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®)

Adenocarcinoma de intestino delgado



Gracias al apoyo de

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

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 adenocarcinoma de intestino delgado, 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

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

NCCN adapta, actualiza y publica 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.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Información sobre el adenocarcinoma de intestino delgado

9 Capítulo 2
Pruebas para la detección del adenocarcinoma de intestino delgado

17 Capítulo 3
Tratamiento para todos los estadios

30 Capítulo 4
Supervivencia

35 Capítulo 5
Otros recursos

39 Palabras que debe conocer

41 Colaboradores de NCCN

42 Centros oncológicos de NCCN

44 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

Información sobre el adenocarcinoma de intestino delgado

5 ¿Qué es el adenocarcinoma de intestino delgado?

6 ¿Quiénes desarrollan adenocarcinoma de intestino delgado?

7 ¿Cuál es el tratamiento para el adenocarcinoma de intestino delgado?

8 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Muchos de los cánceres que se originan en el intestino delgado son adenocarcinomas. Por lo general, los adenocarcinomas de intestino delgado se detectan porque, a medida que crecen, causan problemas y síntomas como dolor abdominal, náuseas y vómitos, y cambios en las evacuaciones intestinales.

¿Qué es el adenocarcinoma de intestino delgado?

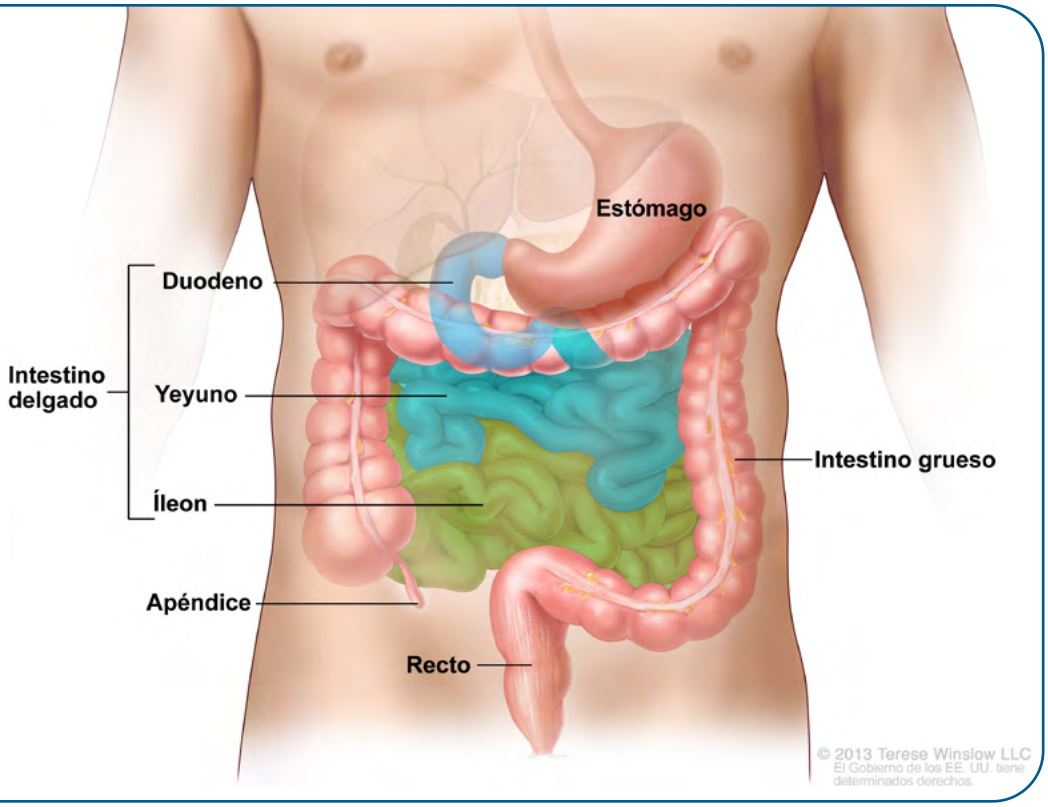
El adenocarcinoma de intestino delgado es una enfermedad que se forma en el intestino delgado, un órgano del sistema digestivo. Cuando los alimentos salen del estómago, el intestino delgado los descompone y extrae los nutrientes que el cuerpo necesita.

Este cáncer comienza cuando las células microscópicas del revestimiento interno del intestino delgado experimentan un cambio. Las células (ahora anormales) comienzan a replicarse constantemente. Con el tiempo, hay tantas células anormales que se forma un bulto llamado tumor.

Si no se detecta ni se trata a tiempo, el cáncer crece a través de todas las capas de la pared intestinal y se extiende hacia los órganos y tejidos del abdomen. Las células cancerosas también pueden desprenderse del tumor y extenderse a

El intestino delgado

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado se originan en el duodeno. El resto se origina en el yeyuno o, con menor frecuencia, en el íleon.



través de la sangre o el líquido linfático hacia los ganglios linfáticos cercanos o hacia órganos más distantes.

¿El adenocarcinoma de intestino delgado causa síntomas?

Sí. Los tumores que se originan en la primera sección del intestino delgado (el duodeno) pueden impedir el paso de los alimentos entre el estómago y el resto del intestino delgado. Esto provoca vómitos, ya que los alimentos no tienen hacia dónde avanzar.

Los tumores que se forman en las secciones inferiores del intestino delgado pueden causar náuseas, vómitos, estreñimiento, cólicos y dolor abdominal.

El sangrado gastrointestinal (GI) también es frecuente en las personas con adenocarcinoma de intestino delgado. La pérdida de sangre ocasiona fatiga, debilidad, palidez de la piel y otros síntomas. Esto se denomina anemia por deficiencia de hierro.

¿Quiénes desarrollan adenocarcinoma de intestino delgado?

Un factor de riesgo es cualquier característica que aumenta el riesgo de padecer un problema de salud. A continuación, se explican los factores de riesgo del adenocarcinoma de intestino delgado.

Enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celíaca

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de afecciones de salud que causan inflamación y lesiones a largo plazo en el aparato digestivo. La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son tipos de EII.

