

Tratamiento del cáncer de recto (PDQ®) – Versión para pacientes

[Vaya a la versión para profesionales de salud](#)

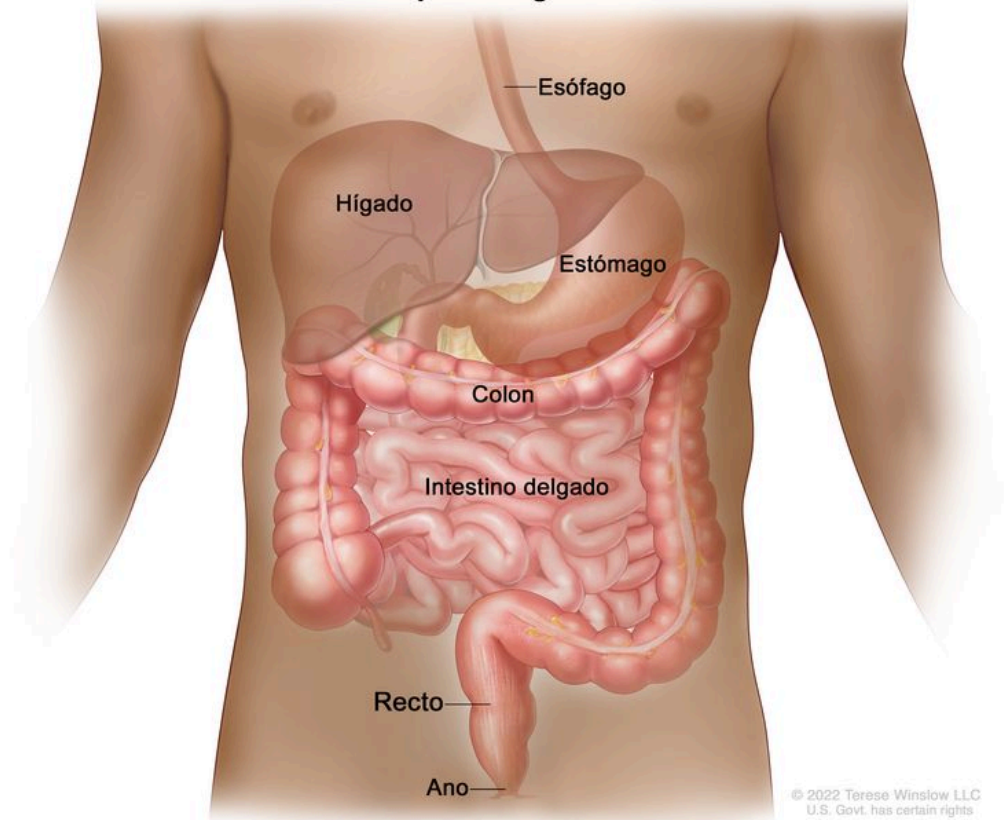
Información general sobre el cáncer de recto

PUNTOS IMPORTANTES

- El cáncer de recto (cáncer rectal) es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos del recto.
- Los antecedentes médicos afectan el riesgo de cáncer de recto.
- Los signos del cáncer de recto son la presencia de sangre en las heces o cambios en los hábitos intestinales.
- Para diagnosticar el cáncer de recto se usan pruebas en las que se examinan el recto y el colon.
- Después de diagnosticar el cáncer de recto, se hacen pruebas con imágenes para saber si las células cancerosas se diseminaron dentro del recto o a otras partes del cuerpo.
- Algunas personas deciden obtener una segunda opinión.
- Ciertos factores afectan el pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento.

El cáncer de recto (cáncer rectal) es un tipo de cáncer que se forma en los tejidos del recto.

El recto es parte del aparato digestivo del cuerpo. El aparato digestivo se encarga de extraer los nutrientes (vitaminas, minerales, carbohidratos, grasas, proteínas y agua) de los alimentos y eliminar los materiales de desecho. El esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso son partes de este aparato. La porción principal del intestino grueso, que mide alrededor de 5 pies de largo (1 metro y medio), se llama colon. La porción final del intestino grueso, que mide alrededor de 6 a 8 pulgadas (de 15 a 20 centímetros), está formado por el recto y el conducto o canal anal, que termina en el ano (orificio del intestino grueso que se abre al exterior del cuerpo).

Anatomía del aparato digestivo inferior

Anatomía del aparato digestivo (gastrointestinal) inferior. Se observan el colon, el recto y el ano. También se muestran otros órganos que forman parte del aparato digestivo.

Los antecedentes médicos afectan el riesgo de cáncer de recto.

Ciertos cambios en el funcionamiento de las células del colon y el recto, en especial en cómo se desarrollan y se dividen para formar nuevas células, causan cáncer colorrectal. Existen múltiples factores de riesgo para este cáncer, pero muchos de ellos no son una causa directa del mismo. Por el contrario, esos factores aumentan la probabilidad de que se produzcan daños en el ADN de las células, lo que puede originar cáncer colorrectal. Para obtener más información sobre cómo se forma el cáncer, consulte [¿Qué es el cáncer?](#)

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumenta la probabilidad de presentar una enfermedad. Algunos factores de riesgo del cáncer colorrectal, como el consumo de cigarrillos, se pueden evitar. Sin embargo, los factores de riesgo también incluyen algunos que no se pueden cambiar, como la genética, el envejecimiento o los antecedentes familiares. Conocer los factores de riesgo del cáncer colorrectal puede ayudarle a hacer cambios para reducir el riesgo de que este se presente.

Los siguientes son factores de riesgo del cáncer colorrectal:

- Tener un familiar de primer grado (padre o madre, hermano o hermana, hijo o hija) con antecedentes de cáncer de colon o cáncer de recto.
- Tener antecedentes personales de cáncer de colon, recto u ovario.

- Haber tenido en el pasado adenomas de riesgo alto (pólipos colorrectales de 1 cm o más de tamaño, o que tienen células que se ven anormales al microscopio).
- Presentar cambios heredados en ciertos genes que aumentan el riesgo de poliposis adenomatosa familiar (PAF) o síndrome de Lynch (cáncer colorrectal hereditario no polipósico).
- Haber sufrido de colitis ulcerosa crónica o enfermedad de Crohn durante 8 años o más.
- Consumir 3 o más bebidas alcohólicas cada día.
- Consumir cigarrillos.
- Ser negro.
- Tener obesidad.

La edad avanzada es un factor de riesgo importante para la mayoría de los cánceres. La posibilidad de tener cáncer aumenta con la edad.

Tener uno o más de estos factores de riesgo no significa que tendrá cáncer colorrectal. Muchas personas con factores de riesgo nunca presentan este cáncer, mientras que otras sin factores de riesgo conocidos sí lo hacen. Hable con su equipo médico si cree que tiene un mayor riesgo.

Los signos del cáncer de recto son la presencia de sangre en las heces o cambios en los hábitos intestinales.

