

# **Detección temprana, diagnóstico y determinación de la etapa del cáncer colorrectal**

Conozca los signos y síntomas del cáncer colorrectal. Descubra cómo se hacen las pruebas del cáncer colorrectal y cómo se diagnostica y se determina la etapa.

## **Detección y diagnóstico**

La detección temprana del cáncer, cuando es de menor tamaño y no se ha propagado, a menudo permite más opciones de tratamiento. Algunos tipos de cáncer en etapa temprana pueden presentar signos y síntomas que se pueden notar, aunque este no es siempre el caso.

- [¿Se pueden detectar temprano los pólipos y el cáncer colorrectal?](#)
- [Guía de la American Cancer Society para la detección del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Cobertura del seguro médico para las pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Signos y síntomas del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal](#)
- [Entender su informe de patología](#)

## **Etapas y perspectiva (pronóstico o prognosis)**

Después de un diagnóstico de cáncer, la estadificación (o determinación de la etapa) proporciona información importante sobre la extensión del cáncer en el cuerpo y la respuesta anticipada al tratamiento.

- [Etapas del cáncer colorrectal](#)
- [Tasas o índices de supervivencia para el cáncer colorrectal](#)

### Preguntas que puede hacer sobre el cáncer colorrectal

A continuación se incluyen algunas preguntas que puede hacer al equipo de atención oncológica para ayudarlo a entender mejor el diagnóstico de cáncer y las opciones de tratamiento que tiene.

- [Preguntas que puede hacer sobre el cáncer colorrectal](#)

---

## ¿Se pueden detectar temprano los pólipos y el cáncer colorrectal?

El cáncer colorrectal se puede detectar temprano con pruebas de detección. Las **pruebas de detección** son el proceso de ver si hay cáncer o precáncer en las personas que no tienen síntomas de la enfermedad. La colonoscopia, que es una prueba de detección del cáncer colorrectal, puede incluso prevenir la aparición de este cáncer al detectar pólipos antes de que se conviertan en cáncer.

[Pruebas para la detección del cáncer colorrectal](#)

[¿Por qué es importante la detección del cáncer colorrectal?](#)

[¿Quién debe hacerse las pruebas de detección?](#)

### Pruebas para la detección del cáncer colorrectal

El cáncer de colorrectal es la principal causa de muerte por cáncer en los Estados Unidos. Sin embargo, el índice de mortalidad (el número de muertes por 100,000 personas al año) por cáncer colorrectal [lleva bajando durante varias décadas](#)<sup>1</sup>.

Las pruebas periódicas o habituales de detección del cáncer colorrectal son una de las herramientas más poderosas contra el cáncer colorrectal.

## ¿Por qué es importante la detección del cáncer colorrectal?

### Detección temprana del cáncer colorrectal

**A menudo, las pruebas de detección también pueden ayudar a encontrar el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales**, cuando es pequeño, no se ha propagado y es más fácil de tratar.

### Prevención del cáncer colorrectal

**Las pruebas de detección habituales pueden incluso prevenir el cáncer colorrectal.** Un pólipo puede tardar tanto como entre 10 a 15 años en convertirse en cáncer. Con la colonoscopia, los médicos pueden detectar y extirpar pólipos antes de que tengan la oportunidad de convertirse en cáncer.

### Extirpación de pólipos durante las pruebas de detección

Un motivo por el que la tasa (el índice) de mortalidad por cáncer colorrectal ha mejorado es que los pólipos colorrectales a menudo se encuentran mediante la detección, y se extirpan antes de que se vuelvan cáncer.

## ¿Quién debe hacerse las pruebas de detección?

En la American Cancer Society se recomienda que las personas con riesgo promedio de tener cáncer colorrectal **comiencen a hacerse pruebas habituales de detección a los 45 años de edad**. Las personas con más riesgo deberían comenzar antes.

Desafortunadamente, alrededor de 1 de cada 3 personas en los Estados Unidos que se debe hacer las pruebas de detección de este cáncer nunca se las ha hecho. Quizá esto se deba a que no saben que las pruebas de detección habituales podrían salvar su vida de esta enfermedad, o por cosas como el costo y [cuestiones relacionadas con la cobertura del seguro médico](#).

Infórmese más sobre quién debe hacerse las pruebas de detección en las [Guías de la American Cancer Society para la detección del cáncer colorrectal](#). Consulte con su proveedor de atención médica sobre las pruebas que podrían ser buenas opciones en su caso, y consulte con el proveedor de su seguro acerca de la cobertura que le ofrecen.

Vea la sección sobre [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#) para obtener más información sobre las pruebas usadas en la detección del cáncer colorrectal y de los pólipos.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/acerca/estadisticas-clave.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-pulmon/acerca/estadisticas-clave.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2020*. Atlanta, American Cancer Society; 2020.

American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2023-2025*. Atlanta, American Cancer Society; 2023.

Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2016, National Cancer Institute. Bethesda, MD, [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2016/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/), based on November 2018 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2020.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

## Guía de la American Cancer Society para la detección del cáncer colorrectal

La American Cancer Society ha creado pautas (guías) de detección del cáncer colorrectal para las personas con un riesgo promedio y para las que tienen un riesgo alto de tener cáncer colorrectal.

[Para las personas con un riesgo promedio](#)

[Opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal](#)

[Para las personas con alto o mayor riesgo](#)

**Para las personas con un riesgo promedio**

Para las personas con un riesgo promedio\* de cáncer colorrectal, la American Cancer Society recomienda **comenzar las pruebas de detección habituales a los 45 años de edad**. La detección se puede hacer con una prueba sensible para buscar signos de cáncer en las heces de una persona (prueba basada en heces o con muestra de heces), o con un examen en el que se observa el colon y el recto (un examen visual). Estas opciones se describen a continuación.

Las personas con buena salud y una esperanza de vida de más de 10 años deben continuar haciéndose pruebas de detección habituales para el cáncer colorrectal hasta los **75 años de edad**.

Para las personas de **76 a 85 años**, la decisión de hacerse las pruebas de detección se debe basar en las preferencias de la persona y en su esperanza de vida, su estado general de salud y en el historial de pruebas de detección realizadas anteriormente.

Las personas **mayores de 85 años** ya no necesitan hacerse las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

\*Para efectos de detección, se considera que una persona tiene un riesgo promedio si **no** tiene alguna de las siguientes características:

- Antecedente personal de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos
- Antecedente familiar de cáncer colorrectal:
- Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)
- Síndrome de cáncer colorrectal hereditario que se ha confirmado o que se sospecha que existe, tal como poliposis adenomatosa familiar (FAP, por sus siglas en inglés) o síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC)
- Antecedente personal de radiación dirigida al abdomen (vientre) o a la zona pélvica para tratar un cáncer previo

## Opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Se dispone de varias opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal:

### Pruebas basadas en heces

- Prueba inmunoquímica fecal altamente sensible (FIT) cada año
- Prueba de alta sensibilidad a base de guayacol para detectar sangre oculta en las heces (gFOBT) todos los años
- Prueba de ADN en heces con objetivos múltiples y con una prueba de inmunoquímica fecal (MT-sDNA o sDNA-FIT o FIT-DNA) cada 3 años

### Exámenes visuales (estructurales) del colon y del recto

- Colonoscopia cada 10 años
- Colonografía por tomografía computarizada (con CT; colonoscopia virtual) cada 5 años
- Sigmoidoscopia cada 5 años

Hay que tener en cuenta algunas diferencias entre estas pruebas (vea [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)), pero **lo más importante es hacerse la prueba, independientemente de la prueba que escoja**. Consulte con su proveedor de atención de la salud sobre las pruebas que pueden ser buenas opciones para usted, y con el [proveedor de su seguro médico acerca de la cobertura](#).

**Si una persona elige hacerse una prueba de detección que no sea una colonoscopia, todo resultado anómalo de las pruebas debe ir seguido de una colonoscopia en el tiempo oportuno.**

### Para las personas con alto o mayor riesgo

Las personas con alto o mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal quizá deban comenzar las pruebas de detección antes de los 45 años, hacérselas con más frecuencia o hacerse pruebas específicas. Esto incluye a personas con las siguientes características:

- Un marcado antecedente familiar de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos (consulte [Factores de riesgo del cáncer colorrectal](#)<sup>1</sup>)
- Antecedente personal de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos
- Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)

- Antecedente familiar conocido de síndrome de cáncer colorrectal hereditario, tal como poliposis adenomatosa familiar (FAP) o síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC)
- Antecedente personal de radiación dirigida al abdomen (vientre) o a la zona pélvica para tratar un cáncer previo

**La American Cancer Society no ofrece guías de detección específicamente para las personas con alto o mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal.** Sin embargo, otras organizaciones médicas profesionales, tales como la US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (USMSTF), sí ofrecen esas guías. Estas guías son complejas y es preferible que las revise con su proveedor de atención médica. En general, estas guías clasifican a las personas en varios grupos (aunque los detalles dependen de los factores de riesgo específicos de cada persona).

### **Personas con un mayor riesgo de cáncer colorrectal**

#### ***Personas con uno o más familiares que han tenido cáncer de colon o de recto***

Las recomendaciones para las pruebas de detección en el caso de estas personas dependen de quiénes en la familia padecieron cáncer y qué edad tenían esos familiares cuando les diagnosticaron la enfermedad. Algunas personas con un antecedente familiar pueden seguir las recomendaciones para adultos de riesgo promedio, pero otras personas tal vez necesiten hacerse una colonoscopia (y no cualquier otro tipo de prueba) con más frecuencia, y posiblemente antes de los 45 años.

#### ***Personas con ciertos tipos de pólipos extirpados durante una colonoscopia***

La mayoría de estas personas deberá volver a hacerse una colonoscopia al cabo de 3 años, pero algunas personas podrían necesitar una colonoscopia antes (o después) de 3 años, según el tipo, el tamaño y el número de pólipos.

