National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones de atención oncológica de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Detección del cáncer colorrectal



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 actualizada todos los años.

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

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

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

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para la detección del cáncer colorrectal, versión 2.2026, 23 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 elabora 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 orientación confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

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

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 fightcolorectalcancer.org y siga a Fight CRC en las redes sociales como @FightCRC.



El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

Donar ahora

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca de la detección del cáncer colorrectal

10 Capítulo 2
Pruebas de detección en personas con riesgo medio

21 Capítulo 3
Pruebas de detección en personas con riesgo elevado

28 Capítulo 4
Otros recursos

31 Palabras que debe conocer

33 Colaboradores de NCCN

34 Centros oncológicos de NCCN

36 Índice

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 que 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 mediante la financiación de médicos prometedores del país que se encuentran en el centro de la innovación en la 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.

TENGA EN CUENTA que, al descargar o usar este contenido de NCCN, usted acepta los términos del Acuerdo de licencia de usuario final de NCCN (https://www.nccn.org/end-user-license-agreement) y NO PODRÁ distribuir este contenido ni usarlo con ningún sistema de inteligencia artificial, modelo de aprendizaje automático o gran modelo de lenguaje u otra herramienta de inteligencia artificial.

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

1

Acerca de la detección del cáncer colorrectal

5 ¿Qué es la detección?

6 Pólipos y lesiones

8 Determinación del riesgo

9 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

La detección previene el cáncer colorrectal porque permite encontrar y extirpar los pólipos antes de que se conviertan en cáncer. Si ha comenzado a desarrollarse el cáncer, la detección facilita descubrirlo a tiempo, cuando hay mayor probabilidad de curarlo.

El cáncer colorrectal se refiere al cáncer que se forma en el colon o recto. Estos órganos forman parte del intestino grueso.

En el colon, los alimentos que come se transforman en heces (materia fecal). Las heces se alojan en el recto hasta que salen del cuerpo durante la deposición.

La pared del intestino está formada por capas de tejido. El cáncer comienza en la capa más interna que está en contacto con las heces.

¿Qué es la detección?

Es una serie de pruebas que se realizan para detectar un problema de salud en una persona que no presenta signos o síntomas de la afección.

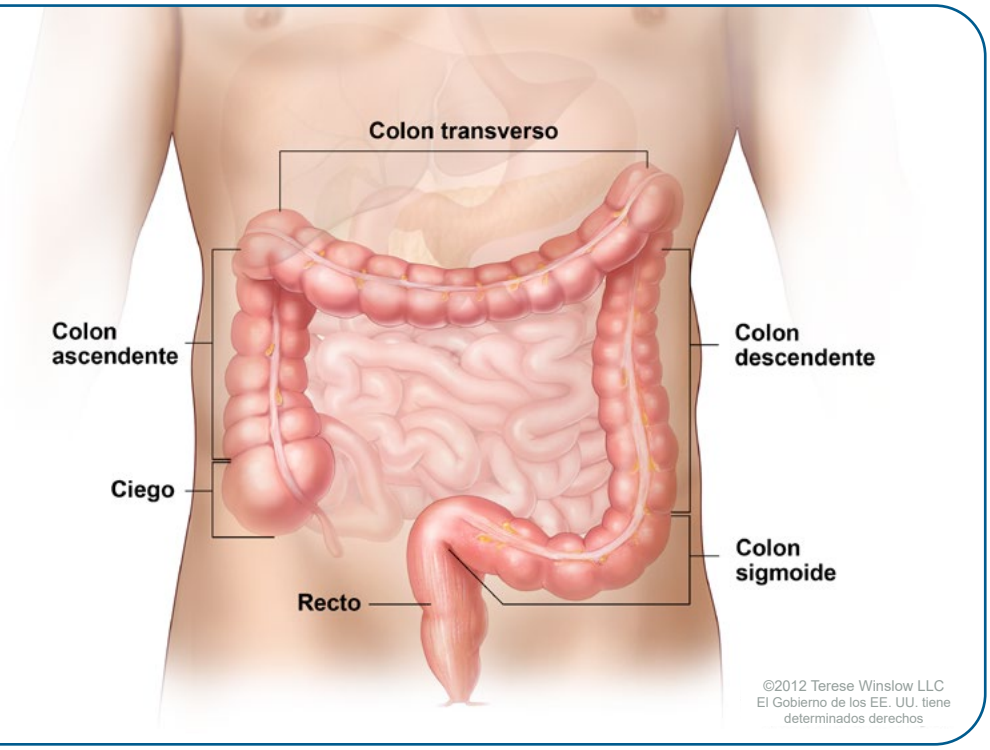
El profesional de atención médica tendrá en cuenta su edad, sus antecedentes médicos y sus antecedentes familiares para determinar su riesgo de padecer cáncer colorrectal. Dicho riesgo sirve para determinar cuándo debe comenzar a realizarse pruebas de detección, con qué frecuencia las necesitará y qué métodos se recomiendan en su caso.

La mayoría de las personas tiene un riesgo medio, y hay varios tipos de pruebas de detección para elegir.

En los Estados Unidos, los indígenas norteamericanos/nativos de Alaska y las personas de raza negra tienen más probabilidades de presentar cáncer colorrectal y de morir a causa de esta enfermedad.

El intestino grueso

El colon forma la mayor parte del intestino grueso. Después de que los alimentos digeridos se convierten en heces en el colon, permanecen en el recto hasta la deposición.



Pólipos y lesiones

Los pólipos son crecimientos que aparecen en la capa interna del intestino grueso. Algunos tipos tienen más probabilidades de convertirse en cáncer que otros.

Extirpar los pólipos puede prevenir el cáncer antes de que comience a desarrollarse. La mayoría pueden extirparse durante una colonoscopía mediante un procedimiento menor llamado polipectomía. Un anatomopatólogo examina con un microscopio los pólipos extirpados para determinar el tipo de pólipo y su patrón de crecimiento, y para corroborar que el cáncer no haya comenzado a desarrollarse.

Adenomas

Los adenomas son el tipo más frecuente de pólipo. Con el tiempo, un adenoma puede convertirse en un cáncer invasivo. El cáncer que se forma a partir de un adenoma se llama **adenocarcinoma**. Es el tipo más común de cáncer colorrectal.

Al observarlo con un microscopio, un adenoma puede presentar 1 de 3 patrones de crecimiento: tubular (el más común), velloso y tubulovelloso.