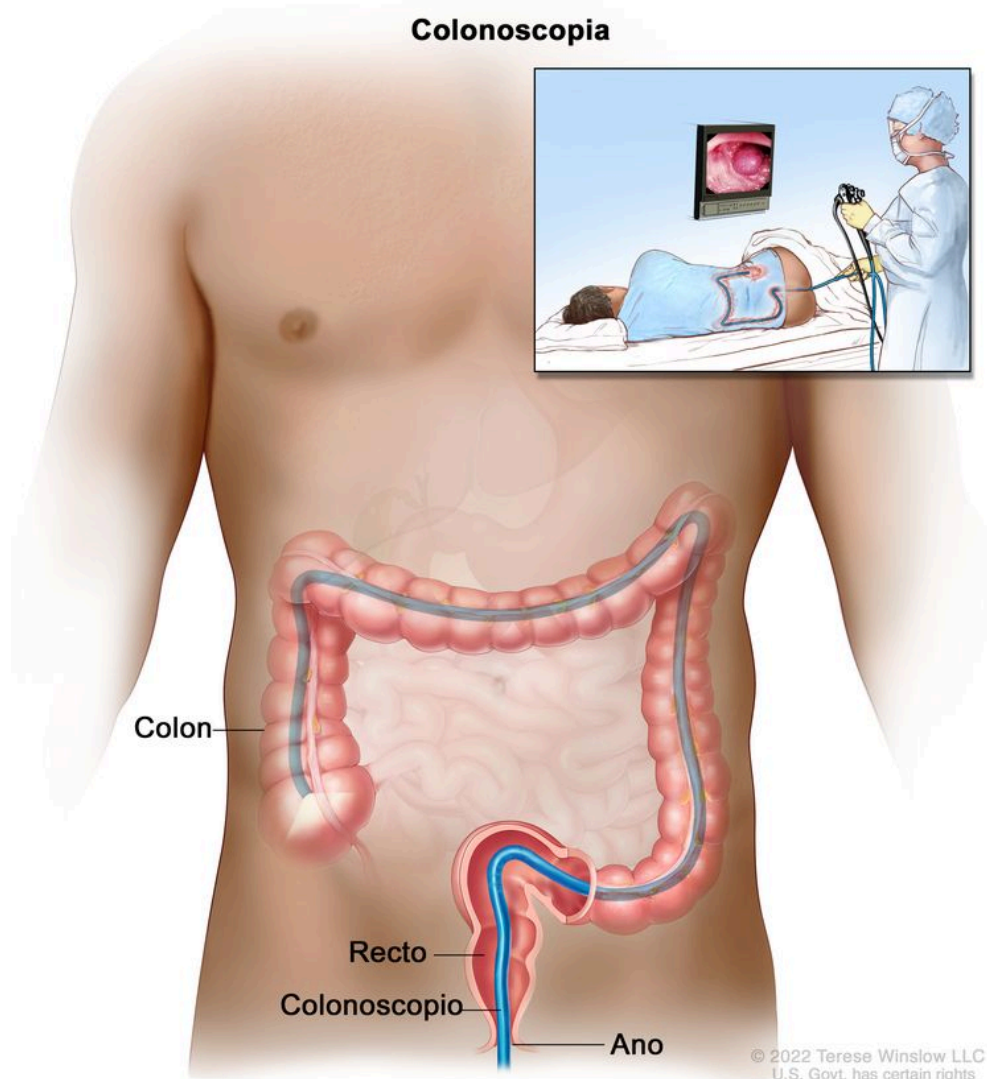
El cáncer de recto u otras afecciones pueden producir estos y otros signos y síntomas. Consulte con el médico si tiene algo de lo siguiente:

- Sangre en las heces (de color rojo brillante o muy oscuro).
- Cambio en los hábitos intestinales.
 - Diarrea.
 - Estreñimiento.
 - Sensación de que el intestino no se vacía por completo.
 - Heces más delgadas o con forma distinta a la habitual.
- Malestar abdominal general (dolor frecuente ocasionado por gases, distensión o hinchazón, sensación de llenura o cólicos).
- Cambios en el apetito.
- Pérdida de peso de origen desconocido.
- Fatiga.

Para diagnosticar el cáncer de recto se usan pruebas en las que se examinan el recto y el colon.

Además de preguntar sobre los antecedentes médicos personales y familiares, y de hacer un examen físico, es posible que el médico realice las siguientes pruebas y procedimientos:

- **Examen digital del recto (EDR):** es una exploración del recto donde el médico o enfermero introduce un dedo cubierto por un guante lubricado en la parte inferior del recto para palpar y detectar si hay masas o cualquier otra cosa que parezca extraña. En las mujeres, a veces también se examina la vagina.
- **Colonoscopia:** procedimiento en el que se usa un colonoscopio para observar el interior del recto y el colon para determinar si hay pólipos (trozos pequeños de tejido abultado), áreas anormales o cáncer. Un colonoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar. A veces tiene una herramienta para extraer pólipos o muestras de tejido que se observan al microscopio para verificar si hay signos de cáncer.



Colonoscopia. Se inserta un tubo delgado e iluminado a través del ano y el recto en el colon para detectar áreas anormales.

- **Biopsia:** extracción de células o tejidos para observarlos al microscopio y determinar si hay signos de cáncer. Es posible examinar el tejido tumoral que se extrae durante la biopsia para determinar si es probable que el paciente tenga la mutación en el gen que causa el síndrome de Lynch (también conocido como cáncer colorrectal hereditario no polipósico). Esta información ayuda a planificar el tratamiento. Para obtener información sobre los informes de patología de células o tejidos que se extraen en una biopsia, consulte [Informes anatomopatológicos](#).
- **Prueba inmunohistoquímica:** prueba de laboratorio por la que se usan anticuerpos para determinar si hay ciertos antígenos (marcadores) en una muestra de tejido de un paciente. Por lo general, los anticuerpos se unen a una enzima o un tinte fluorescente. Una vez que los anticuerpos se unen a un antígeno específico en una muestra de tejido, se activa la enzima o el tinte y se observa el antígeno al microscopio. Este tipo de prueba se usa para diagnosticar el cáncer y diferenciarlo de otros tipos de cáncer.
- **Inestabilidad microsatelital (IMC):** esta alteración se analiza con una prueba de laboratorio del tejido tumoral para detectar células que tienen un defecto en los genes que participan en la reparación del ADN. Los hallazgos indican si el paciente tiene un tipo de cáncer relacionado con algún síndrome de cáncer hereditario, como el síndrome de Lynch.

Después de diagnosticar el cáncer de recto, se hacen pruebas con imágenes para saber si las células cancerosas se diseminaron dentro del recto o a otras partes del cuerpo.

El proceso que se utiliza para determinar si el cáncer se diseminó dentro del recto o a otras partes del cuerpo se llama estadificación. La información que se obtiene del proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad. Es importante conocer el estadio para planificar el tratamiento.

Es posible que se usen las siguientes pruebas y procedimientos durante el proceso de estadificación:

- **Radiografía del tórax:** prueba que se hace con un tipo de radiación que atraviesa el cuerpo y produce imágenes de los órganos y los huesos del interior del tórax.
- **Tomografía computarizada (TC):** prueba que se hace con una computadora conectada a una máquina de rayos X para crear una serie de imágenes detalladas de áreas del interior del cuerpo, como el abdomen, la pelvis o el tórax. A partir de estas imágenes se crean vistas tridimensionales (3D) de tejidos y órganos. Se inyecta un tinte en una vena o se ingiere a fin de que los órganos o los tejidos se destaquen de forma más clara. Este procedimiento también se llama tomografía computadorizada, tomografía axial computadorizada (TAC) o exploración por TAC.
- **Imágenes por resonancia magnética (IRM):** procedimiento para el que se usa un imán, ondas de radio y una computadora a fin de crear una serie de imágenes detalladas de áreas del interior del cuerpo. Se inyecta en una vena una sustancia que se

llama gadolinio. El gadolinio se acumula alrededor de las células cancerosas y las hace aparecer más brillantes en la imagen. Este procedimiento también se llama imágenes por resonancia magnética nuclear (IRMN).

- **Tomografía por emisión de positrones (TEP):** procedimiento para el que usa una pequeña cantidad de azúcar radiactivo (también llamada glucosa) que se inyecta en una vena y a continuación, el escáner de la TEP rota alrededor del cuerpo y crea imágenes computarizadas y detalladas de las áreas del interior del cuerpo donde se utiliza la glucosa. Las imágenes se usan para encontrar células cancerosas ya que estas suelen absorber más glucosa que las células normales, lo que las hace más visibles.
- **Ecografía endorrectal:** procedimiento que se usa para examinar el recto y los órganos cercanos. Se introduce un transductor de ecografía (sonda) en el recto para hacer rebotar ondas de sonido de alta energía (ultrasónicas) en los tejidos o los órganos internos, y crear ecos. Los ecos forman una imagen de los tejidos del cuerpo que se llama ecograma. El médico puede identificar tumores al observar el ecograma. Este procedimiento también se llama ecografía transrectal.
- **Prueba de antígeno carcinoembrionario:** examen para medir la concentración de antígeno carcinoembrionario (ACE) en la sangre. Las células cancerosas y las células normales liberan ACE en el torrente sanguíneo. Cuando se encuentra en cantidades más altas de lo normal, es posible que sea un signo de cáncer de recto u otras afecciones.