#### ***Personas que han padecido cáncer de colon o de recto***



La mayoría de estas personas necesitará empezar las colonoscopias con regularidad al cabo de 1 año de haberse extirpado el cáncer con cirugía. Otros procedimientos, como la resonancia magnética (MRI) o la proctoscopia con ecografía, también se pueden recomendar para algunas personas con cáncer rectal, según el tipo de cirugía que se hiciera.

***Las personas que recibieron radiación en el abdomen (vientre) o en la zona pélvica para tratar un cáncer previo***

La mayoría de estas personas deberán comenzar a hacerse pruebas de detección para el cáncer colorrectal (colonoscopia o prueba basada en heces) a una edad más joven (según los años que tuviera cuando le dieron la radioterapia). Las pruebas de detección a menudo comienzan 10 años después de que se administró la radiación o a los 35 años, lo que ocurra primero. Es posible que estas personas también deban someterse a pruebas de detección con más frecuencia de lo normal (por ejemplo, al menos cada 3 a 5 años).

**Personas con alto riesgo de cáncer colorrectal**

***Personas con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)***

Por lo general, estas personas necesitan hacerse colonoscopias (y ningún otro tipo de prueba) a partir de al menos 8 años después de que se les diagnostique la enfermedad inflamatoria intestinal. Las colonoscopias de seguimiento deben realizarse cada 1 a 3 años, según los factores de riesgo de cáncer colorrectal de la persona y los resultados de la colonoscopia anterior.

***Personas que se sabe o se sospecha que tienen ciertos síndromes genéticos***

Por lo general, estas personas deben hacerse colonoscopias (no cualquier otra prueba). A menudo, se recomienda que las pruebas de detección comiencen a una edad temprana, posiblemente tan temprano como la adolescencia en caso de algunos síndromes. Además, se deben hacer con mucha más frecuencia. Los detalles específicos sobre las pruebas dependen del síndrome genético que tenga y de otros factores.

Si usted tiene un alto o mayor riesgo de cáncer colorrectal (o cree que podría tenerlo), hable con su proveedor de atención médica para informarse más. Su médico puede sugerir la mejor opción de detección para usted, así como determinar el plan de pruebas que debe seguir, según el riesgo individual que tenga.

### [Know Your Cancer Risk \(en inglés\)](#) <sup>2</sup>

Haga la evaluación CancerRisk360™ (en inglés) de la American Cancer Society para saber más sobre lo que usted puede cambiar para mejorar su salud. Con 5 minutos de su tiempo para contestar algunas preguntas, le ofreceremos un plan personalizado de acciones con recursos útiles que puede usar para disminuir el riesgo de tener cáncer.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html)
2. [acscancerrisk360.cancer.org/](http://acscancerrisk360.cancer.org/)
3. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

Burnett-Hartman AN, Lee JK, Demb J, Gupta S. An Update on the Epidemiology, Molecular Characterization, Diagnosis, and Screening Strategies for Early-Onset Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2021 Mar;160(4):1041-1049. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.068. Epub 2021 Jan 5. PMID: 33417940; PMCID: PMC8273929.

Lin JS, Perdue LA, Henrikson NB, Bean SI, Blasi PR. Pruebas para la detección del cáncer colorrectal Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2021 May 18;325(19):1978-1998. doi: 10.1001/jama.2021.4417. Erratum in: *JAMA*. 2021 Jul 20;326(3):279. PMID: 34003220.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Rectal Cancer. V.6.2023. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/rectal.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf) on Jan 29, 2024.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.6.2023. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/rectal.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf) on Jan 29, 2024.

Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: Cancer J Clin*. 2018;68(4):297-316. doi: 10.3322/caac.21446. Epub 2018 May 30.

Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Etzioni R, McKenna MT, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Andrews KS, Brawley OW, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Siegel RL, Wender RC, Smith RA. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul;68(4):250-281. doi: 10.3322/caac.21457. Epub 2018 May 30. PMID: 29846947.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

# Pruebas de detección del cáncer colorrectal

Se pueden usar varias pruebas para detectar el cáncer colorrectal (consulte [Recomendaciones de la American Cancer Society para la detección del cáncer colorrectal](#)). **Independientemente de la prueba que elija, lo más importante es hacerse la prueba de detección.** La colonoscopia, que es una prueba de detección, puede incluso prevenir el cáncer colorrectal al encontrar pólipos antes de que se vuelvan cáncer.