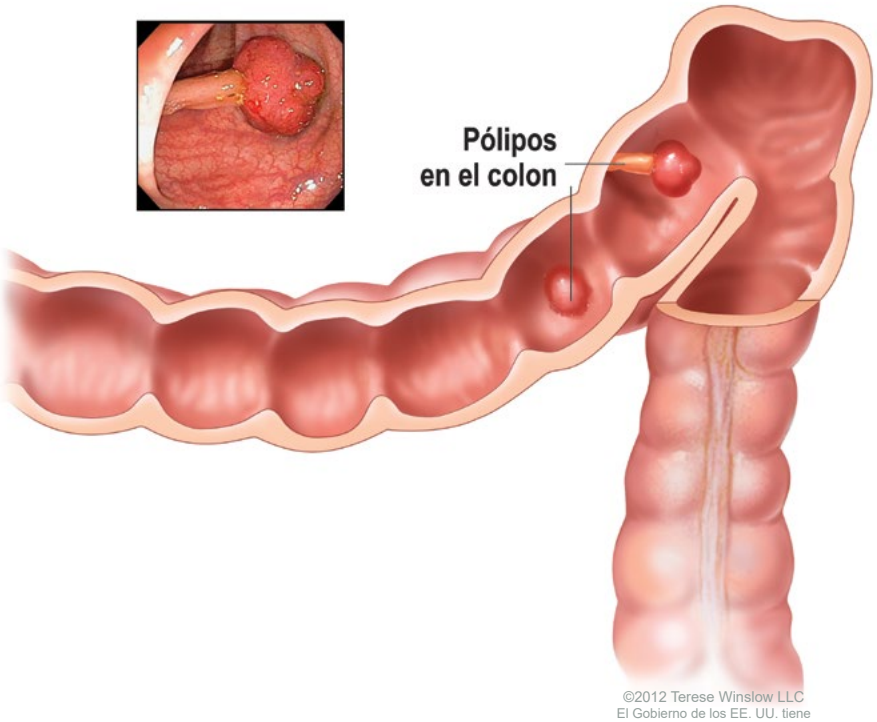
Los adenomas que tienen alguna de las siguientes características tienen más probabilidades de convertirse en cáncer que los que no las tienen:

- Tamaño superior a 1 centímetro (cm).
- Displasia de grado alto (de crecimiento rápido).
- Patrón de crecimiento velloso o tubulovelloso.

El adenoma serrado tradicional (AST) es un adenoma poco frecuente con un patrón de crecimiento velloso.

Pólipos

Los pólipos son crecimientos en el revestimiento de la pared del intestino. Es más probable que el cáncer se forme en algunos tipos de pólipos que en otros. Los adenomas y los pólipos serrados sésiles (PSS) aumentan el riesgo de cáncer colorrectal.



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

Pólipos serrados sésiles

Los pólipos serrados sésiles (PSS), también llamados lesiones serradas sésiles (LSS), son lisos y poco visibles. Se apoyan directamente sobre la pared intestinal y no tienen tallo.

Al igual que los adenomas, los PSS pueden convertirse en un cáncer invasivo. Las personas que han tenido varios PSS suelen necesitar pruebas de detección más frecuentes con colonoscopía.

Al observarlos con un microscopio, el borde de los pólipos serrados se ve dentado, como la hoja de una sierra.

Pólipos hiperplásicos

Los pólipos hiperplásicos son un tipo de pólipo serrado de bajo riesgo.

Si bien los pólipos hiperplásicos pequeños rara vez forman células cancerosas, los de más de 1 cm pueden aumentar el riesgo de cáncer. En el caso de los pólipos hiperplásicos grandes, suelen recomendarse pruebas de detección más frecuentes.

Esté atento a estos síntomas

La detección del cáncer se realiza en personas que no presentan signos o síntomas de cáncer colorrectal. Si presenta signos o síntomas, el objetivo de las pruebas es encontrar el problema y hacer un diagnóstico. Consulte al profesional de atención médica si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas.



Heces con sangre



Cambios en los hábitos intestinales



Anemia por deficiencia de hierro



Dolor abdominal



Pérdida de peso inexplicable

Determinación del riesgo

El médico tendrá en cuenta su edad, sus antecedentes médicos y sus antecedentes familiares para determinar si tiene un riesgo medio o elevado de padecer cáncer colorrectal.

La mayoría de las personas tiene un riesgo medio. Dicho riesgo determina cuándo debe comenzar a realizarse pruebas de detección, con qué frecuencia las necesita y qué métodos se recomiendan en su caso. Consulte el cuadro a continuación para saber si tiene un riesgo medio o elevado.

¿Tiene un riesgo medio o elevado de padecer cáncer colorrectal?

Riesgo medio

Edad de 45 a 75 años

Y

Sin antecedentes de cáncer colorrectal ni de pólipos avanzados en familiares de primer grado (padres biológicos, hermanos de padre y madre, hijos biológicos)

Y

Nunca ha recibido un diagnóstico de ninguna de estas enfermedades

Riesgo elevado

Antecedentes familiares de cáncer colorrectal, adenomas avanzados o pólipos serrados sésiles avanzados

O

Ha recibido un diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades:

- Cáncer colorrectal
- Adenomas o pólipos serrados sésiles
- Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
- Fibrosis quística
- Cáncer en la infancia, la adolescencia o la adultez temprana
- Síndrome colorrectal hereditario:
  - Síndrome de Lynch
  - Poliposis adenomatosa familiar clásica o atenuada
  - Poliposis asociada al gen *MUTYH*
  - Síndrome de Peutz-Jeghers
  - Síndrome de poliposis juvenil
  - Síndrome de poliposis serrada
  - Síndrome de Cowden/síndrome de hamartoma tumoral de *PTEN*
  - Síndrome de Li-Fraumeni

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su atención. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

NCCN Guidelines for Patients le permitirá 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. Por eso 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 NCCN Guidelines for Patients. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre la atención oncológica 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 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 de detección en personas con riesgo medio

11 La detección comienza a los 45 años

11 Colonoscopía

15 Sigmoidoscopía flexible

16 Pruebas de detección en heces

17 Análisis de sangre

18 Colonografía por TC

20 Puntos clave

20 Preguntas para hacer

Las personas con riesgo medio de padecer cáncer colorrectal deben comenzar a realizarse pruebas de detección a los 45 años. Existen varios métodos de detección disponibles. Hable con el médico sobre los beneficios y las desventajas de cada uno.

La detección comienza a los 45 años

Las personas con riesgo medio de padecer cáncer colorrectal deben comenzar a realizarse pruebas de detección a los 45 años. Las personas con buena salud deben continuar realizándose la detección hasta los 75 años.

Si tiene entre 76 y 85 años, realizarse pruebas de detección del cáncer es una decisión personal. Hable con el profesional de atención médica sobre los posibles beneficios y riesgos de las pruebas de detección, teniendo en cuenta su estado general de salud y los resultados de las pruebas de detección anteriores.

No es necesario realizarse pruebas de detección del cáncer colorrectal si tiene más de 85 años.

Existen diversos métodos de detección disponibles para las personas con un riesgo medio de padecer cáncer colorrectal, los cuales se describen a continuación. Consulte al médico sobre los beneficios y riesgos de cada uno.

Colonoscopía

En los Estados Unidos, la colonoscopía es la prueba de detección del cáncer colorrectal más utilizada. La colonoscopía permite que un profesional de atención médica, normalmente un gastroenterólogo, examine todo el intestino grueso y extirpe cualquier crecimiento anormal.