Algunas personas deciden obtener una segunda opinión.

Quizás usted quiera una segunda opinión para confirmar el diagnóstico de cáncer de recto y el plan de tratamiento. Para esto, necesitará los resultados de las pruebas y los informes del primer médico a fin de compartirlos con el profesional médico a quien usted vaya a pedir una segunda opinión. Durante la cita para obtener una segunda opinión, se revisará el informe de patología, las preparaciones de laboratorio y las pruebas por imágenes antes de darle una recomendación. Es posible que esta coincida con las recomendaciones iniciales, se sugieran cambios u otros abordajes, o se le proporcione más información sobre el cáncer.

Para obtener más información sobre cómo elegir profesionales médicos y obtener una segunda opinión, consulte [Búsqueda de tratamiento para el cáncer](#). Para obtener información sobre profesionales médicos, hospitales o una segunda opinión, comuníquese por teléfono, chat o correo electrónico con el [Servicio de Información de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer](#). Para obtener información sobre preguntas que tal vez quiera hacer durante estas citas, consulte [Preguntas para el médico sobre el cáncer](#).

Ciertos factores afectan el pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento.

El pronóstico y las opciones de tratamiento dependen de los siguientes aspectos:

- El estadio del cáncer (si está solo en el revestimiento interno del recto, compromete todo el recto o se diseminó a los ganglios linfáticos, los órganos cercanos u otras partes del cuerpo).
- Si el cáncer está relacionado con un defecto en los genes que participan en la reparación del ADN.
- Si el tumor se diseminó a la pared del intestino o la atravesó.
- La parte del recto en donde se encuentra el cáncer.
- Si el cáncer bloqueó o produjo un agujero en el intestino.
- Si es posible extirpar todo el tumor mediante cirugía.
- El estado general de salud del paciente.
- Si el cáncer recién se diagnosticó o recidivó (volvió).

Estadios del cáncer de recto

PUNTOS IMPORTANTES

- Los siguientes estadios se usan para el cáncer de recto:
 - Estadio 0 (carcinoma *in situ*)
 - Cáncer de recto en estadio I (también se llama estadio 1)
 - Cáncer de recto en estadio II (también se llama estadio 2)
 - Cáncer de recto en estadio III (también se llama estadio 3)
 - Cáncer de recto en estadio IV (también se llama estadio 4)
- El cáncer de recto a veces recidiva (vuelve) después del tratamiento.

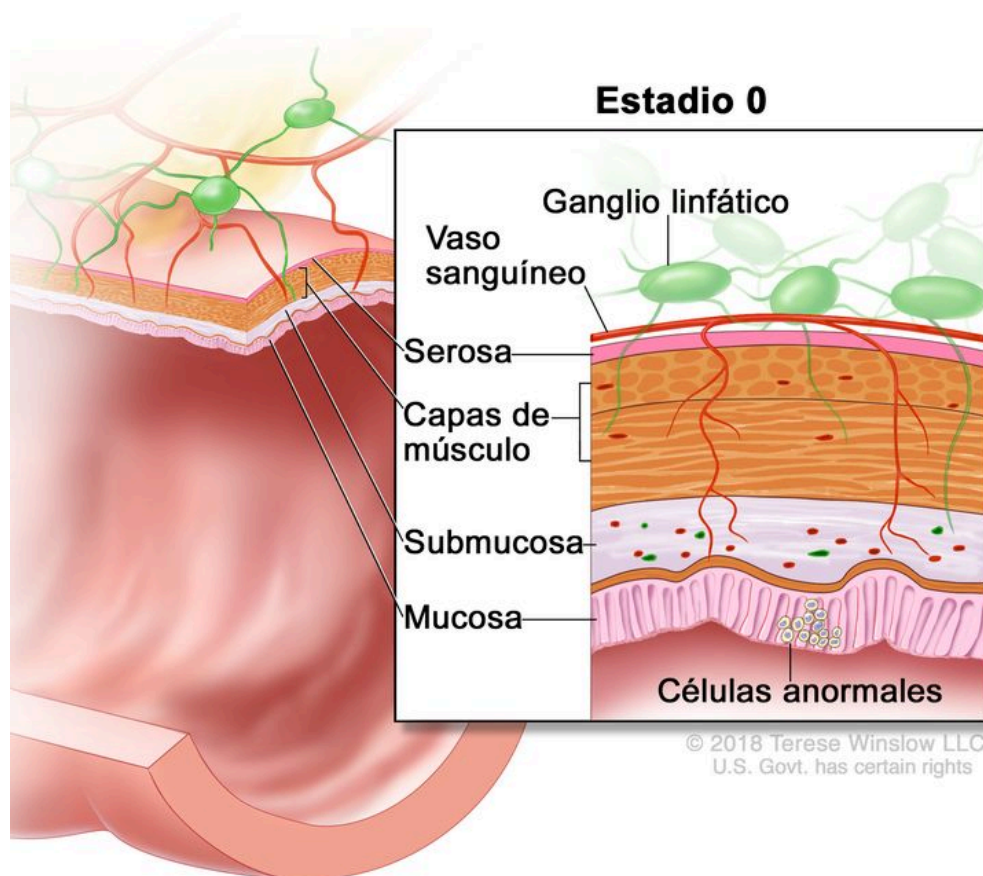
El estadio (etapa) describe la extensión del cáncer en el cuerpo, como el tamaño del tumor, si se diseminó, y de ser así, qué tanto se ha diseminado desde donde se formó.

Hay varios sistemas de estadificación para el cáncer que describen la extensión de la enfermedad. En el cáncer de recto por lo general se usa el sistema de estadificación TNM. Es posible que en el informe de patología se describa el cáncer que usted tiene de acuerdo con este sistema de estadificación. Según los resultados de la estadificación TNM, se asigna el estadio; el cáncer puede estar en estadio I, II, III o IV (a veces descritos como estadio 1, 2, 3 o 4). Durante las conversaciones con el equipo médico sobre su diagnóstico, es posible que se use uno de estos estadios para describir el cáncer que usted tiene.

Para obtener más información, consulte la sección [Pruebas para estadificar el cáncer de recto](#) y el resumen [Estadificación del cáncer](#).

Los siguientes estadios se usan para el cáncer de recto:

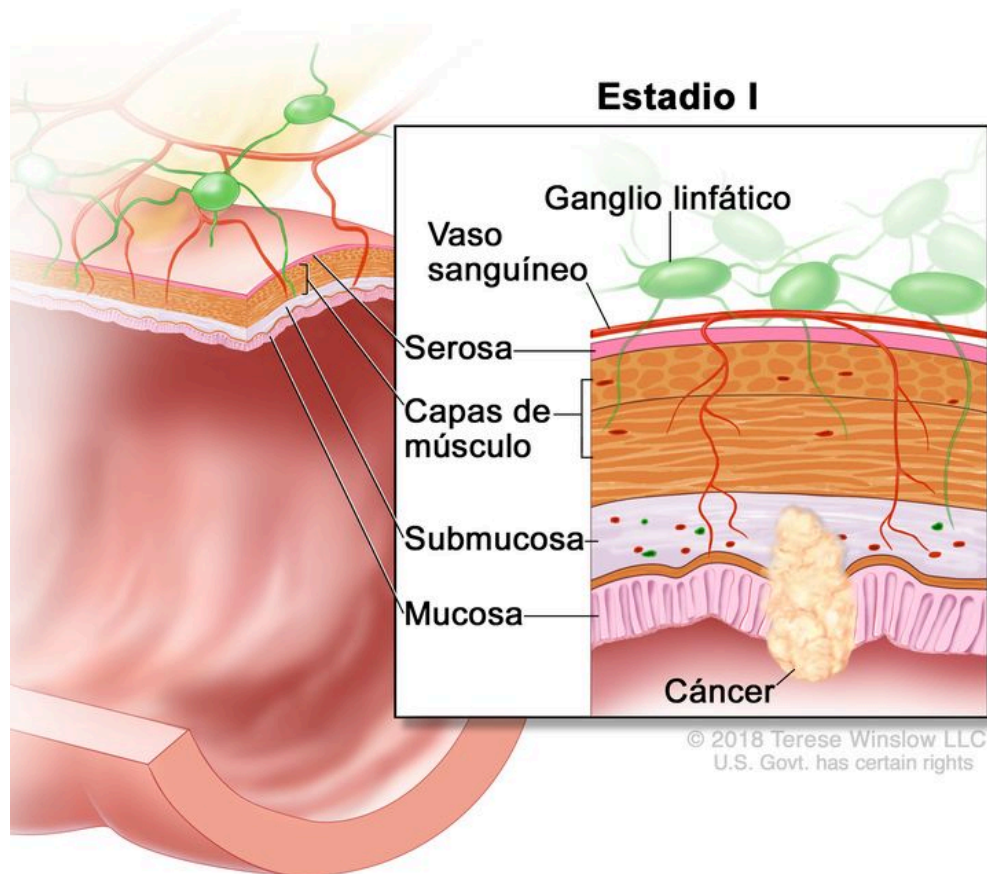
Estadio 0 (carcinoma *in situ*)