## Tipos de pruebas de detección del cáncer colorrectal

Pruebas basadas en heces

Exámenes visuales

Análisis de sangre (pruebas basadas en sangre)

[¿Cuáles son algunos de los beneficios y de las limitaciones en las pruebas de detección del cáncer colorrectal?](#)

## Tipos de pruebas de detección del cáncer colorrectal

Existen 3 tipos principales de pruebas de detección del cáncer colorrectal:

- **Pruebas de heces:** Con las pruebas de heces o basadas en heces se analizan las heces (los excrementos) para ver si hay signos de cáncer de colon o de recto, tales como cantidades pequeñas de sangre. Estas pruebas no son invasivas y es más fácil hacerlas que las visuales, pero hay que hacerlas con más frecuencia.
- **Exámenes visuales:** En estas pruebas se mira dentro del colon y del recto para ver si hay zonas anómalas o inusuales. Se pueden hacer con un endoscopio (un instrumento parecido a un tubo con una cámara diminuta y una luz en el extremo) que se coloca en el recto, o con estudios por imágenes especiales.
- **Pruebas (análisis) de sangre:** Con estas pruebas se comprueba si hay signos de cáncer colorrectal en la sangre de una persona.

Cada una de estas pruebas tiene ventajas, límites y efectos dañinos diferentes (ver la tabla a continuación), y algunas de ellas podrían ser mejor opción que las demás.

**Si usted elige hacerse una prueba de detección que no sea la colonoscopia, todo resultado anómalo debe ir seguido de una colonoscopia realizada en el momento oportuno.**

Algunas de estas pruebas (sobre todo la colonoscopia) se podría usar si usted tiene [síntomas](#)<sup>1</sup> que pudieran darse por otras enfermedades digestivas.

## **Pruebas basadas en heces**

Con estas pruebas se examinan las heces (los excrementos) para ver si hay posibles signos de cáncer colorrectal o de pólipos, tales como pequeñas cantidades de sangre o cambios en el ADN o el ARN de las células presentes en las heces.

Estas pruebas se pueden hacer en casa, y a muchas personas les parecen más convenientes y fáciles de hacer que las pruebas visuales, como una colonoscopia. Sin embargo, las pruebas basadas en heces se deben hacer más a menudo en comparación con los exámenes visuales.

Si el resultado de la prueba de las heces es anómalo, deberá hacerse una colonoscopia para saber si tiene cáncer colorrectal.

En todas las pruebas basadas en heces se busca sangre oculta (escondida) en las heces, y en algunas también se buscan otros signos posibles de cáncer. La razón es que, a menudo, los vasos sanguíneos en el cáncer o el pólipo colorrectal más grande son frágiles y se dañan fácilmente cuando pasan las heces. Por lo general, los vasos dañados liberan sangre en el colon o en el recto, pero sólo en pocas ocasiones hay suficiente sangre visible a simple vista en las heces.

## **Prueba inmunoquímica fecal (FIT)**

La prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) busca sangre oculta en las heces de los intestinos inferiores. Si usted elige esta prueba, se la debe hacer todos los años en la privacidad de su casa. A veces, esta prueba se denomina iFOBT, siglas en inglés de la prueba inmunoquímica de sangre oculta en las heces.

A diferencia de la prueba a base de guayacol para detectar sangre oculta en las heces (gFOBT: ver a continuación), la prueba FIT no tiene restricciones de medicamentos o alimentos porque las vitaminas y los alimentos no afectan los resultados de la prueba. También puede que sea más fácil obtener las muestras. Además, es menos probable que esta prueba reaccione con el sangrado de las partes superiores del tubo digestivo, tales como el estómago.

**Obtención de las muestras:** Su proveedor de atención médica le dará los suministros que necesita para hacer la prueba. Tenga listos todos los suministros en un solo lugar. Por lo general, los suministros incluyen un kit (estuche) de prueba, tarjetas o tubos para la prueba, cepillos largos u otros dispositivos de obtención de muestras, bolsas de desecho y un sobre para enviar la muestra por correo. **En el kit de prueba se ofrecerán instrucciones detalladas sobre cómo obtener las muestras. Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el estuche o kit, comuníquese con la oficina o el consultorio del proveedor de atención médica. Una vez que tenga las muestras, devuélvalas (por lo general en el plazo de 24 horas) conforme se lo indiquen.

Si el resultado de la prueba da positivo (es decir, si se detecta sangre oculta en las muestras), habrá que hacerle una colonoscopia para investigar más a fondo. Aunque la sangre en las heces se puede deber a cáncer o a pólipos, también puede tener otras causas, tales como úlceras, hemorroides u otras afecciones.

## **Prueba a base de guayacol para detectar sangre oculta en las heces (gFOBT)**

La prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés) detecta sangre oculta en las heces mediante una reacción química. Funciona de manera diferente que la prueba inmunoquímica fecal (FIT), ya que en la gFOBT no se puede saber si la sangre viene del colon o de otras partes del tubo digestivo (tales como el estómago).

Si usted elige esta prueba, se la debe hacer todos los años en la privacidad de su casa. Con ella, puede comprobar más de una muestra de heces. La American Cancer Society recomienda que solo se usen las versiones de esta prueba que sean más sensibles.