Existe una relación conocida entre la EII y el cáncer de intestino grueso (colorrectal). Las investigaciones indican que la EII también aumenta el riesgo de cáncer en las secciones inferiores del intestino delgado, en especial, en el íleon.

Las personas con enfermedad celíaca también pueden presentar un riesgo elevado de

Las enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, pueden aumentar el riesgo de cáncer en las secciones inferiores del intestino delgado. Las personas con enfermedad celíaca también pueden presentar un mayor riesgo de adenocarcinoma de intestino delgado.



adenocarcinoma de intestino delgado. En las personas con esta afección, el consumo de gluten (una proteína presente en ciertos cereales) desencadena una reacción inmunitaria. Los síntomas pueden incluir diarrea, distensión abdominal y gases.

Síndromes de cáncer hereditario

Algunas afecciones poco frecuentes que afectan a determinadas familias aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de intestino delgado. Entre estas afecciones hereditarias se incluyen el síndrome de Lynch, el síndrome de Peutz-Jeghers y la poliposis adenomatosa familiar. Estas afecciones poco frecuentes se abordan con más detalle en el siguiente capítulo.

Factores del estilo de vida

No existen muchos datos sobre los factores relacionados con el estilo de vida que aumentan el riesgo de desarrollar adenocarcinoma de intestino delgado. Al igual que ocurre con muchos cánceres, el consumo de alcohol y de tabaco, así como ciertos hábitos alimentarios, pueden aumentar el riesgo.

Entre los factores de riesgo relacionados con la alimentación y la dieta se incluyen no consumir suficiente fibra, comer grandes cantidades de carne roja o carnes procesadas y beber bebidas azucaradas.

¿Cuál es el tratamiento para el adenocarcinoma de intestino delgado?

Cuando puede realizarse de forma segura, la resección (cirugía) es el tratamiento recomendado para extirpar un adenocarcinoma de intestino delgado que no se ha extendido más allá del intestino delgado. Según el estadio del cáncer (que se determina durante la cirugía) y otros factores, después de la cirugía puede indicarse un tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer).

¿Qué se incluye en esta guía?



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 todos los estadios del adenocarcinoma de intestino delgado.



Supervivencia.

Si, en el momento del diagnóstico, el cáncer ya se ha extendido al hígado, los pulmones o el revestimiento abdominal, se encuentra en estadio 4 (metastásico). La cirugía rara vez es una opción, y la mayoría de las personas inician un tratamiento sistémico. El análisis del tumor para detectar biomarcadores (características susceptibles a tratamiento dirigido) ayuda a determinar qué tratamientos sistémicos podrían ser más eficaces.

¿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 ayudarle 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 la detección del adenocarcinoma de intestino delgado

11 Estudios de diagnóstico por imágenes

12 Procedimientos de endoscopia

13 Biopsia y análisis de tejido

13 Antecedentes médicos familiares

14 Análisis de sangre

15 Pruebas para detectar la deficiencia de DPD

16 Puntos clave

16 Preguntas para hacer

2 Pruebas para la detección del adenocarcinoma de intestino delgado

En este capítulo, se describen las pruebas que se utilizan para diagnosticar el adenocarcinoma de intestino delgado y para elaborar el plan de tratamiento después del diagnóstico. Todos los adenocarcinomas de intestino delgado deben someterse a pruebas de deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H). Los cánceres que presentan estas características tienen una gran cantidad de genes con mutaciones (alteraciones) y responden de manera diferente a los tratamientos para el cáncer de intestino.

Si usted presenta síntomas de adenocarcinoma de intestino delgado (vómitos, náuseas, estreñimiento, cólicos, dolor abdominal, fatiga), se recomiendan las pruebas que se describen en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Guía 1
Pruebas para diagnosticar el adenocarcinoma de intestino delgado y determinar su plan de tratamiento

Pruebas para el diagnóstico y la planificación del tratamiento

- TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica.
- Esofagogastroduodenoscopia (EGD), si su médico sospecha que el tumor se encuentra en la primera parte del intestino delgado (el duodeno).
- Análisis del tumor para determinar el estado de reparación de desajustes (MMR) o la inestabilidad microsatelital (MSI).
- Determinación del riesgo de cáncer y síndromes hereditarios y, posiblemente, pruebas genéticas.
- Análisis de sangre: hemograma completo (HC), perfil metabólico completo (PMC) y marcadores tumorales (CA 19-9 y ACE).
- 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 (si las imágenes de la TC no son claras).
- Enteroscopia con balón (si hay tejido cicatricial que obstruye zonas del intestino que su médico necesita observar).
- Endoscopia con cápsula, si se sospecha un problema que no puede observarse con otros métodos.
- Pruebas para detectar la deficiencia de DPD, si su plan de tratamiento incluye quimioterapia.
- Ayuda para dejar de fumar.
- Planificación familiar y opciones para conservar la fertilidad.

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.

TC

La tomografía computarizada (TC) es el principal estudio de diagnóstico por imágenes que se utiliza para determinar la extensión del cáncer de intestino delgado en el cuerpo. Se recomienda la realización de TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica. Esta es, aproximadamente, la zona que va desde los hombros hasta la ingle.

Por lo general, se utiliza una sustancia denominada medio de contraste, para que las imágenes sean más claras. Puede inyectarse en una vena, mezclarse con un líquido para beber o ambas. Si en el pasado tuvo una reacción alérgica al medio de contraste, es posible que se le administre o se le indique tomar un corticosteroide y un antihistamínico (como Benadryl) antes del estudio.

Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo corto que se asemeja a un túnel. Podrá oír y hablar con el técnico en todo momento.

RM

La resonancia magnética (RM) no suele utilizarse para planificar el tratamiento del cáncer de intestino delgado. Su médico puede solicitar una resonancia magnética (RM) de la cavidad pélvica y del abdomen si las imágenes de la TC no son claras o si usted no puede recibir el medio de contraste que se utiliza para la TC.

En comparación con una TC, la RM tarda más y el túnel es más estrecho. Informe a su equipo si los espacios pequeños le producen nerviosismo. Le pueden administrar un sedante (medicamento) para relajarse.