Estadio 0 (carcinoma de recto *in situ*). Se observan células anormales en la mucosa de la pared del recto.

En el cáncer de recto en estadio 0, se encuentran células anormales en la mucosa (capa más interna) de la pared del recto. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse a los tejidos vecinos sanos. El estadio 0 también se llama carcinoma *in situ*.

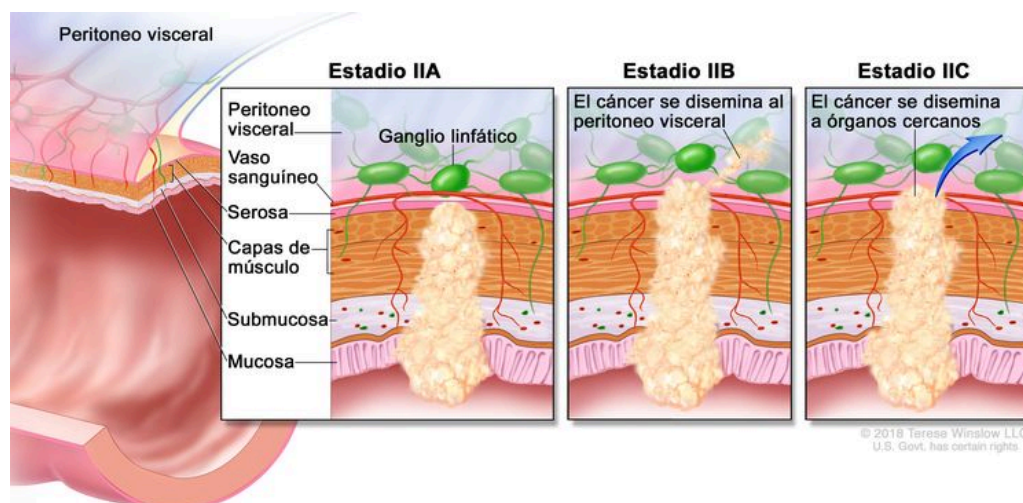
Cáncer de recto en estadio I (también se llama estadio 1)



Cáncer de recto en estadio I. El cáncer se diseminó de la mucosa de la pared del recto a la submucosa o a la capa de músculo.

En el cáncer de recto en estadio I, el cáncer se formó en la mucosa (capa más interna) de la pared del recto y se diseminó a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del recto.

Cáncer de recto en estadio II (también se llama estadio 2)



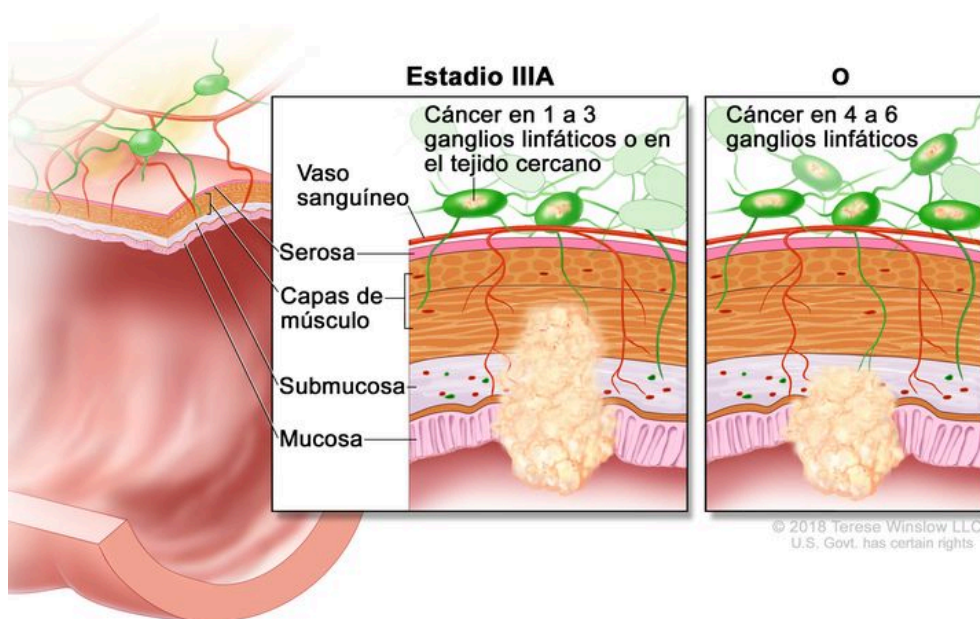
Cáncer de recto en estadio II. En el estadio IIA, el cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del recto a la serosa. En el estadio IIB, el cáncer se diseminó a través de la serosa, pero no se diseminó a órganos cercanos. En el estadio IIC, el cáncer se diseminó a través de la serosa a órganos cercanos.

El cáncer de recto en estadio II se divide en los estadios IIA, IIB y IIC.

- En el estadio IIA, el cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del recto a la serosa (capa más externa) de la pared del recto.
- En el estadio IIB, el cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del recto al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral).
- En el estadio IIC, el cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del recto a órganos cercanos.

Cáncer de recto en estadio III (también se llama estadio 3)

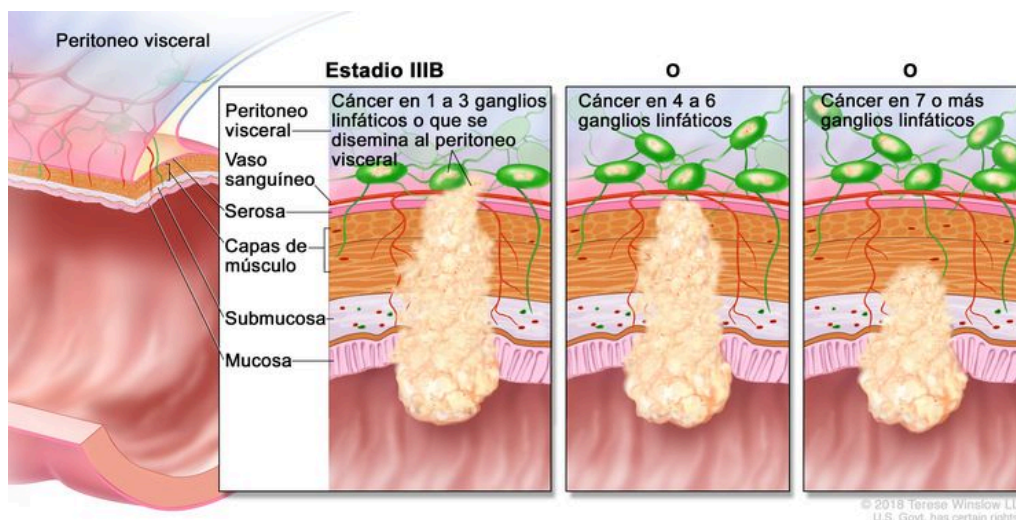
El cáncer de recto en estadio III se divide en los estadios IIIA, IIIB y IIIC.