**Hacerse una prueba de sangre oculta en las heces (FBOT) durante un examen digital del recto (tacto digital) en la consulta del médico no es suficiente como prueba de detección, porque es más probable que pase por alto la detección de algunos tipos de cáncer colorrectal.**

**Antes de la prueba:** Algunos alimentos o medicamentos pueden afectar los resultados de esta prueba, por lo que se indica que se evite lo siguiente antes de hacerse la prueba:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID, por sus siglas en inglés), tales como el ibuprofeno (Advil), el naproxeno (Aleve) o la aspirina durante 7 días antes de la prueba. (Pueden causar sangrado que puede dar un resultado positivo falso). **Nota:** Antes de la prueba, se debe tratar de evitar tomar NSAID para aliviar dolores de importancia menor. Sin embargo, si las toma a diario para problemas del corazón o para otras afecciones, no los deje para esta prueba sin hablar primero con su proveedor de atención médica.
- Más de 250 mg de vitamina C al día, ya sea de suplementos o de frutas y jugos cítricos durante 3 a 7 días antes de la prueba. (Esto puede afectar las sustancias químicas en la prueba y que el resultado sea negativo, incluso si hay sangre).
- Carne roja (res, cordero o hígado) durante 3 días antes de la prueba. (Los componentes de la sangre en la carne podrían causar que el resultado de la prueba sea positivo).

Algunas personas que reciben la prueba nunca se la hacen o no la devuelven, ya que les preocupa que algo que comieron pueda afectar la prueba. Incluso si le preocupa que algo que comió pueda alterar el resultado de la prueba, lo más importante es hacerse la prueba.

**Obtención de las muestras:** Le darán un kit con instrucciones de su proveedor de atención médica. Se le indicará cómo obtener muestras de heces en su casa (generalmente se obtienen muestras de tres evacuaciones distintas que se extienden en tarjetas pequeñas de papel). El kit se devuelve al consultorio del médico o a un laboratorio para su análisis.

Para hacer esta prueba, tenga listos todos los suministros en un solo lugar. Por lo general, los suministros consisten en un kit (estuche) de prueba, tarjetas para la prueba, un cepillo o un aplicador de madera y un sobre para enviar la muestra por correo. **En el kit se incluirán instrucciones detalladas sobre cómo obtener las muestras de heces. Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el estuche o kit, comuníquese con la oficina o el

consultorio del proveedor de atención médica. Una vez que haya obtenido las muestras, devuélvalas según las instrucciones que se incluyen en el kit.

Si la prueba da positivo en el resultado (si se encontrado sangre oculta), se requerirá de una colonoscopia para encontrar la causa del sangrado.

### **Prueba de ADN o de ARN en heces con objetivos múltiples**

En las **pruebas de ADN o de ARN en heces con objetivos múltiples y con una prueba de inmunoquímica fecal (FIT)** se buscan determinadas secciones anómalas del ADN o del ARN de las células cancerosas o de los pólipos, así como sangre oculta (escondida). A menudo, el cáncer colorrectal o las células de los pólipos contienen mutaciones (cambios) en el ADN o en el ARN. Las células con estas mutaciones a menudo llegan hasta las heces, y puede que las pruebas las detecten.

- Prueba **Cologuard** para ver si hay cambios en el ADN y si hay sangre en las heces.
- Pruebas **ColoSense** para comprobar si hay cambios en el ARN y sangre en las heces.\*



\*ColoSense ha recibido la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) de los EE. UU., pero aún no se ha evaluado para que se incluya en las guías sobre pruebas de detección del cáncer colorrectal creadas por la American Cancer Society o por la Preventive Services Task Force de los Estados Unidos (USPSTF). Dado que no está incluido en las recomendaciones actuales de la USPSTF, es posible que el seguro no lo cubra.

Si elige hacerse alguna de estas pruebas, debe hacérsela cada 3 años, en la privacidad de su casa. Con ella se puede analizar una evacuación (deposición) entera. Antes de hacerse la prueba, no hace falta seguir restricciones de medicamentos o de alimentos.

**Obtención de las muestras:** Usted recibirá un kit por correo para que obtenga la muestra total de heces en su casa. El kit contiene un recipiente para la muestra, un soporte para sostener el recipiente en el inodoro, una botella de líquido conservante, un tubo, etiquetas, una prueba FIT (ver información anterior) y una caja de envío.

**Además, el kit incluye instrucciones detalladas sobre cómo obtener la muestra. Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el estuche o kit, comuníquese con la oficina o el consultorio de su médico. Una vez que haya obtenido la muestra, devuélvala según las instrucciones que se incluyen en el kit.

Si el resultado de la prueba da positivo (si se encuentran cambios en el ADN, en el ARN o la sangre), habrá que hacer una colonoscopia.

Para informarse sobre las diferencias entre estas pruebas y otras pruebas de detección para el cáncer colorrectal, vea la siguiente tabla.

## Exámenes visuales

Con estas pruebas se observa el interior del colon y del recto para detectar cualquier zona inusual que pueda ser cáncer o pólipos.

## Colonoscopia

En esta prueba, el médico examina todo el colon y todo el recto con un colonoscopio, que es un tubo flexible que tiene una luz y una pequeña cámara de video en el

extremo. Se introduce por el ano y se lleva hasta el recto y el colon. Se pueden pasar instrumentos especiales por el colonoscopio para hacer la biopsia (obtener muestras) o para extirpar cualquier zona de apariencia sospechosa, tales como pólipos, si es necesario.

