamiento para el cáncer de colon metastásico

38 Capítulo 5
Supervivencia

43 Capítulo 6
Otros recursos

47 Palabras que debe conocer

49 Colaboradores de NCCN

50 Centros oncológicos de NCCN

52 Índice

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

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

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

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

1
Acerca del cáncer de colon

5 ¿Qué es el cáncer de colon?

5 ¿Qué son los pólipos?

6 ¿Cómo se trata el cáncer de colon?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

En esta guía, se describe el tratamiento del adenocarcinoma, el tipo más frecuente de cáncer de colon.

¿Qué es el cáncer de colon?

Es una enfermedad que se forma en el intestino grueso. El colon absorbe el agua de los alimentos que usted come y los transforma en heces. Las heces permanecen en los últimos 13 a 15 cm (5 a 6 pulgadas) del intestino grueso (el recto) hasta que salen del cuerpo a través del ano.

El cáncer comienza en células microscópicas anormales que se encuentran en la capa más interna de la pared del colon. Si no se detecta ni se trata de manera precoz, las células cancerosas pueden crecer hacia las capas más profundas de la pared del colon y, luego, a las zonas cercanas del cuerpo.

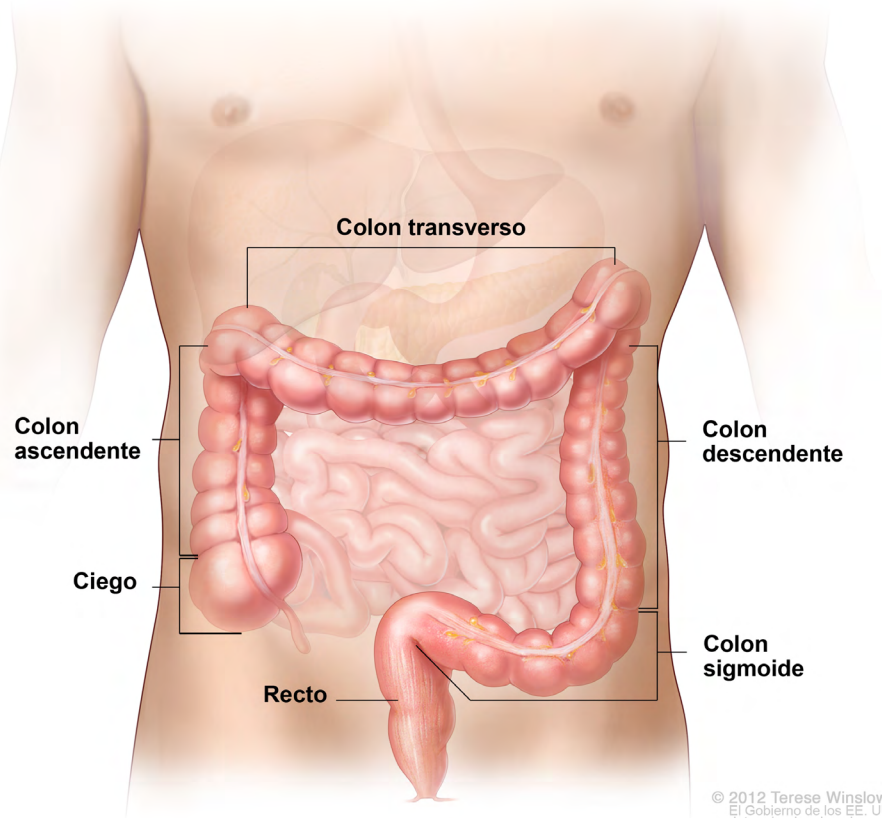
Las células cancerosas también pueden desprenderse del tumor del colon y desplazarse a través de la linfa o la sangre a los ganglios linfáticos cercanos o a órganos distantes, normalmente, al hígado o los pulmones.

¿Qué son los pólipos?

Los pólipos son tumores no cancerosos que se forman en la capa más interna del intestino. El tipo más común de pólipo se llama adenoma. Aunque puede tardar muchos años, los adenomas pueden convertirse en un cáncer de colon invasivo, llamado adenocarcinoma. El adenocarcinoma es el tipo más frecuente de cáncer de colon.

El colon

Los tumores de colon suelen describirse como derecho o izquierdo según el lugar del colon donde se origina. Los tumores derechos comienzan en el ciego, el colon ascendente o en la mitad derecha del colon transverso. Los tumores izquierdos se forman en el colon descendente, en el colon sigmoide o en el lado izquierdo del colon transverso.



© 2012 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos.

Los pólipos que casi nunca se transforman en cáncer son los pólipos hiperplásicos e inflamatorios.

Extirpar los pólipos puede ayudar a prevenir el cáncer antes de que comience a desarrollarse. La mayoría puede extirparse durante una colonoscopia mediante un procedimiento endoscópico menor llamado polipectomía. Además, se pueden analizar para corroborar que el cáncer no haya comenzado a formarse.

Para obtener más información sobre la detección temprana de pólipos, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Detección del cáncer colorrectal* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



¿Qué contiene este recurso?

- Estudios para saber si el tumor tiene una característica importante llamada deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H).
- Elaboración de un plan de atención en función de si el cáncer presenta dMMR o MSI-H y de los resultados de otras pruebas.
- Tratamiento para los pólipos con cáncer y todos los estadios del cáncer de colon.
- Supervivencia.

¿Cómo se trata el cáncer de colon?

Una intervención endoscópica menor, llamada polipectomía, puede ser el único tratamiento necesario para un pólipo en el que el cáncer acaba de comenzar a desarrollarse.

Si el cáncer es demasiado grande o profundo para extirparlo mediante polipectomía, se necesita cirugía para quitar la parte cancerosa del colon. Después de la cirugía, puede indicarse un tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer) según el estadio del cáncer. El estadio se determina mediante la cirugía.

El cáncer de colon que se ha extendido al hígado, los pulmones o el abdomen al momento del diagnóstico es estadio 4 y metastásico. La mayoría de las personas reciben tratamiento sistémico. Si bien muchos tumores en estadio 4 no tienen cura, es posible lograr una curación o remisión a largo plazo cuando se pueden extirpar todas las áreas afectadas por el cáncer o tratarlas de manera localizada.

Los resultados de las pruebas para detectar características únicas del cáncer ayudan a su médico a decidir qué tratamientos sistémicos pueden ser más eficaces. Para los tumores metastásicos con una característica llamada deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H), se recomienda la inmunoterapia si reúne determinados requisitos.

¿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.

Cómo puede ayudar esta guía

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

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

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

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

2
Pruebas para el cáncer de colon

10 Colonoscopia

11 Estudios de la reparación de desajustes

11 Antecedentes médicos familiares

11 Pruebas de la vía PI3K

12 Pruebas para detectar la deficiencia de DPD

13 Estudios de diagnóstico por imágenes

14 Análisis de sangre

14 Fertilidad y planificación familiar

15 Puntos clave

16 Preguntas para hacer

2 Pruebas para el cáncer de colon

Su equipo de atención médica elaborará un plan de tratamiento específico para usted. En primer lugar, le realizarán pruebas para recabar información sobre el cáncer y su estado de salud general. Se deben analizar todos los tipos de cáncer de colon para determinar si presentan alteraciones (cambios) en los genes que reparan el ADN dañado, llamados genes de reparación de desajustes (MMR).

Si se sospecha de cáncer de colon, se recomienda realizar las pruebas que se describen en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Guía 1
Pruebas para diagnosticar el cáncer de colon y determinar su plan de tratamiento

Pruebas para el diagnóstico y la planificación del tratamiento	• Colonoscopia. • Biopsia. • TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica. • Análisis del tumor para determinar el estado de reparación de desajustes (MMR) o la inestabilidad microsatelital (MSI). • Pruebas de detección de alteraciones en la vía PI3K del tumor (con el fin de tomar decisiones sobre la administración de aspirina después del tratamiento para prevenir la recidiva). • Análisis de sangre: hemograma completo (HC), perfil metabólico completo (PMC) y antígeno carcinoembrionario (ACE). • Determinación del riesgo de cáncer y síndromes hereditarios y, posiblemente, pruebas genéticas. • Evaluación de su bienestar mental y nivel de malestar emocional.
Otros estudios o tratamiento que puede recibir si es necesario	• RM de cavidad pélvica y abdomen. • Pruebas para detectar las variantes del gen *DPYD* que causan deficiencia de dihidropirimidina deshidrogenasa (DPD) si el plan de tratamiento incluye quimioterapia. • Ayuda para dejar de fumar. • Planificación familiar y opciones para conservar la fertilidad. • Otros estudios de diagnóstico por imágenes si su médico sospecha que el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos o a órganos distantes.

Colonoscopia

La mayoría de los tipos de cáncer de colon se detectan durante la colonoscopia. Este procedimiento permite que un profesional de atención médica, normalmente un gastroenterólogo, examine todo el intestino grueso.

Si se detectan pólipos o zonas de tejido sospechosas, se extirparán durante el procedimiento con un instrumento de corte. Esto se llama polipectomía. Si se detecta un crecimiento anormal, se extirpará un trocito. Esto se llama biopsia.

Un experto, llamado anatomopatólogo, buscará células cancerosas en los pólipos y en las muestras de biopsia mediante un microscopio. Si las encuentra, realizará un diagnóstico de cáncer.

El diagnóstico y otros resultados se incluirán en un documento llamado informe de anatomopatología. Solicite a su profesional de atención médica una copia o instrucciones sobre cómo acceder a los resultados por vía electrónica.