La TC es el principal estudio de diagnóstico por imágenes que se utiliza para observar un tumor del intestino delgado y detectar cáncer en los órganos principales. Su médico indicará que le hagan una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica. Esta es, aproximadamente, la zona que va desde los hombros hasta la ingle.

La TC es el principal estudio de diagnóstico por imágenes que se utiliza para observar un tumor del intestino delgado y detectar cáncer en los órganos principales. Su médico indicará que le hagan una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica. Esta es, aproximadamente, la zona que va desde los hombros hasta la ingle.



Procedimientos de endoscopia

La endoscopia es una herramienta importante para el diagnóstico del adenocarcinoma de intestino delgado. Permite a su profesional de atención médica observar el interior del intestino delgado y extraer muestras de tejido para analizarlas (biopsia).

La endoscopia consiste en introducir en el cuerpo un instrumento delgado y tubular llamado endoscopio. El endoscopio se guía a través de una abertura natural, por lo general, la boca. Un extremo del endoscopio tiene una pequeña luz y una cámara.

A continuación, se describen los tipos de endoscopia que pueden utilizarse para el adenocarcinoma de intestino delgado. Su equipo de atención médica le explicará si necesita prepararse para estos procedimientos y de qué manera hacerlo.

EGD

Se recomienda realizar una esofagogastroduodenoscopia (EGD) cuando se sospecha la presencia de tumores en la primera parte del intestino delgado, el duodeno. La EGD permite a su profesional de atención médica buscar signos de cáncer u otros problemas, como vasos sanguíneos dilatados o úlceras. Mientras usted está sedado, se guía un endoscopio por la garganta, a través del esófago y el estómago, hasta el duodeno.

Si no está claro si el tumor se encuentra en el intestino delgado o en un órgano adyacente (como la cabeza del páncreas), durante la EGD puede utilizarse una ecografía endoscópica (EE). También puede utilizarse cuando la extensión del cáncer no queda clara con otros estudios de diagnóstico por imágenes, o para realizar biopsias de zonas fuera del intestino (como los ganglios linfáticos cercanos).

La EGD suele demorar menos de una hora. Usted puede volver a casa el mismo día. Después del procedimiento, es posible que sienta la garganta irritada o inflamada. Pregunte a su médico cómo aliviar el dolor de garganta después de la endoscopia.

Enteroscopia con balón

Con el tiempo, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede causar la formación de tejido cicatricial en el revestimiento del intestino. Esto hace que el intestino se estreche en ciertas zonas. Este estrechamiento se denomina estenosis. La enteroscopia con balón puede ser útil cuando hay estenosis.

La enteroscopia con balón se realiza mientras usted está sedado. Con un tubo largo y delgado (enteroscopio) que tiene una cámara de alta resolución en el extremo, su gastroenterólogo guía el instrumento por la garganta o por el ano para llegar al intestino delgado.

Unos pequeños balones adheridos al instrumento se inflan y se desinflan. Esto permite al gastroenterólogo observar y tomar biopsias de zonas que, de otro modo, serían inaccesibles.

Endoscopia con cápsula

Cuando se sospecha un problema en el intestino delgado que no puede observarse con estudios de diagnóstico por imágenes ni con otros tipos de endoscopia, la endoscopia con cápsula puede ser útil.

Este procedimiento consiste en ingerir una cápsula que contiene una cámara diminuta en su interior. Mientras la cápsula avanza por el tubo digestivo, la cámara toma miles de imágenes y las transmite a un dispositivo. El dispositivo convierte las imágenes en un video que su profesional de atención médica puede visualizar.

Biopsia y análisis de tejido

Las muestras del tejido y los ganglios linfáticos extirpados durante la endoscopia se envían a un laboratorio para su análisis. Un especialista llamado anatomopatólogo examina las muestras para determinar si hay células cancerosas. Si las hay, el anatomopatólogo determina el tipo de cáncer y otros detalles sobre este.

Estudios de la reparación de desajustes

En todos los adenocarcinomas de intestino delgado, se deben realizar pruebas para detectar mutaciones (cambios) en los genes que normalmente encuentran y reparan el ADN dañado, lo que se denomina genes de reparación de desajustes. El análisis consiste en examinar en un laboratorio una porción del tumor (extraída durante una biopsia o una cirugía).

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 estándares.

Si el cáncer es dMMR o MSI-H, se le realizarán pruebas para detectar una afección hereditaria llamada síndrome de Lynch.

La mayoría de los cánceres de intestino delgado no presenta ninguna de estas características y se considera que tienen reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad microsatelital (MSS).

Antecedentes médicos familiares

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado se producen por razones desconocidas. Sin embargo, algunas personas nacen con una alteración genética que las hace más propensas a desarrollar cáncer de intestino y de otro tipo. Estas alteraciones se denominan síndromes de cáncer hereditario.

Por ejemplo, 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

“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”.



MSI-H se recomienda realizar estudios para detectar el síndrome de Lynch.

El síndrome de Peutz-Jeghers es una afección que provoca la formación de pólipos en las secciones media e inferior del intestino delgado (el yeyuno y el íleon). El adenocarcinoma de intestino delgado puede originarse en estos pólipos, lo que aumenta el riesgo en las personas con este síndrome.

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es un síndrome de cáncer hereditario poco frecuente que provoca la formación de numerosos pólipos en el colon y el recto y, en raras ocasiones, en el intestino delgado. Los pólipos comienzan como tumores benignos, pero, con el tiempo, pueden convertirse en cánceres invasivos.

Pruebas genéticas para el riesgo de cáncer hereditario

Si su profesional de atención médica considera que usted podría tener un síndrome de cáncer hereditario, solicitará un análisis de sangre o de 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. Este especialista puede conversar con usted y su familia sobre lo que el resultado significa para usted.

Análisis de sangre

Los análisis de sangre por sí solos no permiten confirmar un adenocarcinoma de intestino delgado, pero los resultados anormales pueden indicar la presencia de un problema.