Cáncer de recto en estadio IIIA. El cáncer se diseminó a través de la mucosa de la pared del recto a la submucosa y es posible que se haya diseminado a la capa de músculo; además, se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos o al tejido cerca de los ganglios linfáticos. O el cáncer se diseminó a través de la mucosa a la submucosa, y hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos.

En el estadio IIIA, se encuentra una de las siguientes situaciones:

- El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del recto a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del recto. El cáncer se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos, o se formaron células cancerosas en el tejido cerca de los ganglios linfáticos.
- El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del recto a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa). El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos.

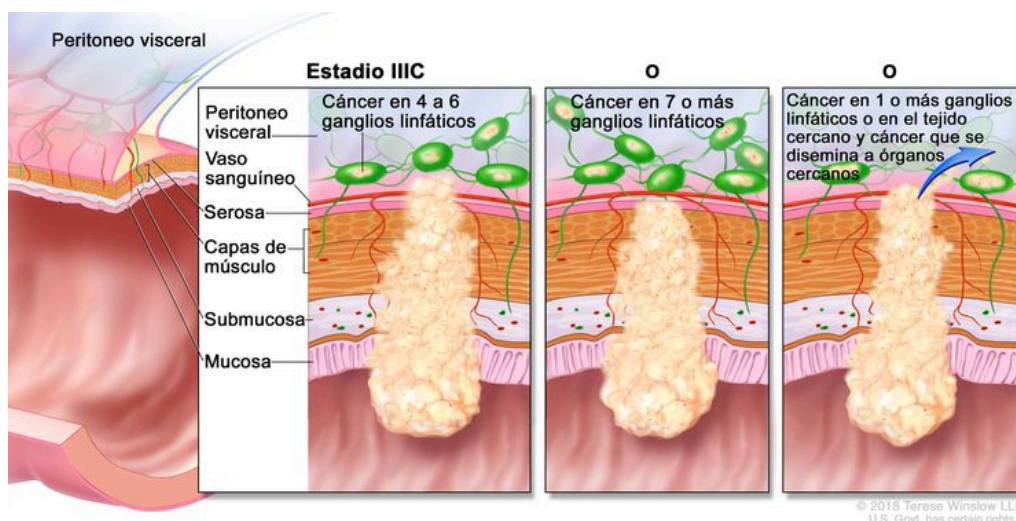


Cáncer de recto en estadio IIIB. El cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del recto a la serosa, o se diseminó a través de la serosa, pero no a órganos cercanos; el cáncer se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos o al tejido cerca de los ganglios linfáticos. O el cáncer se diseminó a la capa de músculo o a la serosa, y hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos. O el cáncer se diseminó a través de la mucosa a la submucosa y es posible que se haya diseminado a la capa de músculo; el cáncer se diseminó hasta 7 o más ganglios linfáticos cercanos.

En el estadio IIIB, se encuentra una de las siguientes situaciones:

- El cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del recto a la serosa (capa más externa) de la pared del recto, o se diseminó a través de la serosa al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 1 a 3 ganglios linfáticos cercanos, o se formaron células cancerosas en el tejido cerca de los ganglios linfáticos.
- El cáncer se diseminó a la capa de músculo o a la serosa (capa más externa) de la pared del recto. El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos.

- El cáncer se diseminó a través de la mucosa (capa más interna) de la pared del recto a la submucosa (capa de tejido junto a la mucosa) o a la capa de músculo de la pared del recto. El cáncer se diseminó a 7 o más ganglios linfáticos cercanos.

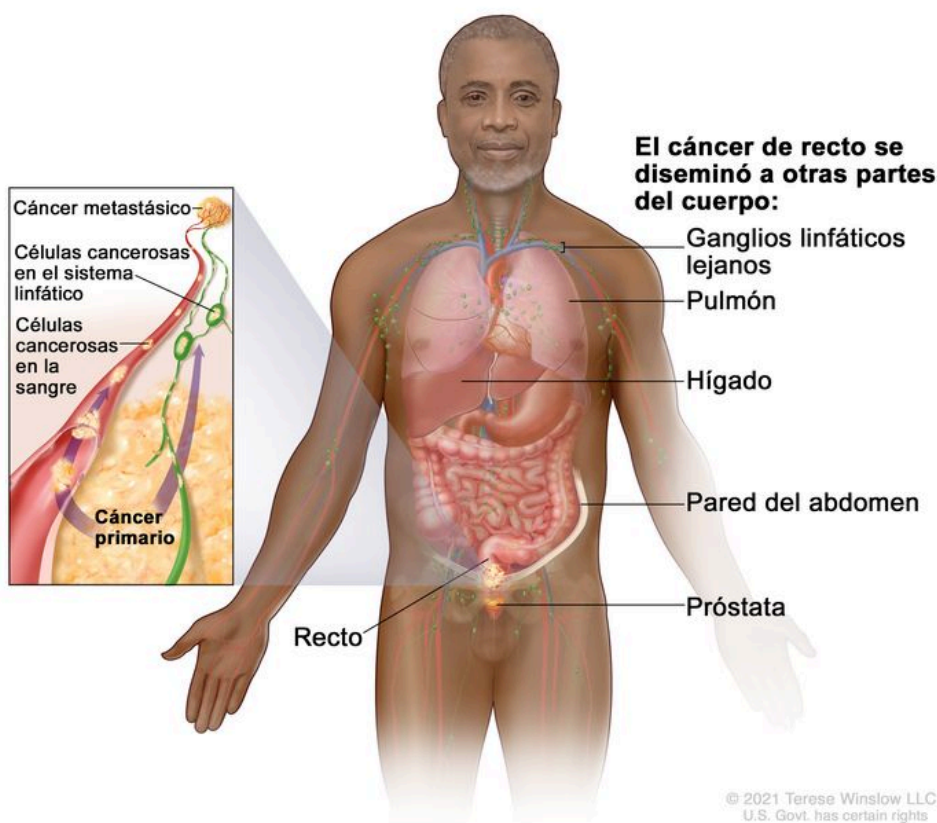


Cáncer de recto en estadio IIIC. El cáncer se diseminó a través de la serosa de la pared del recto, pero no a órganos cercanos; el cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos. O el cáncer se diseminó a través de la capa de músculo a la serosa, o se diseminó a través de la serosa, pero no a órganos cercanos; el cáncer se diseminó a 7 o más ganglios linfáticos cercanos. O el cáncer se diseminó a través de la serosa a órganos cercanos y hasta 1 o más ganglios linfáticos cercanos o al tejido cerca de los ganglios linfáticos.

En el estadio IIIC, se encuentra una de las siguientes situaciones:

- El cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del recto al tejido que recubre los órganos del abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se diseminó a través de la capa de músculo de la pared del recto a la serosa (capa más externa) de la pared del recto, o se diseminó a través de la serosa al tejido que reviste los órganos del abdomen (peritoneo visceral). El cáncer se diseminó hasta 7 o más ganglios linfáticos cercanos.
- El cáncer se diseminó a través de la serosa (capa más externa) de la pared del recto a órganos cercanos. El cáncer se diseminó hasta 1 o más ganglios linfáticos cercanos, o se formaron células cancerosas en el tejido cerca de los ganglios linfáticos.

Cáncer de recto en estadio IV (también se llama estadio 4)

Estadio IV

Cáncer de recto en estadio IV. El cáncer se diseminó a través de la sangre y los ganglios linfáticos a otras partes del cuerpo, como el pulmón, el hígado, la pared del abdomen o la próstata.

El cáncer de recto en estadio IV se divide en los estadios IVA, IVB y IVC.

- En el estadio IVA, el cáncer se diseminó a un área u órgano que no está cerca del recto, como el hígado, el pulmón, la próstata o un ganglio linfático lejano.
- En el estadio IVB, el cáncer se diseminó a más de un área u órgano que no están cerca del recto, como el hígado, el pulmón, el ovario o un ganglio linfático lejano.
- En el estadio IVC, el cáncer se diseminó al tejido que reviste la pared del abdomen y es posible que se haya diseminado a otras áreas u órganos.