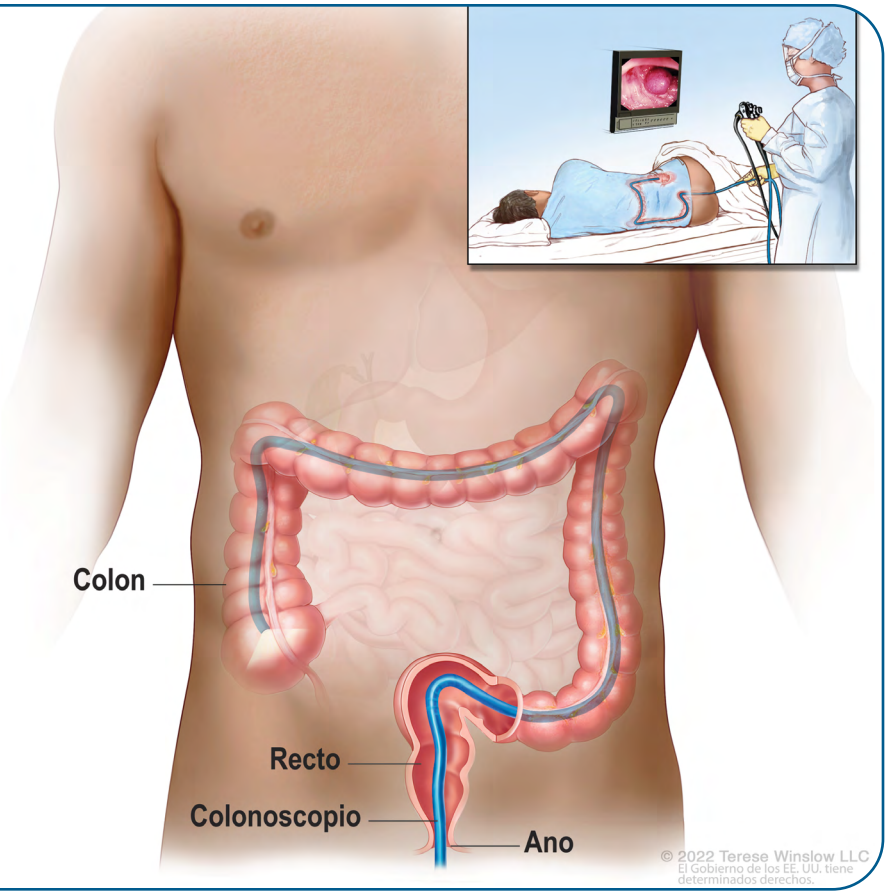
Para obtener más información sobre la colonoscopia de detección y qué esperar de esta, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Detección del cáncer colorrectal* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Colonoscopia

Es un procedimiento que le permite al médico (por lo general, un gastroenterólogo) observar, extirpar o tomar una muestra de cualquier pólipo o tejido anormal del colon.

Se introduce un dispositivo delgado a través del ano, que sube por el recto y llega al colon. El dispositivo tiene una luz, una cámara y un instrumento de corte.



Estudios de la reparación de desajustes

En todos los tumores de colon, se deben realizar pruebas para detectar alteraciones (cambios) en los genes que normalmente encuentran y reparan el ADN dañado, lo que se denomina genes de reparación de desajustes (MMR). Los estudios consisten en analizar una pequeña muestra del tumor de colon en un laboratorio.

Según el método utilizado, el resultado anormal se llama deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H). Estos tipos de cáncer presentan una gran cantidad de genes con mutaciones (alteraciones) y responden de manera diferente a los tratamientos para el cáncer de colon.

La mayoría de los tumores de colon no presenta ninguna de estas características y se considera que tienen reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad de microsatélites (MSS).

Antecedentes médicos familiares

El profesional de atención médica le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares biológicos (consanguíneos). Las personas que tienen un familiar de primer grado con cáncer de colon tienen más probabilidades de tener este cáncer en comparación con aquellas que no tienen antecedentes familiares de este tipo de cáncer.

La mayoría de los tipos de cáncer de colon ocurre por razones desconocidas. Si bien es poco frecuente, algunas personas nacen con una alteración que las hace más propensas a contraer cáncer de colon y de otro tipo. Estas alteraciones se llaman síndromes de cáncer hereditario. Dos de estas afecciones incluyen el síndrome de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar (PAF).

Las personas que nacen con el síndrome de Lynch tienen un riesgo alto de desarrollar algunos tipos de cáncer, como cáncer colorrectal, de endometrio y de ovarios. El síndrome de Lynch se produce por diferencias hereditarias de los genes de MMR. Para los tumores que presentan dMMR o el biomarcador MSI-H se recomienda realizar estudios para detectar el síndrome de Lynch.

La PAF causa la formación de muchos pólipos en el colon y el recto. Los pólipos comienzan como tumores benignos, pero, con el tiempo, pueden transformarse en cáncer de colon invasivo. El cáncer suele desarrollarse alrededor de los 50 años en personas con PAF.

Pruebas genéticas para el riesgo de cáncer hereditario

Si se sospecha un cáncer o síndrome de cáncer hereditario, el profesional de atención médica podría realizar una derivación a un asesor genético. Este experto puede hablar con usted y su familia sobre los estudios para detectar síndromes relacionados con el cáncer de colon.

Para estos estudios, se toma una muestra de sangre o saliva. Un anatomopatólogo analiza la muestra para determinar si hay diferencias genéticas (hereditarias) de estirpe germinal que causen estos síndromes. Se recomienda consultar con un asesor genético si el resultado de las pruebas genéticas fue positivo.

Pruebas de la vía PI3K

Algunos tumores de colon presentan alteraciones en los genes de la vía PI3K. Entre los genes de esta vía se incluyen *PIK3CA* y *PTEN*. Los cambios en estos genes pueden activar una enzima (PI3K) que provoca el rápido crecimiento del cáncer y su reaparición después del tratamiento.

Los expertos en cáncer han descubierto que, en el caso de los tumores que presentan estos cambios, tomar aspirina diariamente durante 3 años después de la cirugía y otros tratamientos recomendados ayuda a prevenir la reaparición del cáncer.

Confirme con su equipo de atención médica que se analizará el tumor de colon para detectar alteraciones somáticas (no hereditarias) que activan la vía PI3K.

Pruebas para detectar la deficiencia de DPD

La capecitabina y el fluorouracilo (5-FU) son medicamentos de quimioterapia llamados fluoropirimidinas. Suelen utilizarse para tratar el cáncer de colon. El cuerpo usa una enzima (proteína) especial, llamada DPD, para descomponer estos medicamentos de modo que puedan actuar de forma adecuada y salir del cuerpo de forma segura y eficiente. DPD son las siglas de dihidropirimidina deshidrogenasa.

Aproximadamente 1 de cada 15 personas hereda una diferencia en el gen que produce DPD, el gen *DPYD*. Esto conlleva una menor producción de proteína DPD y se denomina deficiencia de DPD. En estas personas, las fluoropirimidinas pueden acumularse hasta el punto de provocar efectos secundarios graves e incluso a veces mortales, lo que se conoce como toxicidad por fluoropirimidinas.

Los signos y síntomas suelen comenzar varios días después del primer tratamiento con esta sustancia. Los 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 puede comenzar a descamarse y presentar enrojecimiento, hinchazón y dolor. Otros posibles efectos secundarios incluyen falta de aire y caída del cabello.

Si tiene alguno de estos síntomas 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 de EE. UU. para este efecto secundario poco frecuente de las fluoropirimidinas.

Si planea recibir tratamiento con una fluoropirimidina, consulte con su profesional de atención médica sobre la toxicidad por fluoropirimidinas. Después de conocer su riesgo, puede hacerse una prueba genética para saber si tiene la variante genética que causa deficiencia de DPD.

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



Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden mostrar zonas con cáncer dentro del cuerpo. Un radiólogo interpreta las imágenes y comunica los resultados a su oncólogo. Su equipo de atención médica le indicará cómo prepararse para los estudios de diagnóstico por imágenes. Avise si siente nervios en espacios reducidos. Es posible que le ofrezcan un medicamento llamado sedante para que pueda relajarse.

TC

La tomografía computarizada (TC) es útil para mostrar ganglios linfáticos y otras zonas a donde puede extenderse el cáncer. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo que se asemeja a un túnel. Podrá oír y hablar con el técnico en todo momento.

Se utiliza una sustancia, denominada medio de contraste, para que las imágenes sean más claras. Se inyecta en una vena o se mezcla con un líquido para beber. Avise a su médico si ha tenido problemas con el medio de contraste anteriormente.

RM

La resonancia magnética (RM) no suele utilizarse para planificar el tratamiento del cáncer de colon. Su médico puede indicarle una RM para obtener una mejor imagen del hígado o del recto si los resultados de la TC no están claros.

Realizarse una RM es parecido a una TC, pero no se utilizan rayos X. Tarda más en realizarse y es posible que sienta calor en el cuerpo durante el procedimiento. Algunos centros de diagnóstico por imágenes utilizan un medicamento para disminuir el movimiento de los intestinos. Si se prevé realizar una RM, pregunte a su equipo de atención médica qué puede esperar.

TC

La tomografía computarizada (TC) es útil para mostrar ganglios linfáticos y otras zonas a donde puede extenderse el cáncer. Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo que se asemeja a un túnel. Podrá oír y hablar con el técnico en todo momento.



Análisis de sangre

Los análisis de sangre para detectar un posible cáncer de colon suelen incluir un hemograma completo (HC) y un perfil bioquímico. Estas pruebas proporcionan una visión general de su estado de salud.