Estado de salud general

El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas en una muestra de sangre. Los glóbulos blancos ayudan a combatir las infecciones. Los glóbulos rojos transportan oxígeno a todo el cuerpo. Las plaquetas ayudan a curar heridas al formar coágulos sanguíneos.

El perfil bioquímico, también conocido como panel metabólico completo (CMP), es un grupo de pruebas que muestra qué tan bien están funcionando los riñones, el hígado y otros órganos.

Marcadores tumorales

El antígeno del cáncer 19-9 (CA 19-9) y el antígeno carcinoembrionario (ACE) son proteínas que producen normalmente los órganos del sistema digestivo. Pueden detectarse y medirse en la sangre. Las personas con adenocarcinoma de intestino delgado tienden a tener un nivel más elevado de estas proteínas.



Fertilidad y planificación familiar

Si desea tener hijos después del tratamiento, hable con su equipo de atención médica sobre los riesgos que su plan de tratamiento puede representar para la fertilidad. También pueden derivarlo a un especialista para que conozca sus opciones de conservación de la fertilidad.

Consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer en adolescentes y adultos jóvenes* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

Si el aumento se debe al cáncer, los niveles elevados de estos marcadores tumorales al momento del diagnóstico suelen asociarse con un estadio más avanzado del cáncer. Su equipo de atención médica tendrá en cuenta estos niveles a la hora de planificar el tratamiento. Los niveles pueden controlarse para observar si presentan cambios.

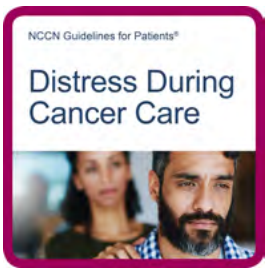
Los niveles de los marcadores tumorales no pueden utilizarse por sí solos para diagnosticar un adenocarcinoma de intestino delgado, por varias razones. Los niveles elevados pueden deberse a otros problemas de salud. Algunas personas con cáncer de intestino delgado tienen niveles normales. Además, algunas personas no producen CA 19-9 de forma natural.

Pruebas para detectar la deficiencia de DPD

La capecitabina y el fluorouracilo (5-FU) son medicamentos de quimioterapia llamados fluoropirimidinas. Suelen utilizarse en el tratamiento del adenocarcinoma de intestino delgado. 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.

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, denominada 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



Está bien pedir ayuda

Busque ayuda si se siente triste, asustado, indefenso, enojado, ansioso o experimenta cualquier otra emoción que pueda surgir con un diagnóstico de cáncer. Su equipo de atención médica debe preguntarle por estos y otros síntomas de malestar emocional. Es una parte recomendada de la atención del cáncer. Si no lo hace, dígale.

Para obtener más información sobre el cáncer y el malestar emocional, consulte las *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



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.

Puntos clave

- La TC se utiliza para determinar la extensión del cáncer de intestino delgado en el cuerpo. Si usted no puede recibir el medio de contraste para la TC o si las imágenes no son claras, puede utilizarse una RM para examinar el abdomen y la cavidad pélvica.
- La endoscopia permite a su profesional de atención médica observar el intestino delgado y tomar biopsias de este. Se recomienda la esofagogastroduodenoscopia (EGD) cuando se sospecha cáncer en el duodeno. La ecografía endoscópica (EE) puede utilizarse para confirmar la ubicación o la extensión de un tumor duodenal, o para guiar la toma de biopsias de zonas fuera del intestino.
- La enteroscopia con balón puede utilizarse cuando el intestino es demasiado estrecho para acceder con un endoscopio. La endoscopia con cápsula puede ser útil cuando otros estudios de diagnóstico por imágenes y procedimientos de endoscopia no logran identificar el problema.
- Para diagnosticar un adenocarcinoma de intestino delgado, se necesitan biopsias u otros análisis de tejidos tumorales.
- Todos los adenocarcinomas de intestino delgado deben someterse a pruebas de deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H). Si el tumor presenta alguno de estos biomarcadores, se recomienda realizar análisis genéticos de sangre o saliva para detectar el síndrome de Lynch.
- El adenocarcinoma de intestino delgado se asocia con otros síndromes de cáncer hereditario poco frecuentes. Según sus antecedentes médicos familiares, su profesional de atención médica puede derivarlo a un asesor genético para recibir orientación y, posiblemente, realizar pruebas genéticas.

Preguntas para hacer

- ¿El cáncer tiene algún biomarcador de dMMR o MSI-H?
- ¿Qué sucede si estoy gestando ahora o espero hacerlo en el futuro?
- ¿Vale la pena recibir el tratamiento?
- Mi médico me dijo que necesito quimioterapia con fluoropirimidinas. ¿Son seguras? ¿Debería realizar la prueba de deficiencia de DPD?

3

Tratamiento para todos los estadios

18 Cáncer no metastásico

22 Vigilancia

23 Cáncer metastásico (estadio 4)

26 Tratamiento complementario

27 Ensayos clínicos

29 Puntos clave

29 Preguntas para hacer

Cuando es posible, se recomienda la cirugía para el adenocarcinoma de intestino delgado que no se ha extendido al hígado, los pulmones ni al revestimiento abdominal. Después de la cirugía puede indicarse un tratamiento sistémico. El tratamiento sistémico suele ser la opción para el cáncer metastásico. Considere recibir tratamiento para este cáncer poco frecuente en el marco de un ensayo clínico, si hay alguno disponible.

Cáncer no metastásico

Se recomienda el tratamiento con resección (cirugía) si el cáncer puede extirparse de forma segura y completa. Para los tumores en el duodeno, por lo general, se recomienda la técnica de Whipple. Los tumores de las secciones inferiores del intestino delgado se extirpan mediante una segmentectomía. Estos procedimientos se describen a continuación.

En el caso de un tumor grande con deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H), su médico considerará la inmunoterapia para intentar reducir el tumor antes de la cirugía. La inmunoterapia es un tipo de tratamiento sistémico que activa el sistema inmunitario para combatir el cáncer. Los inhibidores de puntos de control recomendados se mencionan en la página 25 de la Guía 5.