El médico introducirá un dispositivo largo y delgado con una luz y una cámara por el ano y lo guiará suavemente a través de todo el intestino grueso. El médico observará el colon en un monitor y buscará crecimientos anormales.

Si detecta pólipos o lesiones, los extirpará durante el procedimiento con una herramienta de corte. Esto se denomina **polipectomía**. La cantidad, el tamaño y la ubicación de los pólipos se anotarán en un informe de colonoscopía.

En raras ocasiones, no es posible extirpar un pólipo grande o un área afectada por cáncer durante la colonoscopía de detección.

Edad de 45 a 75 años

Hágase las pruebas de detección (a menos que padezca una afección de salud grave).

Edad de 76 a 85 años

La prueba de detección es una decisión personal. Hable con el médico sobre los beneficios y riesgos en su caso.

A partir de los 86 años

No es necesario realizar una prueba de detección.

En ese caso, el médico tomará muestras para analizarlas (biopsia).

Los pólipos extirpados o las muestras de la biopsia se enviarán a un laboratorio para su análisis. Un experto, llamado anatomopatólogo, examinará los tejidos con un microscopio. Si se encuentran células cancerosas, se hará un diagnóstico de cáncer.

El diagnóstico se incluirá en un informe de anatomopatología, junto con otros detalles de las pruebas tisulares. Los siguientes pasos de la atención se basarán en los detalles de la colonoscopía y en los hallazgos anatomopatológicos.

Qué esperar

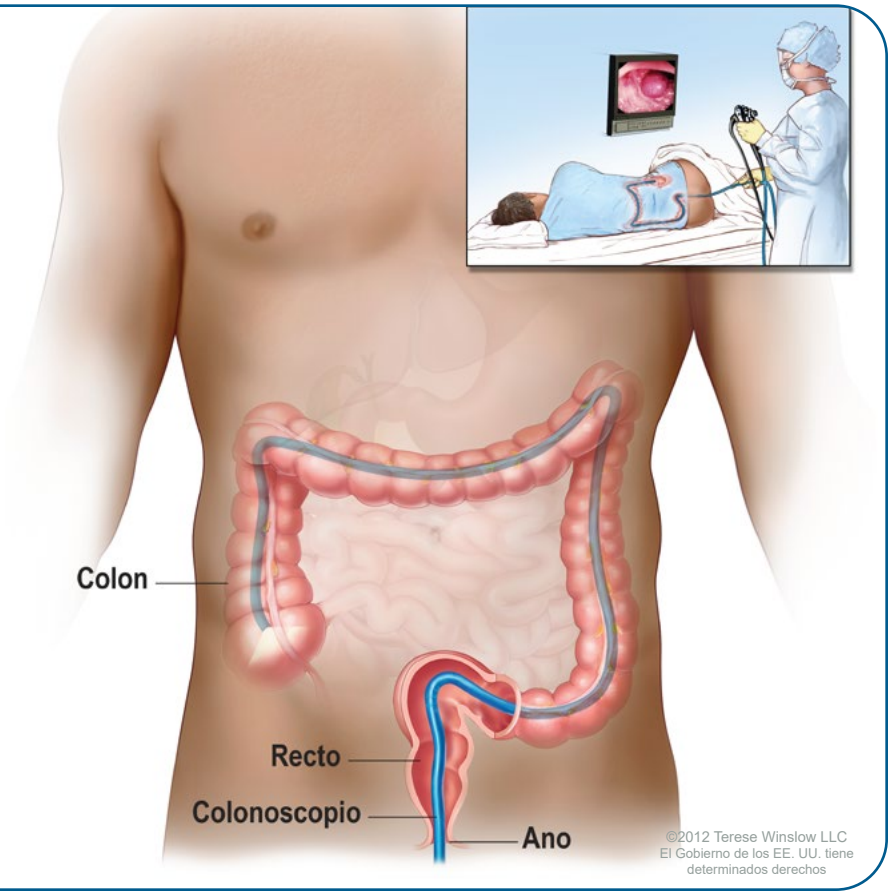
Para que el médico pueda ver con claridad la pared del intestino, este debe estar libre de heces. Esta preparación intestinal consiste en tomar laxantes fuertes y seguir una dieta líquida. Siga atentamente las instrucciones de preparación. Si el intestino no está lo suficientemente limpio, es posible que tenga que reprogramar la prueba o repetirla.

Es probable que tenga que usar una bata de hospital. La prueba se realizará mientras usted está acostado de lado. Si optó por estar dormido durante el procedimiento, se le administrará un sedante intravenoso.

La colonoscopía demora menos de una hora. Después, es posible que deba quedarse durante otra hora para que pase el efecto de los medicamentos que le hayan administrado. Organícese para que alguien lo lleve a su casa después.

Colonoscopía

La colonoscopía es un procedimiento que permite al médico ver y extirpar el tejido anormal del colon. Un dispositivo delgado se introduce a través del ano, sube por el recto y llega al colon. El dispositivo tiene una luz, una cámara y un instrumento de corte.



Al día siguiente, es probable que se sienta normal. Comuníquese con el médico si presenta dolor intenso, vómitos, heces con sangre o una sensación de debilidad.

No se encuentran pólipos durante la colonoscopía

Si no se encuentran pólipos durante la colonoscopía de detección, puede esperar 10 años hasta el próximo estudio y puede utilizar cualquier método de detección.

Extirpación de pólipos pequeños durante la colonoscopía

Si solo se encuentran y extirpan pólipos pequeños durante la colonoscopía, el momento de la próxima prueba de detección dependerá del tipo y las características de los pólipos extirpados. Consulte la **Guía 1**.

Guía 1
Extirpación de pólipos pequeños durante la colonoscopía: intervalo hasta la próxima prueba de detección

En esta guía, se indica cuándo repetir la prueba de detección (y con qué método) después de que se le extirpen mediante polipectomía 1 o más pólipos de **menos de 1 centímetro (cm)**. Como referencia, 1 cm es aproximadamente el tamaño de una arveja o de un botón pequeño de camisa.

Pólipos hiperplásicos	
1 o más pólipos hiperplásicos pequeños	Prueba de detección en 10 años con cualquier método
Adenomas	
1 o 2 adenomas pequeños con patrón de crecimiento tubular	Repetir la colonoscopía en 7 a 10 años
1 o más adenomas pequeños con displasia de grado alto o con patrón de crecimiento velloso o tubulovelloso	Repetir la colonoscopía en 3 años
3 o más adenomas pequeños (independientemente de otras características)	Repetir la colonoscopía en 3 años
Pólipos y lesiones serrados sésiles	
1 o 2 PSS/LSS pequeños, sin displasia	Repetir la colonoscopía en 5 años
1 o más PSS/LSS pequeños, con displasia	Repetir la colonoscopía en 3 años
3 o más PSS/LSS (independientemente de la displasia)	Repetir la colonoscopía en 3 años
Adenomas serrados tradicionales	
1 o más AST pequeños	Repetir la colonoscopía en 3 años

Alta cantidad de pólipos

Si se encuentran y extirpan 10 o más adenomas o PSS/LSS en una sola colonoscopía, vuelva a realizarse una colonoscopía de detección en 1 año. La cantidad elevada de pólipos indica que podría tener un síndrome de cáncer hereditario. Se recomiendan el asesoramiento genético y las pruebas genéticas.