También se recomienda realizar pruebas de antígeno carcinoembrionario (ACE). Las personas con cáncer de colon pueden tener un nivel más elevado de esta proteína en la sangre al momento del diagnóstico. No obstante, algunas personas tienen niveles elevados de ACE por distintas razones.

Después del tratamiento, se puede verificar el nivel de ACE de manera periódica como parte de una estrategia integral de vigilancia.

Fertilidad y planificación familiar

Por razones desconocidas, el cáncer de colon se está diagnosticando con más frecuencia en adultos jóvenes. Algunos tratamientos para el cáncer hacen que sea difícil o imposible tener hijos. Si desea tener hijos en el futuro, hable con su equipo de atención médica antes de comenzar el tratamiento. Le explicarán los riesgos del plan de tratamiento relacionados con la fertilidad.

A continuación, se describen algunos métodos para conservar la fertilidad antes del tratamiento del cáncer. Su médico puede realizar una derivación para que reciba asesoramiento sobre sus opciones de conservación de la fertilidad.

Banco de semen

En estos bancos, el semen se congela en nitrógeno líquido y se almacena para su uso posterior. Otro nombre para el banco de semen es crioconservación de semen.

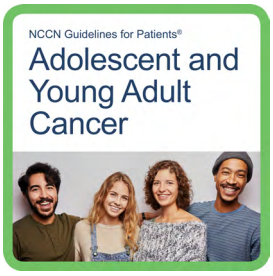
Congelación de óvulos

Es posible extraer los óvulos no fertilizados para almacenarlos congelados y usarlos más adelante. Esto se llama congelación de óvulos o crioconservación de ovocitos.

Banco de tejido ovárico

En este método, se utiliza la extracción de un fragmento 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.

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



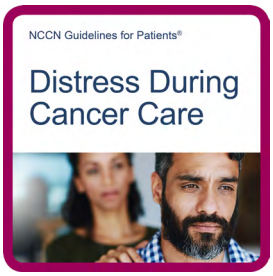
Puntos clave

- Todos los tumores de colon deben someterse a pruebas de deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o de inestabilidad microsatelital alta (MSI-H). Los que no presentan ninguno de estos biomarcadores se describen como tumores con reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad de microsatélites (MSS).
- Si se determina que el cáncer presenta los biomarcadores dMMR o MSI-H, se recomienda realizar pruebas genéticas (de sangre o saliva) para detectar el síndrome de Lynch.
- Se recomienda realizar un hemograma completo (HC), perfil bioquímico y antígeno carcinoembrionario (ACE) como parte de las pruebas iniciales.
- Para determinar si el cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos o a otros órganos importantes, se recomienda hacer una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica.
- Las pruebas para detectar alteraciones en la vía PI3K del tumor ayudan a determinar si debe tomar aspirina diariamente después de la cirugía para prevenir la recidiva.
- Si es probable que su plan de tratamiento incluya quimioterapia con fluoropirimidinas, puede optar por realizarse una prueba para saber si tiene las diferencias genéticas que causan deficiencia de DPD.
- Si desea tener hijos en el futuro o todavía no lo ha decidido, consulte con su equipo de atención médica sobre los riesgos relacionados con la fertilidad de su plan de tratamiento y las opciones para conservarla.

Malestar emocional

Es frecuente sentir depresión, ansiedad, miedo y malestar emocional 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.



Preguntas para hacer

- ¿El cáncer tiene algún biomarcador de dMMR o MSI-H?
- ¿El tumor es derecho o izquierdo? ¿Esto es importante?
- Tengo antecedentes de cáncer de colon en mi familia. ¿Qué significa esto para mi atención?
- Mi médico me dijo que necesito quimioterapia con fluoropirimidinas. ¿Son seguras? ¿Debería realizar la prueba de deficiencia de DPD?
- ¿Qué sucede si estoy gestando ahora o espero hacerlo en el futuro?



¡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

3

Tratamiento para el cáncer de colon no metastásico

18 Pólipos con cáncer

19 Cáncer invasivo

21 Estadificación

22 Quimioterapia después de la cirugía

23 Vigilancia

24 Puntos clave

24 Preguntas para hacer

En este capítulo, se explica el tratamiento de los pólipos con cáncer y de los tumores del colon que no se han extendido al hígado, los pulmones o el revestimiento abdominal.

Pólipos con cáncer

Existen dos tipos principales de pólipos. Los pólipos pediculados crecen sobre un tallo y tienen la parte superior redondeada. Los pólipos sésiles son más planos y no sobresalen de la pared intestinal. Si el cáncer acaba de empezar a formarse en un pólipo, se denomina pólipo maligno.

La mayoría de los pólipos pueden extirparse durante una colonoscopia mediante un procedimiento endoscópico menor llamado polipectomía. En muchos casos, no se necesita ningún otro tratamiento. En otros casos, se requiere la resección (cirugía) para extirpar una porción más grande del colon si es necesario.

Su médico tendrá en cuenta los siguientes factores para determinar si se necesita la resección después de la polipectomía:

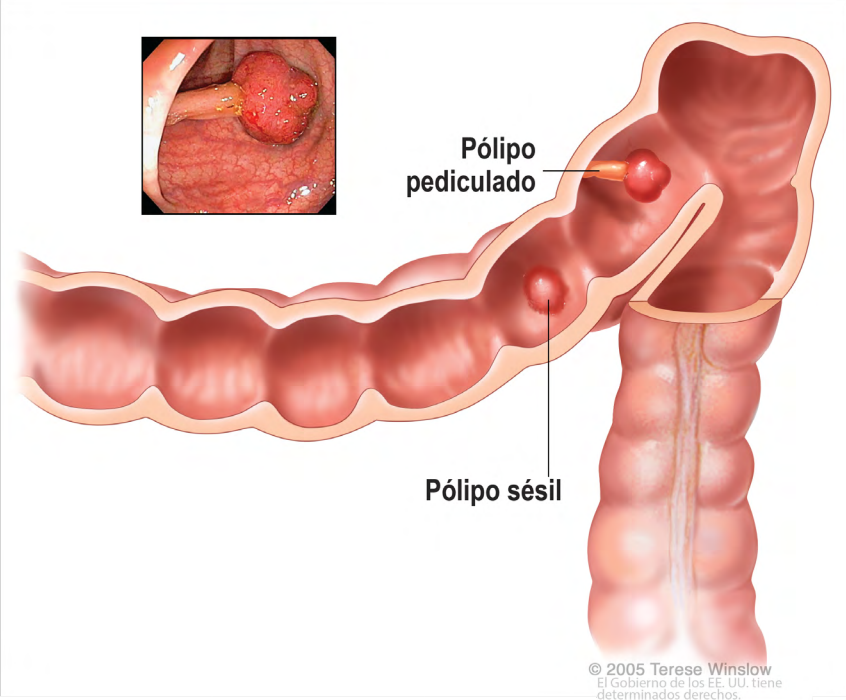
- El tamaño y la forma del pólipo
- Los resultados de la polipectomía
- Los resultados de las pruebas del tejido extirpado

Tras la extirpación de un pólipo de bajo riesgo mediante polipectomía, comenzará el período de vigilancia como se describe a continuación.

Vigilancia después de una polipectomía

Después de una polipectomía, se recomiendan las siguientes pruebas de seguimiento:

- **Colonoscopia en 1 año**
- **Exámenes físicos con proctoscopia cada 3 a 6 meses durante 2 años**



Cáncer invasivo

Si el cáncer se ha extendido demasiado hacia el interior de la pared del colon como para poder extirparlo mediante una polipectomía, es necesario realizar una colectomía (cirugía). La cirugía es una opción solo si el tumor se puede extirpar por completo.

Si no puede someterse a una cirugía en primer lugar debido al lugar donde se encuentra el tumor o a otros motivos, se recomienda realizar un tratamiento sistémico (quimioterapia o inmunoterapia) primero. El tratamiento sistémico también se puede recomendar en primer lugar para el cáncer avanzado o para el que se ha extendido a los ganglios linfáticos.

Si se planifica tratamiento sistémico en primer lugar, se recomienda quimioterapia para tumores con reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad de microsatélites (MSS).
La inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario se prefiere para los tumores con deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H).

En ocasiones, se indica radioterapia (sola o con quimioterapia) junto con tratamiento sistémico para el cáncer irresecable.

Colectomía

La cirugía para extirpar una parte del colon con cáncer se denomina colectomía. El cirujano también extirpará el tejido graso que sostiene el colon y contiene vasos sanguíneos y ganglios linfáticos, llamado mesenterio. Si el cáncer se ha extendido a órganos o tejidos contiguos, tendrán que extirparse en conjunto (en bloque) al momento de la intervención quirúrgica. Luego, se suturan o grapan los dos extremos sanos del colon restante.

La colectomía se puede realizar de dos maneras. El método abierto extirpa el tejido tumoral a través de un corte grande en el abdomen. El método mínimamente invasivo, ya sea laparoscópico o robótico, implica hacer unos pocos cortes pequeños. Los instrumentos, incluida una videocámara, se introducen a través de los cortes para ver y extirpar parte del colon.



Su equipo de atención médica le dará información sobre lo siguiente:

- Cómo prepararse para la cirugía.
- Qué esperar durante la cirugía y después de ella.
- Cómo será la recuperación.
- Cuáles serán los posibles efectos secundarios a corto y a largo plazo de la colectomía, como los siguientes:
  - Fuga en el lugar donde se volvió a unir el colon (fuga anastomótica).
  - Cambios en los hábitos intestinales.
  - Obstrucción intestinal debido a tejido cicatricial.
  - Órganos que salen a través de tejidos o músculos debilitados por la cirugía (hernia).