Si usted no es candidato a cirugía, iniciará la terapia con un tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer). Consulte la siguiente página para obtener más información.

Técnica de Whipple

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado se originan en el duodeno. Por lo general, se recomienda una técnica de Whipple (pancreaticoduodenectomía) para los cánceres del duodeno, en especial, si el tumor ha invadido alguna parte del páncreas o del conducto biliar común.

Durante una técnica de Whipple, el cirujano extirpa lo siguiente:

- Parte del intestino delgado, parte del páncreas y parte del conducto biliar común.
- Vesícula biliar.
- Todos los ganglios linfáticos cercanos.
- A veces, parte del estómago y partes de los vasos sanguíneos.

La reconstrucción comienza con la unión del páncreas y el conducto biliar a la porción media del intestino delgado (el yeyuno). Luego, el estómago o el duodeno se unen más abajo en el yeyuno. Es posible que se deban reconstruir los vasos sanguíneos.

Segmentectomía

Este tipo de cirugía se recomienda para los cánceres de la sección media o final del intestino delgado. También se utiliza para los cánceres de duodeno que no requieren una técnica de Whipple.

El cirujano extirpará el tumor junto con 5 a 10 centímetros (aproximadamente 2 a 4 pulgadas) de tejido de aspecto normal a cada lado de este. El tejido de aspecto normal se llama margen quirúrgico. También extirpará los ganglios linfáticos más cercanos al tumor y cualquier otro ganglio cercano de aspecto sospechoso.

Estadificación

El tejido y los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía se envían a un laboratorio para su análisis. Un anatomopatólogo evalúa la extensión del cáncer dentro de la pared intestinal y le asigna un estadio: I (1), II (2) o III (3). Este procedimiento se llama estadificación quirúrgica.

El estadio se utiliza para determinar si se necesita quimioterapia.

- El cáncer en **estadio 1** se extiende a la segunda o tercera capa (muscular) de la pared intestinal.
- El cáncer en **estadio 2** se extiende más allá de la capa muscular de la pared del intestino y, posiblemente, a los tejidos u órganos cercanos.
- El cáncer en **estadio 3** se extiende a los ganglios linfáticos cercanos.

Tratamiento sistémico después de la cirugía

Después de la cirugía, puede recomendarse una terapia con tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer). Esto se denomina **tratamiento adyuvante.** El objetivo es eliminar cualquier célula cancerosa microscópica del cuerpo.

El tratamiento adyuvante no resulta beneficioso para todos los adenocarcinomas de intestino delgado después de la cirugía. Que se recomiende o no depende del estadio del cáncer (que se determina mediante la cirugía) y del estado de reparación de desajustes (MMR) del cáncer.

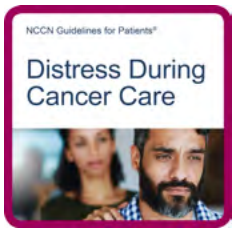
La siguiente información sobre el tratamiento se aplica a los adenocarcinomas ubicados en cualquier sección del intestino delgado.

Efectos secundarios de la quimioterapia

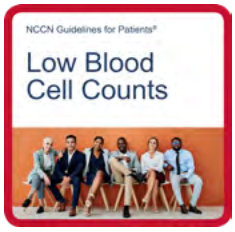
Los efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia son caída del cabello, úlceras bucales, daño nervioso, náuseas, vómitos y baja cantidad de células sanguíneas, entre otros.

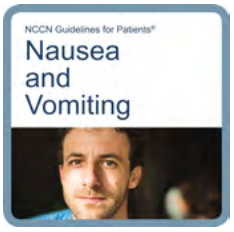
Pregunte a su equipo de atención sobre las formas de prevenir o aliviar los efectos secundarios. Por ejemplo, usar guantes y zapatillas hipotérmicas durante las infusiones de quimioterapia puede aliviar el daño nervioso en las manos y los pies. Del mismo modo, el uso de un gorro hipotérmico en el cuero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









Cánceres con pMMR o MSS

Se recomienda la observación para todos los cánceres en **estadio 1** con reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad microsatelital (MSS).

La quimioterapia puede recomendarse (o no) para un cáncer en **estadio 2** con pMMR o MSS. Su médico tendrá en cuenta el subestadio (2A o 2B) y si el tumor presenta características que suelen dar lugar a una recidiva. Analice sus opciones con su equipo de atención médica y tomen juntos una decisión informada.

Se recomienda la quimioterapia adyuvante para todos los cánceres en **estadio 3** con pMMR o MSS. Se le administrará uno de los regímenes de la **Guía 2.**

En algunos cánceres en estadio 2B y 3, puede administrarse radioterapia antes o después de la quimioterapia con capecitabina o fluorouracilo. Su médico considerará la radioterapia si se encontraron células cancerosas en el tejido normal que rodea el tumor (el margen quirúrgico).

Guía 2
Quimioterapia que puede recibir para el adenocarcinoma de intestino delgado

FOLFOX (leucovorina, fluorouracilo, oxaliplatino)
CAPEOX (capecitabina, oxaliplatino)
FOLFIRINOX (leucovorina, fluorouracilo, irinotecán, oxaliplatino)
Fluorouracilo (5-FU), leucovorina
Capecitabina

- La mayoría de los regímenes anteriores pueden administrarse antes o después de la cirugía (si es necesario). FOLFIRINOX puede administrarse antes de la cirugía, pero no después.
- La quimioterapia se administra en ciclos con días de tratamiento, seguidos de días de descanso. La duración de los ciclos varía según los medicamentos que se utilicen.
- Todo régimen que incluya OX en su nombre contiene el medicamento oxaliplatino. El oxaliplatino puede causar daño potencialmente permanente en los nervios (neuropatía) en los dedos de las manos y de los pies. Entre los síntomas se incluyen entumecimiento, calambres, hormigueo o dolor en estas zonas.
- Todo régimen que incluya IRI en su nombre contiene el medicamento irinotecán. El irinotecán tiende a causar cólicos abdominales, náuseas, diarrea y caída del cabello.
- Si se prevé que los regímenes con oxaliplatino serán demasiado agresivos, el médico puede recomendar fluorouracilo/leucovorina o capecitabina sola. Aunque son más leves, estos regímenes también tienen efectos secundarios. La capecitabina puede causar el síndrome mano-pie. Los síntomas incluyen enrojecimiento, inflamación y dolor en las palmas de las manos y las plantas de los pies. En ocasiones, aparecen ampollas.