Presencia de pólipos pediculados grandes durante la colonoscopía

Los pólipos de más de 1 cm se consideran grandes. En el caso de un pólipo pediculado grande sin cáncer invasivo, se recomienda repetir la colonoscopía de detección en 3 años.

Si en las pruebas se encuentran características de cáncer invasivo, consulte “Si se detecta cáncer” en esta página.

Presencia de pólipos sésiles grandes o lesiones planas durante la colonoscopía

En el caso de pólipos o lesiones sésiles de entre 1 y 2 cm, o que se extirparon por completo en una sola pieza, se recomienda una colonoscopía en 3 años.

En el caso de pólipos o lesiones sésiles de 2 cm o más, o que no se hayan extirpado en una sola pieza, se recomienda una colonoscopía en 6 a 12 meses.

Si en el análisis de los pólipos o las lesiones sésiles grandes se encuentra cáncer invasivo, consulte “Si se detecta cáncer” en esta página. De lo contrario, una posibilidad es la derivación a un centro de tratamiento con expertos en tumores colorrectales grandes. Otra posibilidad es evaluar la opción de una cirugía para extirpar el pólipo.

Si se detecta cáncer

Puede encontrar más información sobre el tratamiento para el cáncer de colon y recto en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.

En estos recursos, se explica el tratamiento según el estado de reparación de errores de emparejamiento (MMR) del cáncer y otras características. Los resultados de la prueba de MMR se utilizan para decidir si es necesario realizar pruebas para detectar el síndrome de Lynch.





Sigmoidoscopía flexible

Este método de detección visual es un examen del recto y de la última parte del colon. Para observar estas zonas, el profesional de atención médica introducirá suavemente un dispositivo con una pequeña cámara a través del ano, dentro del intestino grueso.

Si encuentra pólipos o lesiones, los extirpará mediante una polipectomía o tomará una muestra de tejido (biopsia). Luego, un anatomopatólogo examinará con un microscopio los pólipos y los tejidos extirpados para buscar células cancerosas.

Si no se encuentran pólipos

Si no se encuentran pólipos durante la sigmoidoscopía flexible, se recomienda volver a realizar una prueba de detección en 5 años con cualquier método.

Si se encuentran pólipos hiperplásicos pequeños

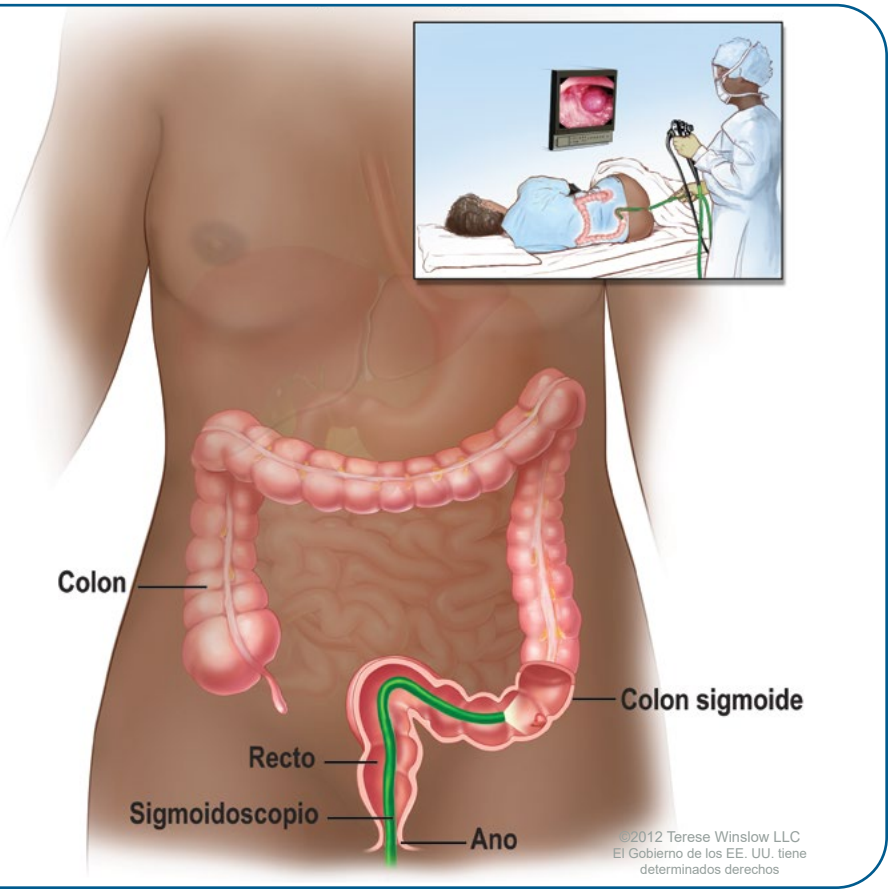
Si los únicos pólipos que se encuentran durante la sigmoidoscopía flexible son hiperplásicos y miden menos de 1 cm, se recomienda volver a realizar una prueba de detección en 5 años con cualquier método.

Si se encuentra un adenoma, un PSS/LSS o un pólipo hiperplásico grande

Si se encuentra alguno de estos tipos de pólipos, debe realizarse una colonoscopía lo antes posible. Consulte las páginas 13 y 14 para conocer la atención recomendada según los hallazgos de la colonoscopía.

Sigmoidoscopía

La sigmoidoscopía flexible permite que un profesional de atención médica observe el recto y la última parte del colon. Si no se encuentran pólipos, se recomienda volver a realizar la prueba de detección en 5 años (con cualquier método).



Pruebas de detección en heces

Otra opción para las personas con riesgo medio son las pruebas de detección en heces. El método consiste en recolectar una muestra de heces en su casa y enviarla a un laboratorio para análisis.

Si los resultados de una prueba de detección en heces son anormales, se recomienda realizarse una colonoscopía lo antes posible.

Prueba de ADN o ARN en heces multiobjetivo

Además de la sangre oculta en las heces, las pruebas de heces multiobjetivo pueden detectar el ADN o el ARN que liberan el cáncer colorrectal y algunos pólipos precancerosos.

Si los resultados de una prueba de heces multiobjetivo son normales, se recomienda una prueba de detección (con cualquier método) en **3 años**.

Si los resultados son anormales, programe una colonoscopía de forma prioritaria.

PIF

La prueba inmunoquímica fecal (PIF) es un tipo de prueba de sangre oculta en heces (PSOH). Se coloca una muestra de heces en un tubo de recolección o en una tarjeta para análisis. La PIF utiliza un anticuerpo que se une a una proteína sanguínea llamada hemoglobina para detectar la sangre.

La PIF no requiere cambios en la alimentación, y muchas marcas requieren solo 1 muestra de heces por año.