El cáncer de recto en estadio IV también se llama cáncer de recto metastásico. La metástasis se presenta cuando células cancerosas viajan por el sistema linfático o la sangre y forman tumores en otras partes del cuerpo. El tumor metastásico es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de recto se disemina al hígado, las células cancerosas en el hígado en realidad son células cancerosas del recto y la enfermedad se llama cáncer de recto metastásico, no cáncer de hígado. Para obtener más información, consulte [Cáncer metastásico: cuando el cáncer se disemina](#).

El cáncer de recto a veces recidiva (vuelve) después del tratamiento.

El cáncer de recto recidivante (recurrente) es cáncer que regresó después del tratamiento. Si el cáncer de recto regresa, es posible que vuelva al recto o a otras partes del cuerpo, como el colon, la pelvis, el hígado o los pulmones. Se harán pruebas para determinar si reapareció el cáncer. El tipo de tratamiento del cáncer de recto recidivante dependerá del lugar del cuerpo donde reaparece.

Para obtener más información, consulte [Cáncer recurrente: cáncer que regresa](#).

Aspectos generales de las opciones de tratamiento

PUNTOS IMPORTANTES

- Hay diferentes tipos de tratamientos para los pacientes con cáncer de recto.
- Se utilizan los siguientes tipos de tratamiento:
 - Cirugía
 - Radioterapia
 - Quimioterapia
 - Quimiorradioterapia
 - Vigilancia activa
 - Terapia dirigida
 - Inmunoterapia
- Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.
- A veces el tratamiento para el cáncer de recto causa efectos secundarios.
- A veces se necesita atención de seguimiento.

Hay diferentes tipos de tratamientos para los pacientes con cáncer de recto.

Hay diferentes tipos de tratamiento para el cáncer de recto. El equipo de atención del cáncer le ayudará a decidir el plan de tratamiento que suele incluir varias opciones. Se tendrán en cuenta muchos factores, como el estadio del cáncer que usted tiene, su estado general de salud y sus preferencias personales. El plan incluirá información sobre el tipo de cáncer, además de las opciones, objetivos, posibles efectos secundarios y la duración esperada del tratamiento.

Hablar con el equipo de atención del cáncer antes de comenzar el tratamiento para saber qué sucederá será útil. Quizás quiera informarse sobre qué necesita hacer antes de empezar el tratamiento, cómo se sentirá en el transcurso del mismo y qué tipo de ayuda necesitará. Para obtener más información, consulte [Preguntas para el médico sobre el tratamiento](#).

Se utilizan los siguientes tipos de tratamiento:

Cirugía

La cirugía es el tratamiento más común para todos los estadios del cáncer de recto. Se extirpa el cáncer mediante uno de los siguientes tipos de cirugía:

- **Polipectomía.** Si el cáncer se encuentra en un pólipo (pequeña masa de tejido abultado), a menudo este se extirpa durante una colonoscopia.
- **Extirpación local.** Si el cáncer se encuentra en la superficie interna del recto y no se ha diseminado a la pared del mismo, se extirpa el cáncer y una pequeña porción del tejido sano que lo rodea.
- **Resección.** Si el cáncer se diseminó a la pared del recto, se extirpa la sección con cáncer y el tejido sano cercano. A veces, también se extirpa el tejido que está entre el recto y la pared abdominal. Se extirpan los ganglios linfáticos que están cerca del recto y se observan al microscopio para determinar si hay signos de cáncer.
- **Ablación por radiofrecuencia.** Es el uso de una sonda especial con electrodos pequeños que destruyen células cancerosas. A veces, la sonda se introduce directamente a través de la piel y solo se necesita anestesia local. En otros casos, la sonda se introduce a través de una incisión en el abdomen. Esto se hace en un hospital y se usa anestesia general.
- **Criocirugía.** Tratamiento para el que se usa un instrumento para congelar y destruir tejido anormal. Este tipo de tratamiento también se llama crioterapia. Para obtener más información, consulte [Crioterapia para tratar el cáncer](#).
- **Exenteración pélvica.** Si el cáncer se diseminó a otros órganos cerca del recto, se extirpan la parte inferior del colon, el recto y la vejiga. En las mujeres, es posible que se extirpen el cuello uterino, la vagina, los ovarios y los ganglios linfáticos cercanos. En los hombres, es posible que se extirpe la próstata. Se crean aberturas artificiales (estomas) para que la orina y la materia fecal salgan del cuerpo a una bolsa recolectora.

Después de extirpar el cáncer, el cirujano llevará a cabo uno de los siguientes procedimientos:

- Una **anastomosis** (se cosen juntas las partes sanas del recto, se une lo que queda del recto al colon, o se cose el colon al ano).



Extirpación del recto con anastomosis. Se extirpan el recto y parte del colon y luego se unen el colon y el ano.

- Una colostomía en la que se crea un estoma (una abertura) del recto al exterior del cuerpo para eliminar el material de desecho. La colostomía se hace si el cáncer está demasiado cerca del ano. Se coloca una bolsa alrededor del estoma para recolectar el material de desecho. En ocasiones, la colostomía solo se necesita hasta que el recto sana y entonces se cierra el orificio. Sin embargo, si se extirpa todo el recto, la colostomía quizás sea permanente.

Es posible administrar radioterapia, quimioterapia o ambos tratamientos antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor, facilitar la extracción del cáncer y ayudar con el control intestinal después de la cirugía. El tratamiento que se administra antes de la cirugía se llama terapia neoadyuvante. Una vez que el médico extirpa todo el cáncer visible en el momento de la cirugía, algunos pacientes reciben radioterapia, quimioterapia, o ambos tratamientos después de la cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que quede. El tratamiento que se administra después de la cirugía para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva se llama terapia adyuvante.

Si el cáncer se ha diseminado al hígado y no es posible extirparlo mediante cirugía, puede realizarse una hepatectomía total y un trasplante de hígado después de la quimioterapia. La hepatectomía total consiste en la extirpación quirúrgica de todo el hígado, seguida del trasplante de un hígado sano de un donante.

Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento para el que se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que se multipliquen. El cáncer de recto, a veces, se trata con radioterapia de haz externo. En este tipo de radioterapia, se usa una máquina que envía la radiación desde el exterior del cuerpo hacia el área con cáncer.

La radioterapia preoperatoria de ciclo corto se usa para algunos tipos de cáncer de recto. En este tipo de radioterapia externa se usan dosis de radiación más bajas y en menor número que el tratamiento estándar, seguidas de cirugía varios días después de la última dosis.

Para obtener más información, consulte [Radioterapia de haz externo para el cáncer y Efectos secundarios de la radioterapia](#).

Quimioterapia

En la quimioterapia, se usan medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación.

En la llamada **quimioterapia sistémica** los medicamentos de quimioterapia se toman por la boca o se inyectan en una vena o músculo. Cuando se administran de esta forma, los medicamentos ingresan al torrente sanguíneo y llegan a las células cancerosas de todo el cuerpo. Los medicamentos de quimioterapia sistémica que se usan para tratar el cáncer de recto son los siguientes:

- Capecitabina.
- Fluorouracilo (5-FU).
- Irinotecán.
- Leucovorina (una vitamina que mejora la eficacia del 5-FU).
- Oxaliplatino.
- Trifluridina y tipiracilo.

Es posible usar combinaciones de estos medicamentos y en ocasiones se administran medicamentos de quimioterapia diferentes a los de esta lista.

La quimioterapia también se puede combinar con otro tipo de medicamentos. Por ejemplo, se puede combinar con medicamentos de terapia dirigida como bevacizumab, cetuximab o panitumumab.

En la **quimioterapia regional** para el cáncer de recto los medicamentos se colocan directamente en la arteria hepática (la arteria principal que suministra sangre al hígado) en un procedimiento llamado quimioembolización. La quimioembolización de la arteria hepática a veces se utiliza para tratar el cáncer que se diseminó al hígado. Se bloquea la arteria hepática para inyectar medicamentos contra el cáncer entre el sitio de bloqueo y el hígado. Las arterias del hígado se encargan de llevar los medicamentos al hígado. Solo una pequeña cantidad del medicamento llega a otras partes del cuerpo. El bloqueo puede ser temporal o permanente, según lo que se utilice para bloquear la arteria. El hígado continúa recibiendo un poco de sangre de la vena porta hepática, que transporta la sangre desde el estómago y el intestino.