El tejido extirpado durante la intervención quirúrgica se envía a un anatomopatólogo. El anatomopatólogo determina cuánto se ha extendido el cáncer dentro de la pared del colon. También analiza los ganglios linfáticos extirpados para detectar cáncer. Estos resultados se utilizan para determinar el estadio del cáncer. El estadio ayuda a decidir si necesita quimioterapia después de la cirugía.

Colostomía

En el momento de la colectomía, algunas personas también pueden someterse a un procedimiento denominado colostomía. Esto se realiza en casos en los que puede no ser seguro volver a unir las secciones remanentes del colon. En la colostomía, la parte superior del colon remanente se une a una abertura en la superficie del abdomen. Esta abertura se llama estoma.

Las heces salen del cuerpo a través del estoma y entran en una bolsa adherida a la piel. Por lo general, esto solo es necesario durante un breve período. Para la cirugía de cáncer de colon, la colostomía suele poder revertirse con otra operación. La colostomía también se conoce como derivación porque desvía (redirige) el paso de las heces.

Si el tumor obstruye el paso de las heces

Los tumores que se forman en el intestino o alrededor de él pueden obstruir el paso de las heces y su expulsión del cuerpo. El intestino puede desobstruirse mediante alguna de las distintas técnicas quirúrgicas o con un tubo de malla metálica llamado *stent*.

Colostomía

Si los dos extremos sanos del colon remanente no se pueden volver a unir de forma segura después de extirpado el cáncer, se puede realizar una colostomía. La colostomía conecta una parte del colon con una abertura que se hace en el abdomen (estoma) que permite que pasen las heces. Para la cirugía de cáncer de colon, la colostomía suele poder revertirse con otra operación. Esto depende de varios factores y puede requerir un largo tiempo de espera para permitir que sane el colon.



© 2005 Terese Winslow
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos.

Estadificación

El estadio describe la extensión del cáncer en el organismo. El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis) del American Joint Committee on Cancer (AJCC) se usa para clasificar el cáncer de colon en estadios. En el sistema del AJCC, se utiliza la siguiente información clave sobre el cáncer para la estadificación:

- **T:** cuánto se ha extendido el tumor en la pared del colon o a través de ella.
- **N:** si algún ganglio linfático tiene cáncer.
- **M:** si el cáncer se ha extendido a zonas u órganos fuera del colon (metástasis).

Las puntuaciones de T, N y M se combinan para asignar uno de los siguientes estadios al cáncer: 0, I (1), II (2), III (3) o IV (4).

Estadio 0

Hay células anormales en la capa interna de la pared del colon. Estas células anormales pueden convertirse en cancerosas y extenderse a las capas más profundas de la pared del colon. El cáncer de colon en estadio 0 también se llama carcinoma localizado del colon.

Estadio 1

El cáncer se ha extendido hacia la segunda o la tercera capa de la pared del colon. No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos ni fuera del colon.

Estadio 2

El cáncer se ha extendido hacia la cuarta capa de la pared del colon o más allá. No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos ni fuera del colon.



Abordaje en equipo

Siempre que sea posible, el tratamiento del cáncer de colon debe estar a cargo de un equipo de expertos en las siguientes especialidades:

- Salud digestiva (gastroenterología)
- Quimioterapia (oncología médica)
- Cirugía (oncología quirúrgica)
- Radioterapia (radiooncología)
- Estudios de diagnóstico por imágenes (radiología)

Estadio 3

El cáncer se ha extendido desde el colon a los ganglios linfáticos cercanos o hay metástasis tumorales. Las metástasis tumorales son pequeños tumores de la grasa que rodea al colon.

Estadio 4

El cáncer se ha extendido fuera del colon y a los ganglios linfáticos cercanos. El cáncer de colon suele extenderse al hígado o a los pulmones.

Quimioterapia después de la cirugía

Según el estadio del cáncer, es posible que reciba quimioterapia después de la cirugía. Esto se llama quimioterapia adyuvante. El objetivo es eliminar cualquier célula cancerosa que quede en el cuerpo. Después de la quimioterapia (en caso necesario), comienza el período de vigilancia.

Estadio 1

No necesita quimioterapia. Comenzará el período de vigilancia.

Estadio 2

Su médico puede (o no) recomendar quimioterapia. Considerará el subestadio del cáncer (2A, 2B o 2C), el estado de reparación de desajustes y las características de alto riesgo del tumor.

Estadio 3

Luego de la cirugía, se recomienda quimioterapia para todos los tumores en estadio 3. Normalmente, se prefiere FOLFOX o CAPEOX para la mayoría de las personas, pero las opciones menos intensas para los tumores con pMMR o MSS incluyen capecitabina y fluorouracilo.

Para los tumores con dMMR o MSI-H, se puede indicar un medicamento de inmunoterapia llamado atezolizumab (Tecentriq) junto con la quimioterapia. Para obtener más información sobre la inmunoterapia, consulte el *Capítulo 4: Tratamiento para el cáncer de colon metastásico.*

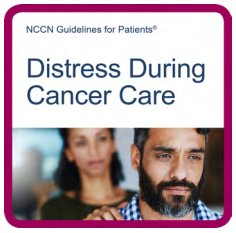
La quimioterapia adyuvante suele indicarse durante un período de 3 a 6 meses. La duración del tratamiento depende del esquema terapéutico y de si el cáncer presenta características que indiquen que es probable que reaparezca.

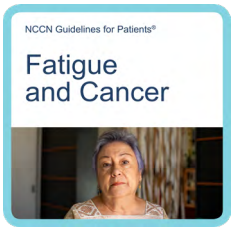
Efectos secundarios de la quimioterapia

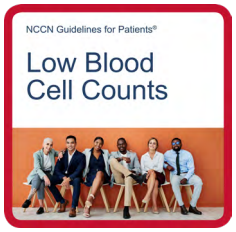
Los efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia son caída del cabello, úlceras bucales, daño nervioso, náuseas, vómitos y baja cantidad de células sanguíneas, entre otros.

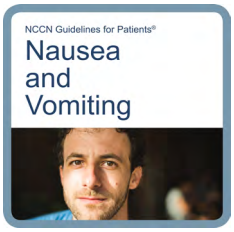
Pregunte a su equipo de atención sobre las formas de prevenir o aliviar los efectos secundarios. Por ejemplo, usar guantes y zapatillas hipotérmicas durante las infusiones de quimioterapia puede aliviar el daño nervioso en las manos y los pies. Del mismo modo, el uso de un gorro hipotérmico en el cuero cabelludo durante las infusiones podría prevenir o reducir la caída del cabello.

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









Vigilancia

Las pruebas de seguimiento comienzan cuando ya no hay signos de cáncer después de recibir tratamiento. Pueden ayudar a encontrar nuevos tumores de manera precoz. La vigilancia recomendada se describe a continuación según el estadio del cáncer.

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 5: Supervivencia.*

Estadio 1

Se recomienda realizarse una colonoscopia 1 año después de la cirugía para los tumores en estadio 1. El momento de realización de la siguiente colonoscopia dependerá de estos resultados.

No necesitará estudios de diagnóstico por imágenes ni otras pruebas de manera periódica. Si presenta síntomas o su profesional de atención médica sospecha que hay recidiva, le indicarán realizar estudios de diagnóstico por imágenes.

Estadios 2 y 3

Además de la colonoscopia, la vigilancia para el cáncer de colon en estadios 2 y 3 incluye exámenes físicos, análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre y TC. El cronograma recomendado de vigilancia se indica en la **Guía 2.**

Aspirina

Para los tumores en estadio 2 y 3 con alteraciones que activan la vía PI3K, se recomienda tomar aspirina diariamente durante 3 años después de la cirugía para reducir el riesgo de recidiva. No comenzará a tomarla hasta que se recupere de la cirugía.

Mantenerse en actividad

Procure mantenerse en actividad una vez que haya entrado en la fase de vigilancia de su atención médica. Los expertos recomiendan al menos 150 minutos de actividad física moderada a intensa por semana. Hable con su equipo de atención médica sobre las opciones para cumplir este objetivo que mejor se adapten a su forma de vida y a sus capacidades físicas.

Guía 2
Vigilancia después del tratamiento para tumores en estadios 2 y 3

Examen físico **Análisis de ACE en sangre**	**Primeros 2 años:** cada 3 a 6 meses **Próximos 3 años:** cada 6 meses
TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica	Cada 6 a 12 meses durante 5 años
Colonoscopia	**Si no se le realizó una colonoscopia total al momento del diagnóstico:** se recomienda realizar una colonoscopia entre 3 y 6 meses después de la cirugía. **Si se le realizó una colonoscopia total al momento del diagnóstico:** se recomienda realizarse una colonoscopia 1 año después de la cirugía.