Cánceres con dMMR o MSI-H

Se recomienda la observación para los cánceres en estadio 1 y estadio 2A con deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H).

El tratamiento adyuvante suele recomendarse para los cánceres en estadio 2B con dMMR o MSI-H, aunque la observación también es una opción. Si se planifica un tratamiento adyuvante, se recomienda la quimioterapia con oxaliplatino (FOLFOX o CAPEOX). Puede añadirse a su quimioterapia el medicamento de inmunoterapia atezolizumab (Tecentriq).

Se recomienda la quimioterapia adyuvante con FOLFOX o CAPEOX para todos los cánceres en estadio 3 con dMMR o MSI-H. Puede añadirse a su quimioterapia el medicamento de inmunoterapia atezolizumab (Tecentriq).

¿Qué ocurre si no puedo someterme a una cirugía?

Si usted no es candidato a cirugía, iniciará la terapia con un tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer). Sus opciones de tratamiento sistémico dependen del estado de MMR del cáncer.

Si el tumor obstruye el paso de las heces, es necesario desobstruir el intestino (por lo general, mediante cirugía) antes de iniciar el tratamiento sistémico. En el caso de un tumor en el duodeno, puede colocarse un tubo de malla metálica llamado *stent* para permitir el paso de las heces.

Cánceres con pMMR o MSS

Si el cáncer presenta un estado pMMR o MSS, recibirá uno de los regímenes de quimioterapia de la **Guía 2.**

Si la quimioterapia funciona bien, la intervención quirúrgica puede convertirse en una opción. Si el cáncer sigue siendo irresecable, continuará con el mismo tratamiento sistémico o cambiará a otro distinto.

Cánceres con dMMR o MSI-H

Si el cáncer presenta un estado dMMR o MSI-H, tanto la inmunoterapia como la quimioterapia con derivados del platino son opciones de tratamiento no quirúrgico.

Si usted reúne los requisitos y se planifica inmunoterapia, los inhibidores de puntos de control recomendados se mencionan en la página 25 de la **Guía 5**.

Si se planifica quimioterapia, los regímenes de quimioterapia con derivados del platino para los cánceres con dMMR o MSI-H incluyen FOLFOX, CAPEOX y FOLFIRINOX.

Si el cáncer sigue siendo irresecable, es posible que su médico recomiende quimiorradioterapia a continuación. De lo contrario, seguirá con el mismo tratamiento sistémico o cambiará a otro distinto.

Vigilancia

Después de la cirugía (y del tratamiento sistémico, si lo recibió), se realizan pruebas de vigilancia para detectar lo siguiente:

- Efectos secundarios tardíos del tratamiento
- Recidiva del cáncer
- Nuevas zonas de crecimiento del cáncer

La vigilancia después del tratamiento del adenocarcinoma de intestino delgado incluye exámenes físicos, análisis de sangre y exploración por TC. El cronograma recomendado se indica en la **Guía 3.**

Las personas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) o un síndrome de cáncer familiar (como el síndrome de Lynch) tienen un riesgo elevado de desarrollar más adenocarcinomas de intestino delgado. Puede ser necesaria una vigilancia más intensiva, que podría incluir una endoscopia del intestino delgado.

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 4: Supervivencia.*

Guía 3
Vigilancia después de la cirugía

Examen físico y análisis de sangre (CA 19-9 y antígeno carcinoembrionario)	**Años 1 y 2 después de la cirugía:** cada 3 a 6 meses **Años 3, 4 y 5 después de la cirugía:** cada 6 meses
TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica	**Años 1 y 2 después de la cirugía:** cada 6 a 12 meses **Años 3, 4 y 5 después de la cirugía:** una vez al año

Cáncer metastásico (estadio 4)

La metástasis es la propagación de células cancerosas, a través de la linfa o la sangre, hacia otros órganos del cuerpo. Aproximadamente 1 de cada 3 personas con diagnóstico de adenocarcinoma de intestino delgado tiene cáncer en estadio 4. Esto significa que, para cuando se detectó, el cáncer ya se había extendido al hígado, el revestimiento abdominal, los pulmones u otros órganos.

La cirugía rara vez es una opción para tratar el adenocarcinoma de intestino delgado metastásico. La mayoría de las personas reciben tratamiento sistémico. El primer régimen que recibe se denomina tratamiento de primera línea. Las pruebas de biomarcadores, que se describen a continuación, ayudan a orientar la elección del tratamiento sistémico.

Pruebas de biomarcadores

No todos los adenocarcinomas de intestino delgado 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. Si esto no es posible, se puede analizar una muestra de sangre.

Todos los tipos de adenocarcinomas de intestino delgado deben someterse a los siguientes análisis de biomarcadores:

- Mutaciones del gen *RAS (KRAS* y *NRAS*)
- Mutaciones V600E de *BRAF*
- Sobreexpresión/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). Este método puede detectar otros biomarcadores poco frecuentes para los cuales podría haber tratamientos dirigidos disponibles, entre ellos:

- Mutaciones del gen *POLE/POLD1*
- Fusiones del gen *RET*
- Fusiones del gen *NTRK*
- Carga mutacional tumoral (TMB)

Tratamiento sistémico para el cáncer con pMMR o MSS

La mayoría de los adenocarcinomas de intestino delgado presentan reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad microsatelital (MSS). El primer tipo de tratamiento sistémico que se recomienda para el cáncer metastásico con pMMR o MSS suele ser la quimioterapia.

La mayoría de las personas reciben una combinación intensiva (potente) de medicamentos de quimioterapia. Según la edad, el estado de salud general y otros factores, el médico puede recomendar un régimen eficaz, pero menos agresivo. Consulte la **Guía 4.**

Si en el último año, aproximadamente, recibió quimioterapia con FOLFOX o CAPEOX, no debería recibir más oxaliplatino. Puede causar un grave daño en los nervios.