Si los resultados de la PIF son normales, se recomienda una prueba de detección (con cualquier método) en **1 año**. Si los resultados son anormales, programe una colonoscopía de forma prioritaria.

Prueba de guayacol

Un tipo de PSOH habitual emplea guayacol, una sustancia que se usa para recubrir las tarjetas con muestras de heces. Si hay sangre en la muestra, el guayacol hará que cambie de color rápidamente.

La prueba de guayacol requiere que recolecte 3 muestras de heces consecutivas y que siga una dieta especial.

Si los resultados de la prueba de guayacol son normales, se recomienda una prueba de detección (con cualquier método) en **1 año**. Si los resultados son anormales, programe una colonoscopía de forma prioritaria.

Análisis de sangre

Los tumores colorrectales liberan en el torrente sanguíneo fragmentos microscópicos de ADN, llamados ADN tumoral circulante (ADNtc).

Es menos probable que en la prueba de ADNtc en sangre se detecten pólipos y cáncer que con otros métodos de detección. Por este motivo, actualmente solo se recomienda para las personas con riesgo medio **que no pueden o no quieren usar otros métodos**.

Si se realiza la prueba y los resultados son normales, se recomienda repetir la prueba de detección en **3 años** con cualquier método.

Si los resultados son anormales por la presencia de células cancerosas, se le programará una colonoscopía lo antes posible.

Comparta su opinión con nosotros.

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

NCCN.org/patients/comments

¿Quiénes son los más afectados?

En los Estados Unidos, los indígenas norteamericanos/nativos de Alaska y las personas de raza negra tienen más probabilidades de presentar cáncer colorrectal y de morir a causa de esta enfermedad que cualquier otro grupo racial o étnico. Estas personas también suelen enfrentar dificultades con la detección del cáncer colorrectal.



Colonografía por TC

La colonografía por tomografía computarizada (CTC), también llamada colonoscopía virtual, es otra opción de detección para las personas con riesgo medio.

Esta prueba utiliza un tomógrafo y una pequeña cantidad de radiación para observar de cerca el intestino grueso. También muestra los órganos cercanos en el abdomen.

La colonografía por TC no es invasiva y no requiere sedación. Una desventaja es que se necesita una limpieza intestinal, al igual que para una colonoscopía.

Si no se encuentran pólipos

Si no se encuentran pólipos ni lesiones, se recomienda una prueba de detección en **5 años** con cualquier método. Hable con el médico sobre los beneficios y riesgos de cada método.

Si se encuentran pólipos grandes o varios pólipos más pequeños

Si se encuentran pólipos de más de 1 cm, o 3 o más pólipos pequeños, debe realizarse una colonoscopía lo antes posible. Consulte las páginas 13 y 14 para conocer la atención recomendada según los hallazgos de la colonoscopía.

Si solo se encuentran 1 o 2 pólipos pequeños, es probable que tenga dos opciones:

- Una colonoscopía poco tiempo después para observar con más detalle la pared del intestino.
- Volver a realizar una prueba de detección en 3 años con colonografía por TC.

Sea proactivo con las pruebas de detección

- Hable de su riesgo de padecer cáncer colorrectal con el profesional de atención médica antes de cumplir 45 años.
- Esté preparado para informar sus antecedentes familiares de cáncer colorrectal y de pólipos avanzados.
- Infórmese sobre los métodos que se utilizan actualmente para la detección del cáncer colorrectal.
- Inicie la detección a tiempo y mantenga el esquema de las pruebas de seguimiento.

¿Qué más puedo hacer para reducir el riesgo?

Las pruebas de detección son la mejor manera de prevenir el cáncer colorrectal. A continuación, se describen otras medidas que puede adoptar para reducir el riesgo.

Las frutas y las verduras deben ser una parte importante de los alimentos que consume. La mejor manera de obtener nutrientes es a través de alimentos naturales, no de suplementos. Limite el consumo de carnes rojas y procesadas. Los productos lácteos pueden ayudar a prevenir el cáncer colorrectal.

Obtenga vitamina D de alimentos como salmón, atún, caballa y yemas de huevo. La piel también puede producir vitamina D cuando se expone al sol, pero recuerde ponerse protector solar cuando pase mucho tiempo al aire libre.

Beba poco o nada de alcohol.

Muévase más; reduzca el sedentarismo.

Mantenga un peso saludable. Hacer un seguimiento de sus comidas, el consumo de calorías y los 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 dejarlo. El asesoramiento y los medicamentos suelen ser algunas opciones disponibles.



Puntos clave

- Las personas con riesgo medio y buena salud deben comenzar a realizarse pruebas de detección a los 45 años y continuar hasta los 75. Las pruebas de detección en personas de entre 76 y 85 años son una decisión personal.
- Hable con el médico sobre los beneficios y riesgos de cada método de detección. El tiempo hasta la próxima prueba de detección depende del método de prueba y de sus resultados.
- La colonoscopía es la prueba de detección más completa para el cáncer colorrectal. Permite que un profesional de atención médica examine todo el intestino grueso y extirpe cualquier pólipo o crecimiento anormal.
- La sigmoidoscopía flexible permite que un profesional de atención médica examine el recto y la última parte del colon, y que extirpe cualquier pólipo o crecimiento anormal.
- La prueba inmunoquímica fecal (PIF) y la prueba de guayacol sirven para detectar si hay sangre oculta en las heces. Además de la sangre oculta, la prueba de heces multiobjetivo puede detectar ADN o ARN tumoral en las heces.
- El análisis de sangre es un método no invasivo que puede detectar el ADN tumoral circulante en la sangre. Actualmente, solo se recomienda para las personas con riesgo medio que no pueden o no quieren usar otros métodos.
- La colonografía por TC es un método no invasivo que utiliza imágenes de TC para observar el intestino grueso y los órganos cercanos.
- Si los resultados de un método no invasivo (de heces, de sangre o de diagnóstico por imágenes) son anormales, será necesario realizar una colonoscopía para completar el proceso de detección.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Complete nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

Preguntas para hacer

- ¿Qué método de detección me recomienda?
- Si el resultado de un análisis de sangre o de heces es anormal, ¿cuándo debería realizarme una colonoscopía?
- ¿Cómo me preparo para una colonoscopía?

3

Pruebas de detección en personas con riesgo elevado

22 Enfermedad inflamatoria intestinal

24 Fibrosis quística

24 Antecedentes familiares de cáncer colorrectal

26 Antecedentes de tratamientos para el cáncer

27 Puntos clave

27 Preguntas para hacer

La colonoscopía es el método de detección preferido para todas las personas que tienen un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal.

Enfermedad inflamatoria intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un grupo de afecciones de salud que causan inflamación y lesiones a largo plazo en el aparato digestivo. Las lesiones pueden causar la proliferación de células anormales que pueden convertirse en cáncer con el tiempo.