Puntos clave

- La polipectomía puede ser el único tratamiento necesario para los pólipos cancerosos. En otros casos, puede que se necesite una cirugía para extirpar una sección más grande del colon.
- La colectomía es necesaria cuando el cáncer no se detecta a tiempo para poder extirparlo mediante una polipectomía. Si el cáncer es avanzado o se ha extendido a los ganglios linfáticos, se puede indicar tratamiento sistémico antes de la cirugía.
- Si no es posible realizar una intervención quirúrgica, se recomienda el tratamiento sistémico.
- La quimioterapia se recomienda después de la colectomía para todos los tumores en estadio 3, independientemente del estado de reparación de desajustes. Para los tumores con deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H), se puede administrar un medicamento de inmunoterapia con la quimioterapia.
- Se recomienda mantener la vigilancia para detectar si hay recidiva durante 5 años después del tratamiento. Según el estadio, los estudios pueden incluir colonoscopias, exámenes físicos, análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre y TC.
- Para los tumores en estadio 2 y 3 con alteraciones que activan la vía PI3K, se recomienda tomar aspirina diariamente durante 3 años después de la cirugía para reducir el riesgo de recidiva.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía?
- ¿Necesitaré quimioterapia o inmunoterapia antes de la cirugía? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cuál es el beneficio?
- ¿Recomienda usar un gorro hipotérmico durante las infusiones para prevenir la caída del cabello?
- ¿Recomienda usar guantes y zapatillas hipotérmicas durante las infusiones para minimizar el daño nervioso?
- ¿Qué probabilidades hay de que vuelva el cáncer después del tratamiento con cirugía?

Análisis de ADNtc

Después de la cirugía para extirpar un tumor de colon, es posible que queden fragmentos microscópicos de ADN liberados por el tumor en el torrente sanguíneo. Esto se llama ADN tumoral circulante (ADNtc). Si se detecta ADN tumoral circulante (ADNtc) en la sangre después de la cirugía, es probable que el cáncer vuelva a aparecer en algún momento.

Los investigadores están estudiando activamente si los resultados del ADNtc deberían utilizarse para tomar decisiones acerca del tratamiento y de qué manera hacerlo. Actualmente, los análisis de ADNtc no deben sustituir la vigilancia habitual ni otros tratamientos recomendados.

4

Tratamiento para el cáncer de colon metastásico

26 Pruebas de biomarcadores

27 Tratamientos locales

29 Tratamiento para el cáncer en estadio 4 con pMMR o MSS

32 Cáncer en estadio 4 con dMMR o MSI-H

34 Cáncer en estadio 4 en el abdomen

35 Ensayos clínicos

37 Puntos clave

37 Preguntas para hacer

Si no se detecta y trata a tiempo, las células cancerosas se desprenderán del tumor de colon y circularán por la linfa o la sangre a otras partes del cuerpo, generalmente el hígado, los pulmones, los ganglios linfáticos o el abdomen. Este proceso se llama metástasis. La planificación del tratamiento para el cáncer de colon metastásico comienza con las pruebas de biomarcadores.

Pruebas de biomarcadores

No todos los tipos de cáncer de colon son iguales. La realización de pruebas de biomarcadores (características únicas) en el tumor ayuda a identificar tratamientos que podrían ser más eficaces para su tipo específico de cáncer y a evitar aquellos que tienen menos probabilidades de ser beneficiosos.

Siempre que sea posible, estas pruebas deben realizarse en una muestra de tejido tumoral extirpada durante una biopsia o cirugía. O bien, si es necesario, se puede analizar una muestra de sangre.

Todos los tipos de cáncer de colon metastásicos deben someterse a los siguientes análisis de biomarcadores:

- Mutaciones de *KRAS* y *NRAS*
- Mutaciones V600E de *BRAF*
- Amplificación de HER2
- Deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H)

El análisis de muchos biomarcadores a la vez se denomina panel multigénico (MGPT). Además de los biomarcadores mencionados con anterioridad, el MGPT puede detectar otros que son menos frecuentes, como mutaciones de *POLE/POLD1*, fusiones de los genes *RET* y *NTRK*.

“Mi doctor me recordó que el estrés no puede ayudarme, pero sí puede perjudicarme. Me ayudó a recordar que debía controlar aquello que sí estaba a mi alcance y a relajarme frente a aquello que escapaba de mi control”.



Tratamientos locales

Las opciones para tratar tumores de hígado y pulmón pueden incluir tratamientos locales. Estos tratamientos eliminan o destruyen los tumores sin dañar la zona circundante.

Algunas son técnicas de oncología/radiología intervencionista, también conocidas como tratamientos guiados por imágenes. Estas técnicas utilizan estudios de diagnóstico por imágenes, como la ecografía, TC o TEP para administrar tratamientos mínimamente invasivos contra el cáncer. El uso de los estudios de diagnóstico por imágenes durante el procedimiento le permite a su médico abordar con precisión los tumores y confirmar la eficacia del tratamiento.

Para saber si la cirugía u otros tratamientos locales son opciones posibles, un equipo multidisciplinario de expertos debe analizar su caso. Este equipo debe incluir un cirujano especializado en extirpar tumores de hígado y pulmón y un oncólogo/radiólogo intervencionista.

Resección

La cirugía para extirpar los tumores de hígado o pulmón se llama resección. La resección puede combinarse con la ablación (que se describe a continuación) para extirpar por completo los tumores pequeños.

Si es necesaria una resección hepática, es posible que primero haya que agrandar el hígado. Esto se realiza mediante un procedimiento mínimamente invasivo llamado embolización de la vena porta.

Ablación del tumor

La ablación guiada por imágenes es un tipo de tratamiento que destruye tumores pequeños de hígado o pulmón con un daño mínimo al tejido sano que lo rodea. Puede combinarse con cirugía para extirpar completamente un tumor o usarse sin combinar para tumores pequeños que se pueden extirpar o destruir por completo.

Los métodos de ablación térmica utilizan calor extremo (el más común) o frío extremo para destruir los tumores. Un radiólogo o cirujano intervencionista coloca una aguja especial, llamada sonda, dentro del tumor o junto a él. La sonda administra energía al tumor mientras minimiza el daño al tejido normal que lo rodea.

Un método no térmico que utiliza pulsos eléctricos puede ser útil para tumores ubicados en áreas donde no se puede realizar una resección ni ablación térmica.

Tratamientos intraarteriales

Si el cáncer se ha extendido principalmente al hígado y otros tratamientos no han funcionado o no se pueden administrar, los tratamientos intraarteriales dirigidos al hígado pueden ser una opción. Estos tratamientos abordan los tumores hepáticos con lo siguiente:

- Microesferas de quimioterapia (quimioembolización)
- Esferas radiactivas (radioembolización)

El uso de esferas radiactivas se conoce como radioterapia interna selectiva (RTIS) o radioembolización hepática transarterial (RETA). A estos procedimientos los realizan oncólogos o radiólogos intervencionistas.

En casos poco frecuentes en que no se pueden utilizar la quimioterapia ni la radioterapia, se pueden utilizar microesferas que no contienen medicamentos para obstruir físicamente la irrigación sanguínea al tumor. Esto se llama embolización simple.

QIAH

La quimioterapia mediante infusión arterial hepática (QIAH) es la que se administra directamente al hígado. Mediante una vía de acceso o una bomba que suele colocarse durante la cirugía, los medicamentos se introducen directamente en la arteria que llega al hígado. A la QIAH solo deben realizarla oncólogos con experiencia en este método.

Radioterapia corporal estereotáctica

La radioterapia corporal estereotáctica (RTCE) puede utilizarse para tratar el cáncer rectal que se ha extendido al hígado, los pulmones o los ganglios linfáticos.

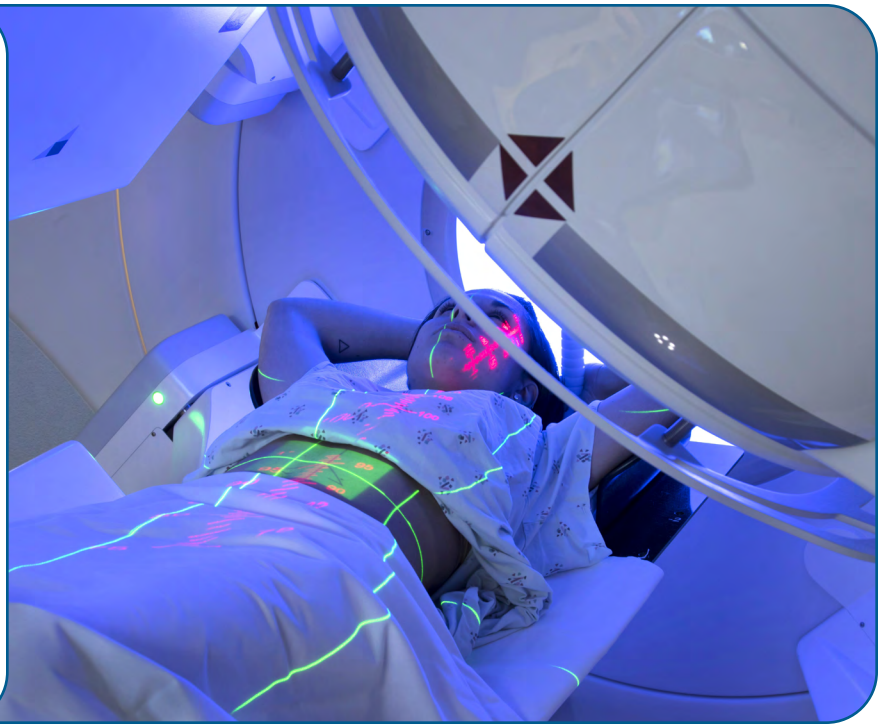
En la RTCE, se administran dosis altas de radiación al tumor/a los tumores metastásicos mediante haces muy precisos. La radiación se genera en un equipo de gran tamaño que se encuentra fuera del cuerpo. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar a los tumores.