Para ver una animación visual de una colonoscopia y saber más sobre cómo prepararse para el procedimiento, cómo se realiza y los posibles efectos secundarios, consulte [Colonoscopia](#)<sup>2</sup>.

Esta prueba es diferente a una **colonoscopia virtual (también conocida como colonografía por CT)**, que es un tipo de [tomografía computarizada](#)<sup>3</sup> (ver a continuación).

### **Colonografía por CT (colonoscopia virtual)**

Esta prueba es un tipo avanzado de **tomografía computarizada (CT)** del colon y del recto con la que se pueden observar las zonas anómalas, como los pólipos o el cáncer. En algunos programas especiales por computadora se usan rayos X (radiografías) y una tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) para crear imágenes en 3 dimensiones (tridimensionales) del interior del colon y del recto. No requiere sedación (medicina para dormir) ni un endoscopio para introducirlo en el recto o en el colon. Se coloca una pequeña sonda o catéter en el recto para llenar el colon con aire o con dióxido de carbono. Esto permite obtener imágenes más claras de la tomografía.

La prueba puede ser útil en las personas que no pueden o no quieren hacerse una prueba más invasiva, como una colonoscopia. Se puede hacer con bastante rapidez, aunque requiere el mismo tipo de preparación intestinal que para una colonoscopia.

Si se observan pólipos u otras zonas sospechosas en esta prueba, todavía habrá que hacer una colonoscopia para extirparlos o para explorar la zona con más detalle.

**Antes de la prueba:** Para obtener buenas imágenes, es importante que se vacíen el colon y el recto antes de la prueba. Probablemente le indiquen seguir las mismas instrucciones de preparación intestinal que se siguen para la colonoscopia.

**Durante la prueba:** Esta prueba se hace con una tomografía computarizada en una sala especial, y sólo dura unos 15 minutos. Le pedirán que se acueste en una camilla estrecha que es parte del escáner de la tomografía, y le pondrán un tubo pequeño y flexible en el recto. A través del tubo se bombea aire en el colon y en el recto para expandirlos y así obtener mejores imágenes. Luego se desliza la camilla en el escáner de la CT, y le pedirán que aguante la respiración unos segundos mientras se hace el escáner. Probablemente le hagan dos pruebas de escáner: una mientras se recuesta sobre la espalda y otra mientras está boca abajo o de lado.

**Posibles complicaciones y efectos secundarios:** Por lo general hay pocos efectos secundarios después de esta prueba. Puede que sienta hinchazón o calambres musculares (cólicos) debidos al aire en el colon y en el recto, pero deberían desaparecer una vez que el aire salga del cuerpo. Al inflar el colon con aire, existe un riesgo mínimo de dañar o perforar el colon, aunque se cree que este riesgo es mucho menor que con la colonoscopia. Al igual que otros tipos de tomografías computarizadas (CT), con esta prueba usted también se expone a una pequeña cantidad de radiación.

## **Sigmoidoscopia**

Una sigmoidoscopia se parece a una colonoscopia, excepto que no se examina todo el colon. Se introduce un sigmoidoscopio (un tubo flexible e iluminado con una pequeña cámara de video en el extremo) por el ano hasta el recto, y luego se mueve hacia la parte inferior del colon. El sigmoidoscopio solo mide unos 2 pies (60 cm) de largo, por lo que el médico solo puede ver todo el recto y menos de la mitad del colon. Las imágenes del endoscopio se ven en una pantalla de video para que el médico pueda encontrar y posiblemente eliminar las zonas anómalas o inusuales.

Esta prueba no se usa ampliamente en los Estados Unidos como herramienta de detección del cáncer colorrectal. La razón principal es que con una sigmoidoscopia solo se observa la parte inferior (el lado izquierdo) del colon, mientras que al menos 4 de cada 10 casos de cáncer colorrectal comienzan en la parte superior (el lado derecho) del colon.

**Antes de la prueba:** Para obtener buenas imágenes, se deberá vaciar el colon y el recto antes de la prueba (lo cual se conoce como **preparación intestinal**).

Probablemente deba tomar medicinas, tales como enemas, para limpiar los intestinos antes de la prueba, aunque es probable que esta preparación sea menos intensa que la necesaria para hacerse una colonoscopia.

**Durante la prueba:** Por lo general, la sigmoidoscopia dura entre 10 a 20 minutos. La mayoría de las personas no necesita un sedante para esta prueba, aunque podría ser una opción de la que puede hablar con su médico. El sedante puede hacer que la prueba sea menos incómoda, pero necesitará algo de tiempo para recuperarse y deberá acompañarle alguien que le lleve a casa después de la prueba.