La manera en que se administra la quimioterapia depende del tipo y el estadio del cáncer que se esté tratando.

Para obtener más información sobre el efecto, la forma de administración, los efectos secundarios comunes y otros datos de la quimioterapia, consulte [Quimioterapia para tratar](#)

el cáncer y [La quimioterapia y usted: Apoyo para las personas con cáncer.](#)

Quimiorradioterapia

La quimiorradioterapia combina quimioterapia y radioterapia para aumentar los efectos de ambos tratamientos.

Vigilancia activa

En la vigilancia activa se sigue de cerca el estado del paciente sin administrar ningún tratamiento, a menos que haya cambios en los resultados de las pruebas. Se usa para identificar signos tempranos de que la afección está empeorando. Durante la vigilancia activa, se hacen ciertos exámenes y pruebas para verificar si el cáncer está creciendo. Cuando el cáncer empieza a crecer, se administra tratamiento para curarlo. Las pruebas de vigilancia incluyen las siguientes:

- Examen digital del recto.
- Imágenes por resonancia magnética (IRM).
- Endoscopia.
- Sigmoidoscopia.
- Tomografía computarizada (TC).
- Prueba de antígeno carcinoembrionario (ACE).

Terapia dirigida

Este es un tipo de tratamiento para el que se utilizan medicamentos u otras sustancias a fin de identificar y atacar células cancerosas específicas. Es posible que el equipo médico indique pruebas de biomarcadores para predecir la respuesta que usted tendrá ante ciertos medicamentos de terapia dirigida. Para obtener más información, consulte [Pruebas de biomarcadores para el tratamiento de cáncer.](#)

Los medicamentos de terapia dirigida que se usan para el cáncer de recto son los siguientes:

- Bevacizumab.
- Cetuximab.
- Encorafenib.
- Fruquintinib.
- Panitumumab.
- Ramucirumab.
- Regorafenib.
- Ziv-aflibercept.

Para obtener más información, consulte [Terapia dirigida para tratar el cáncer](#).

Inmunoterapia

La inmunoterapia ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer. Es posible que el equipo médico indique pruebas de biomarcadores para predecir la respuesta que usted tendrá ante ciertos medicamentos de inmunoterapia. Para obtener más información, consulte [Pruebas de biomarcadores para el tratamiento de cáncer](#).

Los medicamentos de inmunoterapia que se usan para el cáncer de recto son los siguientes:

- Dostarlimab.
- Ipilimumab.
- Nivolumab.
- Pembrolizumab.

Para obtener más información, consulte [Inmunoterapia para tratar el cáncer](#).

Se están probando nuevos tipos de tratamiento en ensayos clínicos.

Es posible que algunos pacientes tengan la opción de participar en un ensayo clínico. Hay diferentes tipos de ensayos clínicos para personas con cáncer. Por ejemplo, en un ensayo de tratamiento se prueban opciones terapéuticas nuevas o formas novedosas de usar las terapias actuales. En los ensayos de cuidados médicos de apoyo y cuidados paliativos se analiza la manera de mejorar la calidad de vida, en especial de quienes presentan efectos secundarios del cáncer y su tratamiento.

Puede usar el [buscador de ensayos clínicos](#) en inglés para encontrar los ensayos clínicos que el NCI patrocina y que aceptan pacientes en este momento. Las opciones de búsqueda le permiten encontrar ensayos según el tipo de cáncer, la edad del paciente y el lugar donde se llevan a cabo. La información en inglés sobre ensayos clínicos patrocinados por otras organizaciones, se encuentra en el [portal de Internet ClinicalTrials.gov](#).

Para obtener más información sobre ensayos clínicos, incluso sobre cómo encontrar y participar en uno de estos, consulte [Información sobre estudios clínicos para pacientes y cuidadores](#).

A veces el tratamiento para el cáncer de recto causa efectos secundarios.

Para obtener más información sobre los efectos secundarios que causa el tratamiento para el cáncer, consulte nuestra página sobre [efectos secundarios](#).

A veces se necesita atención de seguimiento.

A medida que avanza el tratamiento, se harán exámenes y revisiones periódicas. Es posible que se repitan algunas pruebas que se hicieron para diagnosticar o estadificar el cáncer, con el fin de evaluar qué tan bien está funcionando el tratamiento. Las decisiones acerca de seguir, cambiar o suspender el tratamiento se pueden basar en los resultados de estas pruebas.

Algunas de las pruebas se repiten cada tanto después de terminar el tratamiento. Los resultados de estas pruebas muestran si la afección cambió o si el cáncer recidivó (volvió).

Después del tratamiento del cáncer de recto, se puede hacer un análisis de sangre que mide la cantidad de antígeno carcinoembrionario (una sustancia de la sangre que aumenta cuando hay cáncer) para saber si el cáncer volvió.

Tratamiento del estadio 0 (carcinoma in situ)

El tratamiento del estadio 0 incluye los siguientes tipos de cirugía:

- Polipectomía simple.
- Extirpación local.
- Resección (cuando el tumor es demasiado grande para extirparlo mediante extirpación local).

Para obtener más información sobre estos tratamientos, consulte la sección [Aspectos generales de las opciones de tratamiento](#).

Realice una [búsqueda](#) en inglés de ensayos clínicos sobre cáncer auspiciados por el NCI que aceptan pacientes en este momento. Busque por tipo de cáncer, edad del paciente y lugar del ensayo. Consulte también [información general](#) sobre los ensayos clínicos.

Tratamiento del cáncer de recto en estadio I

El tratamiento del cáncer de recto en estadio I incluye las siguientes opciones:

- Extirpación local.
- Resección.
- Resección con radioterapia y quimioterapia después de la cirugía.

Para obtener más información sobre estos tratamientos, consulte la sección [Aspectos generales de las opciones de tratamiento](#).

Realice una [búsqueda](#) en inglés de ensayos clínicos sobre cáncer auspiciados por el NCI que aceptan pacientes en este momento. Busque por tipo de cáncer, edad del paciente y lugar del ensayo. Consulte también [información general](#) sobre los ensayos clínicos.

Tratamiento del cáncer de recto en estadios II y III

El tratamiento del cáncer de recto en estadio II y estadio III incluye las siguientes opciones:

- Quimiorradioterapia seguida de cirugía.
- Quimioterapia sola seguida de cirugía para las personas con enfermedad de riesgo más bajo.
- Ciclo corto de radioterapia seguida de cirugía y quimioterapia.
- Cirugía seguida de quimiorradiación.
- Cirugía.
- Quimiorradiación seguida de vigilancia activa, y posiblemente cirugía, si el cáncer recidiva (vuelve).
- Inmunoterapia con dostarlimab (para el tratamiento de tumores que quizás tengan un defecto en los genes que participan en la reparación del ADN).

Para obtener más información sobre estos tratamientos, consulte la sección [Aspectos generales de las opciones de tratamiento](#).

Realice una [búsqueda](#) en inglés de ensayos clínicos sobre cáncer auspiciados por el NCI que aceptan pacientes en este momento. Busque por tipo de cáncer, edad del paciente y lugar del ensayo. Consulte también [información general](#) sobre los ensayos clínicos.

Tratamiento del cáncer de recto en estadio IV y recidivante

El tratamiento del cáncer de recto en estadio IV y recidivante incluye las siguientes opciones:

- Cirugía con quimioterapia o radioterapia, o sin estas.
- Quimioterapia sistémica con terapia dirigida o sin esta (bevacizumab, fruquintinib, panitumumab, ramucirumab, regorafenib o ziv-aflibercept).

- Quimioterapia sistémica con el medicamento de inmunoterapia dostarlimab o sin este (para el tratamiento de tumores con un defecto en los genes que participan en la reparación del ADN), nivolumab o pembrolizumab
- Quimioterapia para controlar el crecimiento del tumor.
- Radioterapia, quimioterapia o una combinación de ambas como tratamiento paliativo para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida.
- Colocación de una endoprótesis para mantener el recto abierto si el tumor causa obstrucción parcial, esto sirve como terapia paliativa para aliviar los síntomas y mantener la calidad de vida.
- Terapia dirigida con encorafenib y cetuximab en pacientes con cierto cambio en el gen *BRAF*.
- Inmunoterapia (nivolumab o pembrolizumab, o nivolumab con ipilimumab combinados).