El tratamiento con RTCE suele completarse en 5 sesiones o menos, llamadas fracciones.

“Soy sobreviviente de cáncer de colon en estadio III. Recomendaría vivir un día a la vez, una hora a la vez si es necesario. Pida una segunda opinión para sentir seguridad sobre su plan de tratamiento. Por último, conéctese con otras personas que hayan pasado por lo mismo que usted. El apoyo entre pares (ya sean pacientes o cuidadores) mientras atraviesa su proceso con el cáncer es invaluable”.

RTCE para tumores metastásicos

Puede utilizarse un tipo de radioterapia llamada RTCE para tratar el cáncer de colon que se ha extendido al hígado, los pulmones o los huesos. El tratamiento normalmente lleva 5 sesiones o menos.



Tratamiento para el cáncer en estadio 4 con pMMR o MSS

La mayoría de los tipos de cáncer de colon no presenta alteraciones en los genes que reparan el ADN dañado, llamados genes de reparación de desajustes (MMR). Los tumores sin estas características (la mayoría de los tumores de colon) se describen como tumores con reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad de microsatélites (MSS).

La mayoría de los tumores en estadio 4 son irresecables. Esto significa que no es posible extirpar de manera segura todas las zonas afectadas por el cáncer mediante resección (cirugía) ni destruirlas mediante otros tratamientos localizados. Se necesita un tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer) que actúe en todo el cuerpo.

¿Qué esquema de quimioterapia recibiré primero?

El tratamiento sistémico que se recibe en primer lugar se llama tratamiento de primera línea. Las opciones recomendadas para el tratamiento de primera línea se enumeran en la **Guía 3**. Se recomienda a todas las personas considerar la participación en un ensayo clínico (si esta opción está disponible). Pregunte a su equipo de atención médica si cumple los requisitos para participar en algún ensayo en curso.

Guía 3
Tratamiento sistémico de primera línea para el cáncer irresecable en estadio 4 con pMMR o MSS

Opción para todos los tumores en estadio 4 con pMMR/MSS	Un fármaco llamado bevacizumab (Avastin) puede agregarse a cualquiera de los siguientes esquemas de quimioterapia recomendados: - FOLFIRI - FOLFOX - CAPEOX - FOLFIRINOX **¿Qué es el bevacizumab (Avastin)?** El bevacizumab es un tipo de medicamento contra el cáncer llamado inhibidor de la angiogénesis. Impide que el tumor forme nuevos vasos sanguíneos que necesita para crecer.
Opción para tumores del lado izquierdo del colon con genes *KRAS*, *NRAS* y *BRAF* normales	Un inhibidor del EGFR puede agregarse a cualquiera de los siguientes esquemas de quimioterapia recomendados: - FOLFIRI - FOLFOX **¿Qué es el inhibidor de EGFR?** Los inhibidores de EGFR son tratamientos dirigidos que inhiben la actividad de una proteína específica involucrada en el crecimiento celular. Son más eficaces en los tumores que se forman en el lado izquierdo del colon. El cetuximab (Erbitux) y el panitumumab (Vectibix) son inhibidores de EGFR recomendados.

La mayoría de los tumores en estadio 4 irresecables no pasan a ser resecables durante el tratamiento de primera línea. El tratamiento sistémico suele continuar. Dado que, por lo general, el cáncer en estadio 4 no tiene cura, el objetivo de la quimioterapia es frenar el crecimiento y la propagación del cáncer.

¿Qué ocurre si el cáncer empeora?

Si el cáncer avanza (crece o se disemina), suele indicarse quimioterapia con fluorouracilo (5-FU). El esquema terapéutico que le indiquen dependerá de los tratamientos que ya haya recibido, su estado de salud general y la presencia de algún biomarcador en el tumor.

Si el cáncer sigue avanzando a pesar de haber recibido todos los esquemas con 5-FU y el tratamiento dirigido a los biomarcadores presentes (si se recomienda), es posible que puedan indicarle los siguientes medicamentos:

- Fruquintinib (Fruzaqla)
- Trifluridina y tipiracilo (Lonsurf), a menudo con bevacizumab (Avastin)
- Regorafenib (Stivarga)

Todos los medicamentos mencionados anteriormente (excepto bevacizumab) son comprimidos que se pueden tomar por vía oral.

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 trata los síntomas del cáncer y los efectos secundarios de su tratamiento, 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.



Tratamiento para el cáncer resecable en estadio 4 con pMMR o MSS

Aunque son poco frecuentes, algunos tipos de cáncer en estadio 4 con tumores hepáticos o pulmonares limitados son resecables. Para estos tipos de cáncer, se recomienda colectomía (cirugía) y quimioterapia. La quimioterapia puede administrarse antes o después de la cirugía, o en ambos momentos.

La colectomía es una intervención quirúrgica que extirpa la parte cancerosa del colon. El cirujano puede extirpar los tumores del hígado o los pulmones cuando realiza la colectomía o en un momento posterior. Si los tumores metastásicos son pequeños, extirparlos o destruirlos con tratamientos locales, solos o con cirugía, puede ser una opción.

Su médico puede recomendarle 2 o 3 meses de quimioterapia antes o después de la colectomía. Esto se suma a la quimioterapia adyuvante que se recomienda para todas las personas después de la cirugía. El objetivo de la quimioterapia adyuvante es eliminar las células cancerosas microscópicas que quedan en el cuerpo después de la cirugía. FOLFOX y CAPEOX son las opciones preferidas para la mayoría de las personas, pero también hay opciones menos intensas.

Se recomienda realizar pruebas para detectar si hay recidiva durante 5 años después del tratamiento. Las pruebas durante el período de vigilancia incluyen exámenes físicos, análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre, TC y colonoscopias. Consulte la **Guía 4**.

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 5: Supervivencia.*

Guía 4
Cáncer de colon en estadio 4: vigilancia después del tratamiento

Examen físico y análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre	**Primeros 2 años:** cada 3 a 6 meses **Próximos 3 años:** cada 6 meses
TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica	**Primeros 2 años:** cada 3 a 6 meses **Próximos 3 años:** cada 6 a 12 meses
Colonoscopia	Se recomienda de 3 a 6 meses después de la cirugía si **no se le realizó** una colonoscopia completa al momento del diagnóstico. Se recomienda 1 año después de la cirugía si **se le realizó** una colonoscopia completa al momento del diagnóstico.

Cáncer en estadio 4 con dMMR o MSI-H

Una pequeña cantidad de tumores de colon en estadio 4 presentan deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital alta (MSI-H). Estos tipos de cáncer presentan una gran cantidad de genes con mutaciones (alteraciones) y responden de manera diferente a los tratamientos para el cáncer de colon.

La inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario es el tratamiento más eficaz para los tumores con dMMR y MSI-H. La inmunoterapia ayuda a detectar y destruir mejor las células cancerosas para reforzar el sistema inmunitario.

Las recomendaciones de tratamiento para el cáncer con dMMR o MSI-H también se aplican a los tumores con cambios adquiridos en el gen *POLE/POLD1*.

Cáncer en estadio 4 irresecable con dMMR o MSI-H

La inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario se recomienda para los tumores irresecables con dMMR o MSI-H. Los inhibidores del punto de control inmunitario recomendados se mencionan en la **Guía 5**.

Su médico le indicará que se realice estudios de diagnóstico por imágenes aproximadamente cada 2 o 3 meses para evaluar la eficacia de la inmunoterapia. Puede ser tan eficaz que es posible que no se detecte cáncer en el cuerpo. Esto se conoce como respuesta completa. En este caso, consulte con su médico sobre cuándo puede suspender el tratamiento de manera segura y comenzar el período de vigilancia. Las pruebas de vigilancia recomendadas se describen en la **Guía 4** de la página anterior.

No todas las personas tienen una respuesta completa. En este caso, es posible que el cáncer se reduzca lo suficiente como para poder realizar una cirugía. O bien, puede continuar con la inmunoterapia o cambiar a un tratamiento sistémico diferente.

¿Qué sucede si no reúno los requisitos para la inmunoterapia?

Si no puede recibir inmunoterapia, se le indicará el tratamiento recomendado que suele utilizarse para los tumores con pMMR o MSS (la mayoría de los tipos de cáncer de colon).

Guía 5
Inhibidores del punto de control inmunitario

Nombre genérico	Nombre de la marca
Atezolizumab	Tecentriq
Avelumab	Bavencio
Cemiplimab-rwlc	Libtayo
Cosibelimab-ipdl	Unloxcyt
Dostarlimab-gxly	Jemperli
Durvalumab	Imfinzi
Ipilimumab con nivolumab	Opdivo con Yervoy
Nivolumab	Opdivo
Pembrolizumab	Keytruda
Penpulimab-kcqx	Anikora
Retifanlimab-dlwr	Zynyz
Tislelizumab-jsgr	Tevimbra
Toripalimab-tpzi	Loqtorzi

¿Y si ya recibí inmunoterapia?

Si ya ha recibido inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario, no reúne los requisitos para la mayoría de las opciones descritas en la **Guía 5**. Sus opciones de tratamiento pueden ser las siguientes:

- Ipilimumab + nivolumab (Opdivo + Yervoy)
- Quimioterapia con oxaliplatino

Cáncer en estadio 4 resecable con dMMR o MSI-H

El tratamiento preferido para el cáncer resecable con dMMR o MSI-H que presenta tumores hepáticos o pulmonares limitados es la inmunoterapia seguida de una colectomía (cirugía para extirpar el tumor del colon). El cirujano puede extirpar los tumores del hígado o los pulmones cuando realiza la colectomía (colectomía sincrónica) o en un momento posterior (colectomía por etapas). Otros tratamientos locales pueden combinarse con la cirugía o utilizarse por sí solos para extirpar tumores metastásicos pequeños.