En este caso, sus opciones dependerán, en parte, de si el cáncer tiene algunos biomarcadores.

Guía 4
Opciones de tratamiento sistémico de primera línea para cánceres metastásicos con pMMR o MSS

Regímenes intensivos (puede añadirse bevacizumab a cualquiera de estos)	• CAPEOX, incluye capecitabina y oxaliplatino. • FOLFIRI, incluye leucovorina, fluorouracilo e irinotecán. • FOLFIRINOX, incluye leucovorina, fluorouracilo, irinotecán y oxaliplatino. • FOLFOX, incluye leucovorina, fluorouracilo y oxaliplatino.
Régimen intensivo para cánceres con una mutación V600E del gen *BRAF*	• FOLFOX y encorafenib (Braftovi) más un inhibidor de EGFR.
Regímenes menos agresivos (puede añadirse bevacizumab a cualquiera de estos)	• Capecitabina • Fluorouracilo y leucovorina
Opciones si recibió FOLFOX o CAPEOX después de la cirugía durante el último año	• FOLFIRI con o sin bevacizumab (Avastin) • Quimioterapia con taxanos • Tratamiento dirigido, para cánceres con mutación V600E del gen *BRAF* o un número alto de mutaciones (TMB-H)

¿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.

¿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.

Tratamiento sistémico del cáncer con dMMR o MSI-H

En los cánceres con los biomarcadores dMMR/MSI-H o POLE/POLD1, se recomienda la inmunoterapia con inhibidores de puntos de control como tratamiento de primera línea.

La inmunoterapia aumenta la actividad de partes del sistema inmunitario. Esto ayuda al cuerpo a detectar y destruir las células cancerosas.

Los inhibidores del punto de control recomendados para las personas que no han recibido inmunoterapia se mencionan en la **Guía 5.**

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. Aprender sobre los posibles efectos secundarios puede ayudar a detectar las reacciones a tiempo e informar de ellas a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre los efectos secundarios de los inhibidores del punto de control inmunitario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



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

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 el cáncer. 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

Algunos profesionales de la salud se refieren a los cuidados paliativos como tratamiento complementario. Consideran que estos tipos de tratamientos son similares o que se superponen. Otros creen que existen diferencias importantes, pero ambos ayudan a las personas con cáncer a vivir de la mejor manera posible. Su centro oncológico puede contar con especialistas en cuidados paliativos, que pueden darle asistencia adicional y coordinar sus necesidades de tratamientos complementarios.

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.



Recursos sobre el tratamiento complementario

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



Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

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

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

¿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 tengan características específicas similares 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 común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierto por el seguro.



¡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

Puntos clave

- Cuando es posible, se recomienda la resección (cirugía) para el adenocarcinoma de intestino delgado no metastásico. A continuación, puede administrarse quimioterapia. La técnica de Whipple suele utilizarse para los tumores del duodeno. La segmentectomía suele utilizarse para los tumores del yeyuno o el íleon.
- Después de la cirugía para extirpar un tumor con reparación competente de desajustes (pMMR) o estabilidad microsatelital (MSS), se recomienda la observación para todos los cánceres en estadio 1. Los cánceres en estadio 2 con pMMR o MSS pueden mantenerse en observación o tratarse con quimioterapia. Se recomienda quimioterapia para todos los cánceres en estadio 3.
- Después de la cirugía para extirpar un tumor con deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) o inestabilidad microsatelital (MSI-H), se recomienda la observación para los cánceres en estadio 1 y estadio 2A. La quimioterapia suele recomendarse para cánceres en estadio 2B, aunque la observación también es una opción. La quimioterapia se recomienda para todos los cánceres en estadio 3 con dMMR o MSI-H. Puede incluirse un medicamento de inmunoterapia.
- En todos los adenocarcinomas de intestino delgado metastásicos se deben analizar las mutaciones de los genes *RAS* y *BRAF*, la sobreexpresión/amplificación de HER2 y el estado dMMR/MSI-H. El análisis de estos biomarcadores (características) ayuda a identificar los tratamientos que podrían ser más eficaces para su cáncer específico y a evitar aquellos que tienen menos probabilidades de ayudar.
- La cirugía rara vez es una opción para tratar el adenocarcinoma de intestino delgado metastásico. La mayoría de las personas inician un tratamiento sistémico. En los cánceres con biomarcadores dMMR o MSI-H, se recomienda la inmunoterapia como tratamiento de primera línea.
- El tratamiento complementario está disponible para ayudarlo con sus síntomas, hacerlo sentir más cómodo y mejorar la calidad de vida.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA. Si un tratamiento en investigación demuestra ser eficaz, puede convertirse en el tratamiento habitual.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía? De no ser así, ¿es posible que logre reunir los requisitos?
- ¿Qué probabilidad hay de recidiva después del tratamiento con cirugía?
- ¿Cumplo los requisitos para participar en un ensayo clínico? ¿Conoce alguno en el que pueda participar?
- ¿Mi cáncer tiene algún biomarcador? ¿Cómo afecta esto a mis opciones de tratamiento sistémico?
- Necesito quimioterapia.¿Recomienda la crioterapia durante las infusiones para prevenir la neuropatía y la caída del cabello?
- ¿Debo hacer cambios en mi alimentación o forma de vida durante la quimioterapia?

4
Supervivencia

31 Su profesional de atención primaria

31 Pago de la atención médica

31 Daño nervioso

34 Puntos clave

34 Preguntas para hacer

La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras de las personas que han padecido cáncer. Controlar los efectos secundarios del cáncer y de su tratamiento a largo plazo, mantenerse en contacto con su profesional de atención primaria y llevar un estilo de vida saludable son aspectos importantes de la supervivencia.

Las personas que han padecido cáncer pueden experimentar efectos a largo y corto plazo sobre la salud a causa del cáncer y su tratamiento. Los efectos dependen en parte del tratamiento o tratamientos recibidos. La cirugía, los medicamentos contra el cáncer y la radioterapia tienen posibles efectos secundarios únicos.