El tratamiento del cáncer de recto que se diseminó a otros órganos depende de adónde se diseminó el cáncer.

- El tratamiento del cáncer que se diseminó al hígado incluye las siguientes opciones:
 - Quimioterapia para reducir el tamaño del tumor, si es necesario, seguida de cirugía.
 - Crioterapia o ablación por radiofrecuencia.
 - Quimioembolización o quimioterapia sistémica.
 - Trasplante de hígado tras quimioterapia en pacientes con metástasis hepáticas que no pueden extirparse mediante cirugía.
 - Participación en un ensayo clínico de quimioembolización combinada con radioterapia dirigida a los tumores en el hígado.

Para obtener más información sobre estos tratamientos, consulte la sección [Aspectos generales de las opciones de tratamiento](#).

Realice una [búsqueda](#) en inglés de ensayos clínicos sobre cáncer auspiciados por el NCI que aceptan pacientes en este momento. Busque por tipo de cáncer, edad del paciente y lugar del ensayo. Consulte también [información general](#) sobre los ensayos clínicos.

Información adicional sobre el cáncer de recto

Para obtener más información del Instituto Nacional del Cáncer sobre el cáncer de recto, consulte los siguientes enlaces:

- [Página principal sobre el cáncer colorrectal](#)

- [Exámenes para detectar el cáncer colorrectal y los pólipos](#)
- [Pruebas genéticas para detectar el riesgo de cáncer hereditario](#)

La información que se presenta a continuación solo está disponible en inglés:

- [Drugs Approved for Colon and Rectal Cancer](#) (Medicamentos aprobados para el cáncer de colon y de recto)

Para obtener más información sobre el cáncer en general y otros recursos disponibles en el Instituto Nacional del Cáncer, consulte los siguientes enlaces:

- [El cáncer](#)
- [Estadificación del cáncer](#)
- [La quimioterapia y usted: Apoyo para las personas con cáncer](#)
- [La radioterapia y usted: Apoyo para las personas con cáncer](#)
- [Cómo hacer frente al cáncer](#)
- [Preguntas para el médico sobre el cáncer](#)

La información que se presenta a continuación solo está disponible en inglés:

- [For Survivors, Caregivers, and Advocates](#) (Recursos para sobrevivientes, cuidadores y defensores de los pacientes)

Información sobre este resumen del PDQ

Información sobre el PDQ

El Physician Data Query (PDQ) es la base de datos integral del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) que contiene resúmenes de la última información publicada sobre los siguientes temas relacionados con el cáncer: prevención, detección, genética, tratamiento, cuidados médicos de apoyo, y medicina complementaria y alternativa. Se publican dos versiones de la mayoría de los resúmenes. La versión dirigida a profesionales de la salud se redacta en lenguaje técnico y contiene información detallada, mientras que la versión dirigida a pacientes se redacta en un lenguaje fácil de comprender, que no es técnico. Ambas versiones contienen información correcta y actualizada sobre el cáncer. Los resúmenes se escriben en inglés y en la mayoría de los casos se cuenta con una traducción al [español](#).

El PDQ es un servicio del NCI, que forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH). Los NIH son el centro de investigación biomédica del Gobierno federal. Los resúmenes del PDQ se basan en un análisis independiente de las publicaciones médicas. No constituyen declaraciones de la política del NCI ni de los NIH.

Propósito de este resumen

Este resumen del PDQ sobre el cáncer contiene información actualizada sobre el tratamiento del cáncer de recto. El propósito es informar y ayudar a los pacientes, sus familiares y cuidadores. No ofrece pautas ni recomendaciones formales para la toma de decisiones relacionadas con la atención de la salud.

Revisores y actualizaciones

Los consejos editoriales redactan y actualizan los resúmenes de información sobre el cáncer del PDQ. Estos consejos los conforman equipos de especialistas en el tratamiento del cáncer y otras especialidades relacionadas con esta enfermedad. Los resúmenes se revisan de manera periódica y se modifican con información nueva. La fecha de actualización al pie de cada resumen indica cuándo se hizo el cambio más reciente.

La información en este resumen para pacientes proviene de la versión para profesionales de la salud, que el [Consejo editorial del PDQ sobre el tratamiento para adultos](#) revisa de manera periódica y actualiza en caso necesario.

Información sobre ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un estudio para responder a una pregunta científica; por ejemplo, si un tratamiento es mejor que otro. Los ensayos se basan en estudios anteriores y en lo que se aprendió en el laboratorio. Cada ensayo responde a ciertas preguntas científicas con el fin de encontrar formas nuevas y mejores de ayudar a los pacientes con cáncer. Durante los ensayos clínicos de tratamiento, se recopila información sobre los efectos de un tratamiento nuevo y su eficacia. Si un ensayo clínico indica que un tratamiento nuevo es mejor que el tratamiento estándar, el tratamiento nuevo quizás se convierta en el "estándar". Los pacientes pueden considerar la participación en un ensayo clínico. Algunos ensayos clínicos solo aceptan a pacientes que aún no comenzaron un tratamiento.

Para obtener más información sobre ensayos clínicos, consulte el [portal de Internet del NCI](#). También puede llamar al número de contacto del NCI 1-800-422-6237 (1-800-4-CANCER), escribir un correo electrónico o usar el chat del [Servicio de Información de Cáncer](#).

Permisos para el uso de este resumen

PDQ (Physician Data Query) es una marca registrada. Se autoriza el uso del texto de los documentos del PDQ; sin embargo, no se podrá identificar como un resumen de información sobre cáncer del PDQ del NCI, salvo que el resumen se reproduzca en su totalidad y se actualice de manera periódica. Por otra parte, se permitirá que un autor escriba una oración como "En el resumen del PDQ del NCI de información sobre la prevención del cáncer de mama se describen, de manera concisa, los siguientes riesgos: [incluir fragmento del resumen]".

Se sugiere citar la referencia bibliográfica de este resumen del PDQ de la siguiente forma:

PDQ® sobre el tratamiento para adultos. PDQ Tratamiento del cáncer de recto. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Actualización: <MM/DD/YYYY>. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-rectal-pdq>. Fecha de acceso: <MM/DD/YYYY>.

Las imágenes en este resumen se reproducen con autorización del autor, el artista o la editorial para uso exclusivo en los resúmenes del PDQ. La utilización de las imágenes fuera del PDQ requiere la autorización del propietario, que el Instituto Nacional del Cáncer no puede otorgar. Para obtener más información sobre el uso de las ilustraciones de este resumen o de otras imágenes relacionadas con el cáncer, consulte [Visuals Online](#), una colección de más de 3000 imágenes científicas.

Cláusula sobre el descargo de responsabilidad

La información en estos resúmenes no se debe utilizar para justificar decisiones sobre reembolsos de seguros. Para obtener más información sobre la cobertura de seguros, consulte la página [Manejo de la atención del cáncer](#) en Cancer.gov/espanol.

Comuníquese con el Instituto Nacional del Cáncer

Para obtener más información sobre las opciones para comunicarse con el NCI, incluso la dirección de correo electrónico, el número telefónico o el chat, consulte la página del [Servicio de Información de Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer](#).

Actualización: 12 de mayo de 2025

Si desea copiar algo de este texto, vea [Derechos de autor y uso de imágenes y contenido](#) sobre instrucciones de derechos de autor y permisos. En caso de reproducción digital permitida, por favor, dé crédito al Instituto Nacional del Cáncer como su creador, y enlace al producto original del NCI usando el título original del producto; por ejemplo, "Tratamiento del cáncer de recto (PDQ®)–Versión para pacientes publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer."



¿Desea usar este contenido en su sitio web o en otra plataforma digital? En nuestra [página de sindicación de contenidos](#) le decimos cómo hacerlo.