Otra opción para los tumores resecables es el tratamiento con colectomía en primer lugar (sincrónica o por etapas), seguida de tratamiento sistémico. Para su tratamiento sistémico, puede recibir quimioterapia sola (con FOLFOX o CAPEOX) o uno de estos tratamientos puede combinarse con un inhibidor del punto de control inmunitario llamado atezolizumab (Tecentriq).

Si tiene respuesta completa al tratamiento con uno de los dos enfoques descritos anteriormente, pasará del tratamiento activo a la vigilancia para comprobar que no haya recidiva. La vigilancia se describe en la **Guía 4** de la página 31.

Efectos secundarios de la inmunoterapia

Los inhibidores del punto de control inmunitario 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.



Cáncer en estadio 4 en el abdomen

Algunas personas con cáncer de colon metastásico también presentan tumores en la capa delgada de tejido que recubre el abdomen, llamada peritoneo. El peritoneo cubre gran parte de los órganos del abdomen.

La mayoría de las personas reciben tratamiento sistémico. El objetivo es aliviar o prevenir los síntomas. Su equipo de atención médica seleccionará un esquema terapéutico según si el tumor tiene algún biomarcador y su estado de salud general.

Si el tumor obstruye la salida de las heces del cuerpo, es necesario desobstruir el intestino antes de iniciar el tratamiento sistémico. Esto se realiza mediante una técnica quirúrgica o con un tubo de malla metálica llamado *stent*.

“Como pareja de un marido con cáncer en estadio IV, diría que debe abogar por el paciente. Sin embargo, respete sus sentimientos y asegúrese de comunicarle su investigación o sus dudas. Siempre reviso mi lista de preguntas y dudas con mi marido de camino a nuestras consultas en caso de que haya algo en mi lista que él no quiera preguntar o responder”.

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. Consulte con su médico si participar en un ensayo clínico podría ser una opción adecuada para usted.

Fases

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

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

¿Quién puede inscribirse?

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



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

Consentimiento informado

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

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo con el tratamiento habitual o un medicamento nuevo con el tratamiento habitual. 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.



¡Cuéntenos qué opina!

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

Puntos clave

- Todos los casos de cáncer de colon metastásico deben someterse a pruebas para detectar mutaciones en los genes *KRAS*, *NRAS* y *BRAF*, amplificación de HER2 y deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H). El panel multigénico (MGPT) puede detectar otros biomarcadores para los que podrían existir tratamientos dirigidos.
- Las opciones de tratamiento para el cáncer de colon metastásico pueden incluir tratamientos locales, como la resección, la ablación térmica, la embolización y la radioterapia corporal estereotáctica (RTCE). Un equipo multidisciplinario debe determinar si el tratamiento local es una opción.
- Cuando sea posible, se recomienda cirugía y tratamiento sistémico para el cáncer de colon en estadio 4. Se recomienda quimioterapia para los tumores con reparación competente de desajustes (pMMR). Si reúne los requisitos, se recomienda la inmunoterapia para los tumores metastásicos con mutaciones del gen *POLE/POLD1* y dMMR.
- Se indica tratamiento sistémico para el cáncer en estadio 4 que no se puede extirpar con cirugía ni tratamientos locales. Este tipo de tratamiento suele administrarse también para el cáncer de colon que se ha extendido al peritoneo. El objetivo es aliviar o prevenir los síntomas.
- Cuando el cáncer de colon en estadio 1, 2 o 3 reaparece o se extiende a zonas alejadas del colon, se llama recidiva a distancia. La mayoría de las recidivas a distancia se tratan con tratamiento sistémico.
- Se recomienda a todas las personas con cáncer de colon metastásico que consideren la posibilidad de participar en un ensayo clínico para su tratamiento. Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía? De no ser así, ¿es posible que logre reunir los requisitos?
- ¿Mi cáncer tiene algún biomarcador? ¿Cómo afecta esto a mis opciones?
- ¿Ha analizado mi caso un equipo multidisciplinario que incluya a un oncólogo o radiólogo intervencionista para determinar si los tratamientos locales son una opción?
- ¿Recomienda la crioterapia durante las infusiones de quimioterapia para prevenir la neuropatía y la caída del cabello?
- ¿Debo hacer cambios en mi alimentación o forma de vida durante la quimioterapia?

5
Supervivencia

39 Caída del cabello debido a la quimioterapia

39 Cambios intestinales

40 Daño nervioso

40 Más información

42 Puntos clave

42 Preguntas para hacer

La supervivencia comienza desde el día en que se enteró de que tenía cáncer de colon. Esta clase de atención permite tratar las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. Puede aprender mucho sobre cómo controlar los efectos secundarios de otras personas que han pasado por lo mismo. Considere unirse a un grupo de apoyo para sobrevivientes o comunicarse con una organización de defensa del paciente.

Caída del cabello debido a la quimioterapia

La quimioterapia puede causar caída del cabello (alopecia) en todo el cuerpo, no solo en el cuero cabelludo. Los tipos y dosis de quimioterapia pueden afectar la cantidad de cabello que se cae.

La caída del cabello debido a la quimioterapia suele ser temporal. El cabello a menudo vuelve a crecer de 3 a 6 meses después de finalizado el tratamiento. El cabello puede tener un tono o textura diferente al principio.

Si su plan de tratamiento incluye quimioterapia, pregunte a su equipo de atención médica si la caída del cabello es un efecto secundario y, de ser así, cómo minimizarla. El enfriamiento del cuero cabelludo (o hipotermia del cuero cabelludo) puede ayudar a disminuir la caída del cabello causada por ciertos tipos de quimioterapia.

Cambios intestinales

Después de la cirugía para extirpar parte del colon, puede sufrir los siguientes cambios en sus hábitos intestinales:

- Más deposiciones de lo habitual
- Diarrea (evacuaciones intestinales frecuentes y acuosas)
- Necesidad urgente de defecar
- Incapacidad para controlar la orina y las deposiciones

Hacer cambios en la alimentación puede ayudar con algunos de estos síntomas. Considere consultar a un nutricionista especializado en cáncer para obtener información sobre los alimentos que puedan ayudar o empeorar los cambios intestinales después de una colectomía.

Para disminuir la frecuencia de las deposiciones y dar más consistencia a las heces, puede consumir alimentos ricos en fibra insoluble, tomar un suplemento de fibra y probar productos a base de psyllium (como Metamucil).

Si tiene evacuaciones intestinales frecuentes o involuntarias, un medicamento antidiarreico de venta libre llamado loperamida (Imodium) puede serle de ayuda. Además, los ejercicios que fortalecen los músculos del suelo pélvico pueden ayudar a controlar la vejiga y el intestino.

Para una mayor protección y tranquilidad, también puede optar por usar ropa interior protectora.

Daño nervioso

Algunos medicamentos de quimioterapia, especialmente el oxaliplatino, dañan los nervios sensoriales. Este daño, llamado neuropatía, suele comenzar en las manos o los pies y empeora con el tiempo. Los síntomas incluyen dolor, entumecimiento, hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo.

El uso de acupuntura, calor o ambos puede aliviar algunos de estos síntomas, pero no suele calmar el dolor. Para la neuropatía dolorosa, se recomienda un medicamento llamado duloxetina (Cymbalta).

Hay una serie de medidas que usted puede tomar para disminuir su riesgo de neuropatía, como la crioterapia. La crioterapia implica usar guantes (manoplas) y zapatillas (medias) hipotérmicas durante las infusiones de quimioterapia. El frío hace que los vasos sanguíneos se contraigan, lo que reduce la cantidad de medicamento que llega a los nervios de las manos y los pies.

Si su plan de tratamiento incluye quimioterapia, pregunte a su equipo de atención médica sobre las medidas que puede tomar para prevenir o aliviar el daño nervioso.

El daño nervioso causado por la quimioterapia suele comenzar en las manos o en los pies. Si tiene un dolor punzante o ardiente, un medicamento de venta con receta llamado duloxetina (Cymbalta) puede ayudar.

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*

Daño nervioso

El daño nervioso causado por la quimioterapia suele comenzar en las manos o en los pies. Si tiene un dolor punzante o ardiente, un medicamento de venta con receta llamado duloxetina (Cymbalta) puede ayudar.



Hábitos saludables para los sobrevivientes del cáncer



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados. Una alimentación baja en azúcar (también llamada de baja carga glucémica o CG) puede ayudar a prevenir la reaparición del cáncer de colon. Los alimentos con baja CG provocan un aumento más lento y menor de los niveles de azúcar en sangre que otros alimentos que contienen carbohidratos. Un nutricionista especializado en cáncer puede brindarle ayuda para optimizar su alimentación **durante** el tratamiento **y después** de él.



Hable con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento a largo plazo con aspirina para ayudar a prevenir la reaparición del cáncer colorrectal.



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



Reciba la atención médica recomendada según su edad, como controles de la presión sanguínea, pruebas de detección de la hepatitis C y vacunas (como la de la gripe).



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 y niveles de actividad podría ayudar a cumplir sus objetivos.