Probablemente le pedirán que se acueste en una camilla sobre el lado izquierdo, con las rodillas dobladas hacia el pecho. Antes de la prueba, es posible que el médico le examine el recto introduciendo un dedo lubricado y cubierto con guante. El sigmoidoscopio se lubrica primero para facilitar su colocación en el recto. Para que el médico pueda ver mejor el revestimiento interno, se bombeará aire hacia el colon y el recto por el sigmoidoscopio. Esta prueba puede ser incómoda, pero no debería doler. Asegúrese de informar a su médico si siente dolor durante el procedimiento.

Si no le sedan durante el procedimiento, es posible que sienta presión y cólicos ligeros en la parte baja del abdomen (vientre). Para aliviar la molestia y el deseo de evacuar, puede resultar útil respirar profundo y lento por la boca. Después de la prueba, cuando el aire salga del intestino, se sentirá mejor.

Si se encuentran pólipos durante la prueba, el médico quizá los extirpe con un pequeño instrumento que se pasa por el endoscopio. Los pólipos se examinarán en el laboratorio. **Si se encuentra algún pólipo precanceroso (un adenoma) o cáncer colorrectal, deberá hacerse una colonoscopia después para detectar pólipos o cáncer en el resto del colon.**

**Posibles complicaciones y efectos secundarios:** Puede que vea una pequeña cantidad de sangre en las evacuaciones durante uno o dos días después de la prueba. Es posible que haya sangrado más serio y punción del colon o del recto, pero no es frecuente.

## **Análisis de sangre (pruebas basadas en sangre)**

Hay dos pruebas (análisis) de sangre con la aprobación de la FDA para detectar el cáncer colorrectal en las personas con un riesgo promedio:

- Shield
- ColoHealth (antes conocida como Epi proColon)

Con estas pruebas se detectan signos posibles de cáncer colorrectal o de pólipos precancerosos en la sangre, aunque son más precisas para detectar el cáncer colorrectal que los pólipos precancerosos.

Las pruebas se realizan en un consultorio, en donde se obtendrá una muestra de sangre y se enviará a un laboratorio. En el laboratorio, le analizarán la sangre para ver si hay ciertos cambios en el ADN que pudieran sugerir la presencia de cáncer o de células precancerosas. La cobertura del seguro médico puede ser distinta para cada prueba.

**Aunque estas pruebas cuentan con la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA), la American Cancer Society no las ha revisado, por lo que en este momento no se incluyen en la guía de detección del cáncer colorrectal creada por la American Cancer Society. La Preventive Services Task Force de los Estados Unidos (USPSTF) tampoco las ha revisado, por lo que el seguro privado podría no cubrirlas sin que usted pague de su propio bolsillo. Sin embargo, la parte B de Medicare cubre el análisis de sangre Shield para la detección del cáncer colorrectal sin gastos de su propio bolsillo.**

Para ver una comparación de las distintas pruebas de detección del cáncer colorrectal, consulte la siguiente tabla.

### **¿Cuáles son algunos de los beneficios y de las limitaciones en las pruebas de detección del cáncer colorrectal?**

<b>Prueba</b>	<b>Beneficios</b>	<b>Limitaciones</b>
	No hay riesgo directo para el colon	Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos tipos de cáncer

Análisis de sangre	<p>No requiere preparación intestinal</p> <p>No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba</p>	<p>Deberá sacarse sangre en el consultorio</p> <p>La cobertura del seguro médico puede variar según el análisis de sangre que se haga</p> <p>Habrà que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos</p>
Prueba inmunoquímica fecal (FIT)	<p>No hay riesgo directo para el colon</p> <p>No requiere preparación intestinal</p> <p>No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba</p> <p>La muestra se obtiene en casa</p> <p>Barata</p>	<p>Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos tipos de cáncer</p> <p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Hay que hacerla todos los años</p> <p>Habrà que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos</p>
Prueba a base de guayacol para detectar sangre oculta en las heces (gFOBT)	<p>No hay riesgo directo para el colon</p> <p>No requiere preparación intestinal</p> <p>La muestra se obtiene en casa</p> <p>Barata</p>	<p>Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos tipos de cáncer</p> <p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Hay que cambiar la dieta (y posiblemente los medicamentos) antes de la prueba</p> <p>Hay que hacerla todos los años</p> <p>Habrà que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos</p>
	No hay riesgo directo para el colon	

Prueba de ADN en heces	<p>No requiere preparación intestinal</p> <p>No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba</p> <p>La muestra se obtiene en casa</p>	<p>Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos tipos de cáncer</p> <p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Se debe hacer cada 3 años</p> <p>Habría que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos</p>
Colonoscopia	<p>Generalmente se puede observar todo el colon</p> <p>Se puede hacer biopsia y extirpar pólipos</p> <p>Se hace cada 10 años</p> <p>Puede ayudar a encontrar otras enfermedades</p>	<p>Requiere preparación total del intestino</p> <p>Si no se tiene seguro, cuesta más cada vez que se hace que otras pruebas</p> <p>Generalmente hay que sedar, en cuyo caso necesitará alguien que le lleve a casa</p> <p>Podría faltar un día al trabajo</p> <p>Pequeño riesgo de sangrado, infección o perforación intestinal</p>
Colonografía por tomografía computarizada (por CT; colonoscopia virtual)	<p>Relativamente rápida y segura</p> <p>Generalmente se puede observar todo el colon</p> <p>Se hace cada 5 años</p> <p>No requiere sedación</p>	<p>Puede pasar por alto pólipos pequeños</p> <p>Requiere preparación total del intestino</p> <p>Algunos resultados positivos falsos</p> <p>Se expone a una pequeña cantidad de radiación</p> <p>No se pueden extirpar pólipos durante la prueba</p> <p>Habría que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos</p>
		No se utiliza ampliamente como prueba de detección