La colitis ulcerosa y la colitis de Crohn son tipos de EII que afectan el colon y el recto. Estas afecciones suelen comenzar antes de los 30 años o mucho más tarde en la vida. Tener cualquiera de estas dos enfermedades aumenta el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

Su riesgo aumenta aún más si tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal o si tiene colangitis esclerosante primaria, una afección que causa daño y estrechamiento de los conductos biliares.

Cuándo comenzar las pruebas de detección

La mayoría de las personas con EII que afecta el colon deben comenzar a realizarse pruebas de detección del cáncer colorrectal 8 años después de que comenzaron los síntomas de la EII. Se recomienda empezar antes de que pasen 8 años desde el inicio de los síntomas si tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

Lo ideal es realizar la prueba de detección cuando la EII está inactiva. Esto ayuda al médico a detectar displasia en partes planas y de aspecto normal de la pared del intestino.

Las personas con colangitis esclerosante primaria (CEP) deben comenzar a realizarse pruebas de detección cuando reciben el diagnóstico de CEP, independientemente de cuándo comenzaron los síntomas de la EII.

La EII aumenta el riesgo de cáncer colorrectal

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn son tipos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Las personas con EII tienen un mayor riesgo de cáncer colorrectal y siempre deben realizarse las pruebas de detección con colonoscopía.



Pruebas de detección con colonoscopía

En personas con EII, siempre debe utilizarse la colonoscopía para detectar el cáncer colorrectal. Consulte la página 11 para obtener más información sobre este método.

La colonoscopía suele combinarse con métodos más nuevos para ver mejor la pared del intestino. Por ejemplo:

- Endoscopía de luz blanca de alta definición (HD-WLE)
- Cromoendoscopía

La HD-WLE es un procedimiento para observar el interior del colon con un dispositivo que se introduce por el ano y que genera imágenes muy claras.

La cromoendoscopía consiste en aplicar una tinción a la capa interna del intestino. La tinción hace que sea más fácil ver áreas anormales y realizar biopsias dirigidas.

El profesional de atención médica realizará una biopsia (extraerá muestras) de cualquier zona que parezca anormal. También tomará muestras aleatorias de cada sección del intestino grueso.

Pólipos o lesiones resecables

Los pólipos y las lesiones que se pueden extirpar de forma segura se denominan resecables. Si se detectan, se extirparán por vía endoscópica (si es posible). El momento de su próxima colonoscopía depende de las características de los pólipos extirpados.

En el caso de los pólipos de menor riesgo que se extirpan por completo, se recomienda realizar la próxima colonoscopía en 1 a 3 años.

En el caso de los pólipos de mayor riesgo que se extirpan por completo, se recomienda repetir la prueba de detección al año, pero puede ser necesario hacerla tan solo 3 meses después.

Si el pólipo no se extirpó por completo, es posible que lo deriven a un endoscopista capacitado en técnicas avanzadas de resección o a un cirujano especializado en EII.

Displasia invisible

Durante las pruebas, es posible que se detecte displasia (tejido anormal) en muestras que parecían normales durante la endoscopía. Esto se denomina displasia invisible. Este tipo de anormalidad no puede visualizarse con un endoscopio.

Si se confirma la displasia, la cromoendoscopía es el siguiente paso (si aún no se la ha realizado). El profesional de atención médica puede realizarla o derivarlo a un endoscopista con experiencia en cromoendoscopía. También puede derivarlo a un cirujano que se especialice en EII para analizar si conviene la vigilancia o la cirugía.

No se ha detectado displasia

Si no se ha detectado displasia, se recomienda una colonoscopía al año para las personas con alto riesgo. Las características de alto riesgo son la colangitis esclerosante primaria, la inflamación activa y los antecedentes familiares de diagnóstico de cáncer colorrectal antes de los 50 años.

Para todas las demás personas sin inflamación activa, la próxima colonoscopía debe realizarse en 2 a 5 años.

Estenosis del colon

Con el tiempo, la EII puede causar la formación de tejido cicatricial en el revestimiento del intestino. Esto provoca estrechamientos en ciertas zonas del intestino, llamados estenosis.

En las estenosis de colon puede haber cáncer subyacente, especialmente en personas con EII de larga evolución. Si en su prueba de vigilancia se detectó una estenosis, se recomienda que consulte a un experto en EII.

El siguiente paso de la atención puede ser someterse a cirugía para la extirpación parcial o total del colon. Esto se denomina colectomía. Si no se prevé una cirugía, se recomienda volver a realizar la prueba de detección al año.

Fibrosis quística

Las personas con fibrosis quística tienen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. A menudo, se presenta antes en las personas con esta afección que en las que tienen un riesgo medio.

Las personas que recibieron un trasplante de órganos para controlar la fibrosis quística tienen un riesgo aún mayor. En esas personas, se recomienda la colonoscopía a partir de los 30 años o dentro de los 2 años posteriores al trasplante. En las personas que no recibieron un trasplante de órganos, las pruebas de detección deben comenzar a los 40 años.

Las personas con fibrosis quística requieren un proceso de limpieza intestinal más exhaustivo antes de la colonoscopía. El equipo de atención médica le dará instrucciones sobre la preparación intestinal.

Si los resultados de la colonoscopía son normales, la próxima colonoscopía se realizará a los 5 años. Si la colonoscopía detecta pólipos precancerosos, se recomienda realizar la siguiente a los 3 años.

Antecedentes familiares de cáncer colorrectal

El profesional de atención médica le preguntará sobre los antecedentes médicos de sus familiares biológicos (consanguíneos). Es posible que tenga un riesgo elevado de cáncer colorrectal según sus antecedentes familiares.

En la mayoría de las familias con antecedentes de cáncer colorrectal, la causa no está clara. Podría ser por genes compartidos, por experiencias compartidas o por ambas cosas.

En algunas familias, la causa es un síndrome colorrectal hereditario, como el síndrome de Lynch o la poliposis adenomatosa familiar (PAF). El síndrome de Lynch aumenta mucho el riesgo de presentar cáncer colorrectal, de endometrio, de ovario y otros tipos de cáncer. La PAF es un síndrome polipósico que provoca la formación de muchos pólipos (posiblemente, de cientos a miles) en el intestino grueso.

Las siguientes recomendaciones **no** se aplican a las familias con síndrome de Lynch o síndromes polipósicos. Si el médico sospecha que tiene un síndrome hereditario, lo derivará a un asesor genético para que evalúe la posibilidad de realizar pruebas genéticas. Para estos estudios, se toma una muestra de sangre o saliva. Se analiza la muestra para determinar si hay diferencias genéticas hereditarias que causen estos síndromes.

En comparación con las pruebas de detección para personas de riesgo medio, la detección basada en los antecedentes familiares suele comenzar antes y es más frecuente. El tiempo entre las pruebas de detección podría alargarse si 2 pruebas seguidas dan resultados normales.

Comunique los resultados de sus pruebas de detección a sus familiares para que puedan tomar decisiones informadas. Es posible que se incluyan recomendaciones de detección para familiares en su informe de colonoscopía. Algunos profesionales de atención médica le darán una carta para compartir con sus familiares de primer grado.