Su profesional de atención primaria

Una vez finalizado el tratamiento contra el cáncer, el oncólogo y el médico de atención primaria deben trabajar juntos para asegurarse de que usted reciba la atención de seguimiento necesaria. Pida a su oncólogo un plan de atención a los sobrevivientes por escrito. Lo ideal es que el plan incluya lo siguiente:

- Un resumen de su historial de tratamiento del cáncer.
- Una descripción de los posibles efectos secundarios tardíos y a largo plazo.
- Recomendaciones para las pruebas a fin de detectar la recidiva.
- Funciones y responsabilidades claras para sus profesionales de atención médica.
- Recomendaciones para su salud y bienestar generales.

Pago de la atención médica

Las personas que han padecido la enfermedad se enfrentan a una carga financiera extraordinaria. Pagar las consultas médicas, las pruebas y los tratamientos puede llegar a ser excesivamente oneroso, sobre todo para quienes tienen un seguro médico limitado o carecen de él. También puede tener otros gastos no relacionados directamente con el tratamiento, como los gastos de viaje y el costo del cuidado de los niños o las ausencias del trabajo.

El término efectos secundarios financieros se utiliza para describir los problemas a los que se enfrentan los pacientes en relación con el costo de la atención médica. Los efectos secundarios financieros pueden afectar a su calidad de vida y al acceso a la atención médica necesaria. Si necesita ayuda para pagar sus cuidados oncológicos, es posible que disponga de asistencia financiera. Hable con un orientador de pacientes, con el trabajador social de su equipo de atención médica y con el departamento de servicios financieros de su hospital.

Daño nervioso

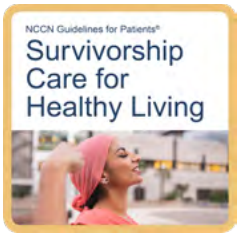
Algunos medicamentos de quimioterapia, especialmente el oxaliplatino, pueden dañar los nervios de los dedos de las manos y los pies. Este efecto, denominado neuropatía, puede causar entumecimiento, calambres, hormigueo y dolor en estas zonas.

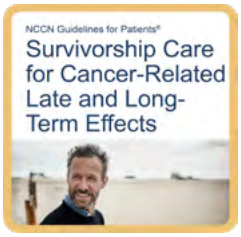
Si presenta daño nervioso doloroso, la duloxetina (Cymbalta) o un gabapentinoide (gabapentina o pregabalina) pueden ayudar. Si el dolor persiste, hable con su médico sobre la consulta con un especialista en el control del dolor.

Entre los métodos que pueden ayudar con el entumecimiento, los calambres y el hormigueo se incluyen la acupuntura, la aplicación de calor o frío, y la actividad física equilibrada.

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



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



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados. Un nutricionista especializado en cáncer puede brindarle ayuda para optimizar su alimentación **durante y después** del tratamiento.



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



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



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



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

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 cuidado al médico de cabecera.
- 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?

5
Otros recursos

36 Qué más hay que saber

36 Qué más hacer

36 Dónde obtener ayuda

37 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.
- Lidiar con 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.

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Colorectal Cancer Alliance
ccalliance.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Love Your Buns
loveyourbuns.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Base de datos de ensayos clínicos de U.S. National Library of Medicine
clinicaltrials.gov

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?



¡Cuéntenos qué opina!

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



Palabras que debe conocer

adenocarcinoma
Tipo frecuente de cáncer de intestino delgado. Se origina en las células productoras de mucosidad que recubren el intestino delgado.

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.

biomarcador
Característica del cáncer que es susceptible a tratamiento dirigido y que puede ayudar a guiar el tratamiento.

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

duodeno
Primera parte del intestino delgado. La mayoría de los cánceres de intestino delgado se originan en el duodeno.

enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
Grupo de afecciones de salud que causan una inflamación a largo plazo en el aparato digestivo.

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

gen
Secuencia de ADN que proporciona un conjunto de instrucciones sobre cómo trabaja y funciona 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.

margen quirúrgico
El tejido normal alrededor del borde de un tumor extirpado durante la cirugía.

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

pólipo
Crecimiento excesivo de células en la capa interna de la pared del intestino.

poliposis adenomatosa familiar (PAF)
Afección médica hereditaria que aumenta el riesgo de cáncer de colon.

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

reparación competente de desajustes (pMMR)/ estabilidad microsatelital (MSS)
Describe los cánceres sin 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.

técnica de Whipple
Cirugía para extirpar la cabeza del páncreas y partes de otros órganos cercanos. También llamada pancreaticoduodenectomía.

tratamiento complementario
Tratamiento para los síntomas o problemas de salud causados por el cáncer o por su tratamiento.

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

yeyuno
Parte media del intestino delgado.



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

NCCN.org/patients/comments

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para adenocarcinoma de intestino delgado, 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

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para adenocarcinoma de intestino delgado, versión 2.2026, fueron elaboradas por 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, Míchigan

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

amplificación de HER2 23

antígeno carcinoembrionario (ACE) 10, 14-15, 22

biomarcador 7, 23

CA 19-9 10, 14-15, 22

carga mutacional tumoral alta (TMB-H) 23

deficiencia de reparación de desajustes (dMMR) 13, 18-21, 23-25

endoscopia con cápsula 10, 12

enfermedad celíaca 6

enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 6, 12

ensayo clínico 27-28

estadificación 19, 23

factores de riesgo 6-7

fertilidad 10, 14

fusión del gen *NTRK* 23

fusión del gen *RET* 23

inestabilidad microsatelital (MSI-H) 13, 18-21, 23-25

inmunoterapia 18, 21, 25

mutación del gen *BRAF* 23-24

poliposis adenomatosa familiar (PAF) 14

síndrome de Lynch 7, 13, 22

síndrome de Peutz-Jeghers 7

supervivencia 31-33

técnica de Whipple 18

tratamiento complementario 26



NCCN Guidelines for Patients®

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

Adenocarcinoma de intestino delgado



El camino hacia el futuro comienza aquí.

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

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-1978-0726