Puntos clave

- La supervivencia describe las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. Comienza con el diagnóstico y continúa a lo largo de toda la vida.
- El plan de atención de supervivencia es útil al momento de traspasar su atención a su profesional de atención primaria.
- Lo ideal es que su profesional de atención primaria y su oncólogo trabajen juntos para ofrecerle la atención de seguimiento recomendada. Los orientadores de enfermería también pueden ser un recurso útil.
- Si le preocupa cómo pagar su atención oncológica, es posible que disponga de asistencia financiera.
- Los hábitos saludables, como hacer ejercicio y comer correctamente, son importantes para poder prevenir otras enfermedades y tumores secundarios.

Preguntas para hacer

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

6
Otros recursos

44 Qué más hay que saber

44 Qué más hacer

44 Dónde obtener ayuda

45 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
- Pruebas genéticas
- Creación de un sistema de apoyo
- Cambios en la forma de vida después del cáncer
- Formas de afrontar 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

Bone Marrow and Cancer Foundation
bonemarrow.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

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

Global Colon Cancer Association
globalcca.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

Love Your Buns
loveyourbuns.org

My Faulty Gene
myfaultygene.org

Paltown Development Foundation
paltown.org

PAN Foundation
panfoundation.org

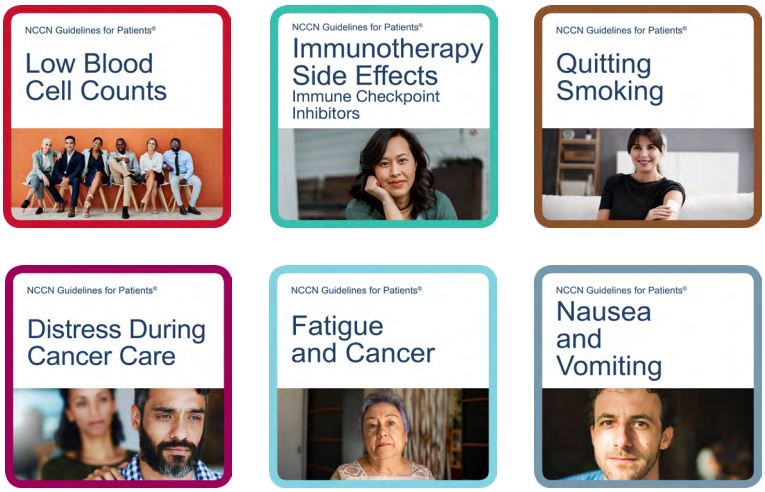
Triage Cancer
triagecancer.org

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?

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

ablación
Tipo de tratamiento local que se utiliza para destruir tumores en el hígado o los pulmones. También llamada ablación térmica guiada por imagen.

adenocarcinoma
Es el tipo más frecuente de cáncer de colon. Comienza en las células que recubren el intestino y producen líquidos u hormonas.

adenoma
El tipo más frecuente de pólipo de colon y el más propenso a formar células cancerosas. También llamado pólipo adenomatoso.

anatomopatólogo
Médico que se especializa en el análisis de células y tejidos para detectar enfermedades.

antígeno carcinoembrionario (ACE)
Proteína que liberan algunos tumores y que se puede detectar en la sangre.

biomarcadores
Características específicas de las células cancerosas que se utilizan para guiar el tratamiento. Los biomarcadores suelen ser mutaciones (cambios) en el ADN de las células cancerosas.

CAPEOX
Esquema de quimioterapia que incluye capecitabina y oxaliplatino.

colectomía
Cirugía para extirpar una parte del colon.

colon
La primera sección del intestino grueso y la más larga. Los alimentos no utilizados se transforman en heces en el colon.

colostomía
Cirugía para conectar una parte del colon a la parte externa del abdomen, lo que permite que las heces se drenen hacia la bolsa.

deficiencia de DPD
Afección causada por una diferencia hereditaria en el gen *DPYD* que hace que sea inseguro recibir las dosis recomendadas de los medicamentos de quimioterapia con fluoropirimidina.

deficiencia de reparación de desajustes (dMMR)/inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)
Biomarcador (característica) de algunos tipos de cáncer de colon que se utiliza para orientar el tratamiento. Este biomarcador debe analizarse en todos los tipos de cáncer de colon.

embolización
El uso de microesferas para cortar el suministro de sangre a un tumor, para administrar radiación o quimioterapia a un tumor o ambas. Si no se utiliza radiación ni quimioterapia, se llama embolización simple.

embolización de la vena porta
Procedimiento mínimamente invasivo para aumentar el tamaño del hígado. Se puede necesitar si se planifica una resección hepática.

fluoropirimidina
Tipo de medicamento de quimioterapia. Entre los ejemplos, se incluyen capecitabina y fluorouracilo (5-FU).

FOLFIRI
Esquema de quimioterapia utilizado para algunos tumores colorrectales avanzados. Incluye leucovorina cálcica, fluorouracilo e irinotecán.

FOLFIRINOX
Esquema de quimioterapia utilizado para algunos tumores colorrectales. Incluye leucovorina cálcica (ácido folínico), fluorouracilo, irinotecán y oxaliplatino.

FOLFOX
Esquema de quimioterapia que incluye leucovorina cálcica, fluorouracilo y oxaliplatino.

ganglio linfático
Pequeños grupos de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

intestino grueso
Órgano largo y tubular que forma la última parte del sistema digestivo. Incluye el colon, el recto y el ano.

irresecable
Describe el cáncer que no se puede extirpar de forma segura mediante cirugía.

linfa
Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

metástasis
La diseminación de células cancerosas del primer tumor (primario) a un punto distante.

mutación del gen *POLE/POLD1*
Biomarcador (característica) de algunos tipos de cáncer de colon. Recomendado como parte de las pruebas exhaustivas de biomarcadores para el cáncer de colon metastásico.

oncología/radiología intervencionista
Especialidad médica que utiliza técnicas de diagnóstico por imágenes para administrar tratamientos mínimamente invasivos para el cáncer.

pólipo
Crecimiento excesivo de células en la capa interna de la pared del colon. Los pólipos pediculados sobresalen de la pared intestinal, mientras que los pólipos sésiles son más planos.

poliposis adenomatosa familiar (PAF)
Síndrome de cáncer hereditario que aumenta el riesgo de cáncer de colon.

quimioembolización
Tratamiento para tumores metastásicos del hígado que administra esferas que transportan quimioterapia a los vasos hepáticos que irrigan el tumor.

radioembolización
Tratamiento para tumores hepáticos que utiliza esferas radiactivas inyectadas en la arteria hepática (el vaso sanguíneo que irriga sangre al hígado). También llamada radioterapia interna selectiva o RTIS.

radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)
Tipo de radioterapia especializada que se utiliza para tratar el cáncer de colon que se ha extendido al hígado, los pulmones o los ganglios linfáticos.

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

recto
Los últimos 13 a 15 cm (5 a 6 pulgadas) del intestino grueso. Es la parte donde permanecen las heces hasta que salen del cuerpo a través del ano.

reparación competente de desajustes (pMMR)/ estabilidad de microsatélites (MSS)
Describe los tumores que no presentan los biomarcadores de deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) ni de inestabilidad microsatelital alta (MSI-H).

resecable
Describe el cáncer que se puede extirpar de forma segura mediante cirugía.

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

tratamiento sistémico
El uso de medicamentos que ingresan al torrente sanguíneo. La quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos de tratamiento sistémico.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) sobre cáncer de colon, 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

Susan Kidney
Especialista ejecutiva en Diseño Gráfico

La elaboración de la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) sobre cáncer de colon, versión 2.2026, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Al B. Benson III, presidente
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, 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. Alexander Bray, doctor en Medicina
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. George J. Chang, máster en Ciencias, 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

* Dra. Vaia Florou, máster en Ciencias
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

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

Dra. 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 Medicina
Moffitt Cancer Center

Dra. Sarah Hoffe
Moffitt Cancer Center

Dr. Steven Hunt
Siteman Cancer Center, 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, Northwestern University

* Dr. Steven Nurkin, máster en Ciencias, máster en Dirección de Empresas
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 Wu
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

NCCN

Faviolla Baez-Cruz, doctora en Medicina
Científica adjunta/redactora médica

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

Frankie Jones
Especialista en Diseño de Guías

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

Centros oncológicos de NCCN

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

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

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

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber Cancer Institute
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

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

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

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mass General Brigham Cancer Institute
Boston, Massachusetts

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

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

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

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

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

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

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

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

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, 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

ablación 27

ADN tumoral circulante (ADNtc) 24

antígeno carcinoembrionario (ACE) 9, 14, 23, 31

aspirina 9, 11, 23, 41

colectomía 19-20, 31, 33, 39

colostomía 20

deficiencia de DPD 9, 12

deficiencia de reparación de desajustes / inestabilidad microsatelital alta (dMMR/MSI-H) 6, 11, 19, 22, 26, 32-33

ensayo clínico 29, 35-36

fertilidad 9, 14

inmunoterapia 6, 19, 22, 32-33

mutación del gen *BRAF* 26, 29

mutación del gen *KRAS* 26, 29

mutación del gen *NRAS* 26, 29

mutación del gen *POLE/POLD1* 26, 32

poliposis adenomatosa familiar (PAF) 11

pruebas de biomarcadores 6, 26

pruebas de la vía PI3K 9, 11, 23

radioterapia corporal estereotáctica (RTCE) 28

síndrome de Lynch 11

síndromes de cáncer hereditario11

sobreexpresión de HER2 26

supervivencia 39-42

tratamiento complementario 22, 30, 45



NCCN Guidelines for Patients®

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

Cáncer de colon

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

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

National Comprehensive Cancer Network®
3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

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

PAT-N-1973-0926