Familiares de primer grado con un pólipo precanceroso avanzado

Si uno (o más) de sus familiares de primer grado tuvo un adenoma avanzado, un pólipo o una lesión serrados avanzados, debe comenzar a realizarse pruebas de detección con colonoscopía a partir de los 40 años o a la edad en que se detectó el pólipo avanzado (si fue antes de los 40 años).

Se recomiendan pruebas de detección cada 5 a 10 años, pero es posible que sean necesarias con mayor frecuencia según los resultados de cada colonoscopía.

¿Qué es un pólipo precanceroso avanzado?

Los adenomas y los pólipos y las lesiones serrados se consideran avanzados si miden más de 1 centímetro (cm) o tienen ciertas características, como displasia de crecimiento rápido o, en el caso de los adenomas, un patrón de crecimiento no tubular.

Los antecedentes familiares completos incluyen a familiares de primer, segundo y tercer grado.



Usted

Familiares de primer grado	Padres biológicos, hermanos de padre y madre, hijos biológicos
Familiares de segundo grado	Abuelos, tías y tíos, medios hermanos, sobrinas y sobrinos, nietos
Familiares de tercer grado	Bisabuelos, tías abuelas y tíos abuelos, medias tías y medios tíos, primos, medias sobrinas y medios sobrinos, sobrinas nietas y sobrinos nietos, bisnietos

Familiares de primer grado con cáncer colorrectal (CCR)

Si tiene familiares de primer grado que recibieron un diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR) a cualquier edad, se recomienda una colonoscopía a partir de los 40 años, o 10 años antes del diagnóstico más temprano en su familia. Por ejemplo, si un familiar de primer grado fue diagnosticado a los 44 años, debe comenzar a realizarse pruebas de detección a los 34 años.

Por lo general, se recomienda repetir la colonoscopía cada 5 años. Sin embargo, usted y su médico pueden decidir realizar pruebas de detección con mayor frecuencia, según los siguientes factores:

- El tamaño, la cantidad y las características de los pólipos extirpados en cada colonoscopía.
- Su edad y sus preferencias.
- Sus antecedentes familiares de CCR.

Familiares de segundo o tercer grado con CCR

Si alguno de sus familiares de segundo o tercer grado (pero no de primer grado) recibió un diagnóstico de cáncer colorrectal, debe comenzar a realizarse pruebas de detección a los 45 años (la misma edad que las personas con riesgo medio).

Si bien su riesgo de cáncer colorrectal puede ser mayor que el de alguien con riesgo medio, no hay suficientes datos en los estudios científicos como para respaldar la detección antes de los 45 años.

Se recomienda repetir la colonoscopía cada 10 años, siempre que los resultados sigan siendo normales.

Antecedentes de tratamientos para el cáncer

Algunos tratamientos para el cáncer aumentan el riesgo de padecer otro cáncer años después. Si recibió alguno de los siguientes tratamientos en la niñez, la adolescencia o la juventud, tiene un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal:

- Quimioterapia.
- Radioterapia (especialmente en el abdomen, la zona pélvica o la columna vertebral).
- Irradiación corporal total (independientemente de la dosis, con o sin quimioterapia).

Antecedentes de tratamiento con quimioterapia

Si solo recibió quimioterapia (no radioterapia), se recomienda la colonoscopía a partir de los 35 años o 10 años después de haber recibido quimioterapia. Por ejemplo, si recibió quimioterapia a los 28 años, las pruebas de detección comienzan a los 38 años. Las pruebas de detección siempre deben comenzar, a más tardar, a los 45 años y deben repetirse cada 5 años.

Antecedentes de tratamiento con radioterapia

Para aquellas personas que recibieron radioterapia como se describió anteriormente, se recomienda hacer la colonoscopía a partir de los 30 años o 5 años después del tratamiento (lo que ocurra más tarde). Las pruebas de detección siempre deben comenzar, a más tardar, a los 45 años y deben repetirse cada 5 años.

Poliposis causada por el tratamiento

Si ha tenido 10 o más pólipos (de cualquier tipo) en cualquier parte del tracto gastrointestinal (GI),

la causa podría ser su tratamiento previo contra el cáncer. Esto es más probable si en las pruebas genéticas integrales no se detectó ninguna diferencia genética hereditaria relacionada con el cáncer colorrectal o con los síndromes de pólipos hereditarios.

En este caso, el profesional de atención médica puede recomendar una endoscopía superior (además de la vigilancia por colonoscopía). Esto le permite tener una visión de referencia (inicial) del tracto GI que se puede usar como comparación en futuros exámenes gastrointestinales.

Puntos clave

- Las personas con fibrosis quística tienen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. En las personas con fibrosis quística que han recibido un trasplante de órganos, se recomienda realizar la colonoscopía a partir de los 30 años o dentro de los 2 años posteriores al trasplante. De lo contrario, las pruebas de detección comienzan a los 40 años.
- Las personas con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que afecta el colon tienen un mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. La detección debe comenzar 8 años después de que comiencen los síntomas de la EII o antes, si existen antecedentes familiares o colangitis esclerosante primaria.
- Si tiene antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos precancerosos, la detección suele comenzar a los 40 años o antes. Incluso si no se detectan pólipos, es posible que se vuelva a someter a una prueba de detección en tan solo 5 años.
- El tratamiento con quimioterapia o radioterapia en la niñez, la adolescencia o la juventud aumenta su riesgo de cáncer colorrectal en etapas posteriores de la vida. Se recomienda comenzar las pruebas de detección a una edad más temprana que la de las personas con riesgo medio. La edad exacta de inicio depende del tratamiento o los tratamientos recibidos.

“El cáncer colorrectal siempre se ha considerado una ‘enfermedad de personas mayores’. Actualmente, los estudios han demostrado que una persona nacida en 1990, o incluso posteriormente, tiene de 2 a 4 veces más probabilidades de padecer cáncer colorrectal en comparación con una persona nacida en 1950. Por eso, es muy importante hacerse las pruebas de detección a los 45 años”.

Preguntas para hacer

- Me preocupa mucho mi riesgo de cáncer colorrectal. ¿Quién me puede ayudar?
- Varios de mis familiares de segundo y tercer grado tienen o tuvieron CCR. ¿Debería comenzar las pruebas de detección antes de los 45 años?
- ¿Me puede dar un documento con mis resultados para compartir con mi familia?

4
Otros recursos

29 Qué más hay que saber

29 Qué más hacer

29 Dónde obtener ayuda

29 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:

- Los detalles de los resultados de sus pruebas de detección.
- Participación en un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar a un profesional de atención oncológica que sea experto en su campo.
- Manejo de otros problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudarlo 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.

CanCare, Inc.
cancare.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Colorectal Cancer Alliance
ccalliance.org

Fight Colorectal Cancer
fightcolorectalcancer.org

GI Cancers Alliance
gicancersalliance.org

Global Colon Cancer Association
globalcca.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién puedo hablar para recibir ayuda con la vivienda, la alimentación 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?



Palabras que debe conocer

adenoma serrado tradicional (AST)
Pólipo poco frecuente que conlleva un riesgo alto de convertirse en cáncer. Cuando se observa en un microscopio, las células que lo conforman tienen un patrón de dientes de sierra.

adenoma
El tipo más común de pólipo colorrectal. También denominado pólipo adenomatoso, pólipo tradicional y pólipo convencional.

ADN tumoral circulante en sangre (ADNtc en sangre)
Método de detección no invasivo que puede detectar fragmentos microscópicos de ADN tumoral en el torrente sanguíneo. Actualmente, solo es una opción para las personas con riesgo medio que no pueden o no quieren utilizar otros métodos.

anatomopatólogo
Médico experto en el análisis de células y tejidos para detectar enfermedades.

biopsia
Extracción de una parte o la totalidad de un pólipo o una lesión para analizarlos. Un anatomopatólogo examina el tejido con un microscopio para detectar células cancerosas o precancerosas.

colangitis esclerosante primaria (CEP)
Enfermedad poco frecuente de larga duración que provoca daños en los conductos biliares. Aumenta el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

colitis de Crohn
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que aumenta el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

colitis ulcerosa
Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que aumenta el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

colon
La sección más larga del intestino grueso. Lugar donde los alimentos digeridos se convierten en heces.

colonoscopía
Procedimiento para observar el interior del colon con un dispositivo que se guía a través del ano. Opción de detección del cáncer colorrectal en personas con riesgo medio o elevado.

colonografía por tomografía computarizada (CTC)
Método de detección no invasivo que utiliza un tomógrafo computarizado para observar el intestino grueso y las zonas cercanas. También se denomina colonoscopía virtual.

displasia
Patrón de crecimiento celular anormal.

endoscopía de luz blanca de alta definición (HD-WLE)
Procedimiento para observar el interior del colon con un dispositivo que se introduce por el ano y que genera imágenes muy claras.

enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
Grupo de afecciones de salud que causan una inflamación a largo plazo en el aparato digestivo y aumentan el riesgo de cáncer colorrectal. Incluye la colitis de Crohn y la colitis ulcerosa.

polipectomía
Procedimiento quirúrgico menor para extirpar pólipos, usualmente durante una colonoscopía.

pólipo hiperplásico
Tipo de pólipo serrado. Los pólipos hiperplásicos grandes pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

pólipo pediculado
Pólipo que sobresale de la pared intestinal sobre un tallo.

pólipo serrado sésil (PSS)
Pólipo plano que conlleva un riesgo alto de convertirse en cáncer. Cuando se observa en un microscopio, las células que lo conforman tienen un patrón de dientes de sierra. También se denomina lesión serrada sésil o adenoma serrado sésil.

pólipo sésil
Pólipo que se encuentra plano contra la pared intestinal.

pólipo
Crecimiento no canceroso sobre la capa interior del intestino grueso. Con el tiempo, determinados tipos pueden transformarse en cáncer.

prueba de ADN en heces multiobjetivo (mt-sDNA)
Método de detección no invasivo que busca tanto sangre oculta como ADN tumoral en una muestra de heces.

prueba de ARN en heces multiobjetivo (mt-sRNA)
Método de detección no invasivo que busca tanto sangre oculta como ARN tumoral en una muestra de heces.

prueba inmunoquímica fecal (PIF)
Análisis de laboratorio que procura detectar pequeñas cantidades de sangre en las heces. Tipo de prueba de sangre oculta en heces (PSOH).

recto
La última sección del intestino grueso. Las heces permanecen allí hasta que salen del cuerpo a través del ano.

sigmoidoscopía flexible
Opción de detección del cáncer colorrectal en personas con riesgo medio. Consiste en observar el recto y la última sección del colon para detectar zonas anormales.

síndromes polipósicos
Grupo de síndromes de cáncer que causan pólipos colorrectales. El más común es la poliposis adenomatosa familiar (PAF).



¡Cuéntenos qué opina!

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

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer colorrectal, versión 2.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Vicepresidenta adjunta
Operaciones de Información para el Paciente

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

Lisa Diehl
Diseñadora de Maquetación de Producción

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer colorrectal, versión 2.2026, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Reid M. Ness, máster en Salud Pública/presidente
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dr. Xavier Llor, doctor en Medicina/vicepresidente
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dr. Leonard Baidoo
St. Jude Children's Research Hospital/The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Shrinivas Bishu
University of Michigan Rogel Cancer Center

* Dra. Christine Boumitri
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

* Dr. Gregory Cooper
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Dayna S. Early
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dr. Mark Friedman
Moffitt Cancer Center

Dr. David Fudman
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Kathryn Glaser, doctora en Antropología cultural, máster en Artes
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Suryakanth Gurudu
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Michael Hall, máster en Ciencias
Fox Chase Cancer Center

* Dr. Lyen C. Huang, máster en Salud Pública
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

* Dra. Rachel B. Issaka, máster en Estudios Avanzados
Fred Hutchinson Cancer Center

Dr. Bryson Katona, doctor en Medicina
Abramson Cancer Center University of Pennsylvania

Dr. Trilokesh Kidambi
City of Hope National Medical Center

Dra. Audrey J. Lazenby
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

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

Dr. Arnold J. Markowitz
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Joseph Marsano
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Folasade P. May, doctora en Medicina, máster en Filosofía
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Dr. Robert J. Mayer
Dana-Farber Cancer Institute

Dra. Kinga Olortegui, máster en Ciencias
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dra. Swati Patel, máster en Ciencias
University of Colorado Cancer Center

Dr. Shajan Peter
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

* Dra. Laura D. Porter
Defensora de pacientes independiente

Dra. Mehnaz Shafi
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

* Dr. Peter P. Stanich
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dr. Brian Sullivan
Duke Cancer Institute

Dr. Jonathan Terdiman
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Peter Vu
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Jennifer M. Weiss, máster en Ciencias
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

NCCN

Carly J. Cassara, máster en Ciencias
Especialista en Maquetación de Guías

Vaishnavi Sambandam, doctora en Filosofía
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para consultar las declaraciones de conflictos de intereses, 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
of 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

adenoma 6, 8, 13-15, 25

adenoma serrado tradicional 6, 13

antecedentes familiares 8, 18, 24-26

colitis de Crohn 22

colitis ulcerosa 22

colonografía por tomografía computarizada (CTC) 18

displasia 6, 13, 22-25

enfermedad inflamatoria intestinal (EII) 8, 22-24

fibrosis quística 8, 24

pólipo hiperplásico 7, 13, 15

pólipo serrado sésil (PSS) 6, 7, 13-15

prueba de sangre oculta en heces (PSOH) 16

prueba inmunoquímica fecal (PIF) 16

pruebas de ADN/ARN en heces multiobjetivo 16

pruebas de ADNtc en sangre 17

sigmoidoscopía flexible 15

síndrome de cáncer hereditario 8, 14, 24



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones de atención oncológica de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Detección del cáncer colorrectal



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-2003-1226