Sigmoidoscopia	Relativamente rápida y segura	Puede que aún se pida hacer una preparación intestinal Solo se observa en torno una tercera parte del colon
	Por lo general, no se usa sedación Se hace cada 5 años	Puede pasar por alto pólipos o cáncer colorrectal No puede extirpar todos los pólipos Puede causar algo de molestia Riesgo muy pequeño de sangrado, infección o perforación intestinal Habrá que hacer una colonoscopia si los resultados son anómalos

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-glandulas-salivales/deteccion-diagnostico-y-etapas/signos-y-sintomas.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-glandulas-salivales/deteccion-diagnostico-y-etapas/signos-y-sintomas.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias



Chung DC, Gray DM 2nd, Singh H, Issaka RB, Raymond VM, Eagle C, Hu S, Chudova DI, Talasz A, Greenson JK, Sinicrope FA, Gupta S, Grady WM. A Cell-free DNA Blood-Based Test for Colorectal Cancer Screening. *N Engl J Med*. 2024 Mar 14;390(11):973-983. doi: 10.1056/NEJMoa2304714. PMID: 38477985.

Epigenomics. Epi proColon. Accessed July 30, 2024. <https://www.labcorp.com/tests/related-documents/EpiPatient>.

Medicare.gov. Screening for Colorectal Cancer - Blood-Based Biomarker Tests. Accessed July 30, 2024. <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/-decision-memo>.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.6.2023. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/rectal.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf) on Jan 29, 2024.

Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D et al. Cancer screening in the United States, 2019: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: Cancer J Clin*. 2018;68(4):297-316. doi: 10.3322/caac.21446. Epub 2018 May 30.

Actualización más reciente: febrero 28, 2025

---

## Cobertura del seguro médico para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

En la American Cancer Society (ACS) creemos que todas las personas deben tener acceso a las pruebas de detección del cáncer, sin tener en cuenta la cobertura del seguro de salud.

[Todas las personas deberían tener la opción de hacerse pruebas de detección](#)

### Ley federal

Cobertura del seguro médico privado para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

Cobertura de Medicare para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

¿Qué pruebas de detección del cáncer colorrectal cubre Medicare?

¿Cuánto se espera que pague una persona con Medicare si se hace una prueba de detección del cáncer colorrectal?

Cobertura de Medicaid para la detección del cáncer colorrectal

## Todas las personas deberían tener la opción de hacerse pruebas de detección

Las limitaciones en la cobertura no deben impedir que alguien se beneficie de hacerse pruebas para la detección temprana del cáncer. La American Cancer Society apoya políticas que ofrecen a todos acceso a las pruebas de detección temprana del cáncer y cobertura de estas pruebas. Estas políticas se deben ajustar a la edad y al riesgo, y se deben basar en la evidencia científica actual conforme se detalla en la [guía de la American Cancer Society para la detección del cáncer colorrectal](#).

### Ley federal

La [Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio \(o Ley de Atención Médica Accesible<sup>1</sup>](#); ACA, por sus siglas en inglés) requiere que tanto Medicare como las compañías aseguradoras privadas cubran los gastos de todas las pruebas de detección del cáncer colorrectal que la United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda. La ley estipula que no debe haber desembolso alguno para los pacientes, tales como copagos ni deducibles, para estas pruebas de detección. Sin embargo, la definición de prueba de “detección” en ocasiones puede ser confusa, como se describe a continuación.

La USPSTF actualmente recomienda que las personas con riesgo promedio comiencen las pruebas de detección del cáncer colorrectal a partir de los 45 años.

## Cobertura del seguro médico privado para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

La Ley de Atención Médica Accesible (o Cuidado de la Salud a Bajo Precio) requiere que los planes de salud que comenzaron el 23 de septiembre de 2010 o después de esta fecha cubran las [pruebas de detección del cáncer colorrectal](#) que recomienda la USPSTF, entre las que se incluyen una variedad de opciones. En la mayoría de los casos no debe haber desembolsos o gastos de su bolsillo (tales como copagos o deducibles) para hacerse estas pruebas.

### **Para las personas que optan por una colonoscopia como prueba de detección**

Muchas personas eligen hacerse pruebas de detección con una colonoscopia, y aunque podría no ser la opción adecuada para todos, sí puede ofrecer algunas ventajas, como el que solo hay que hacerla una vez cada 10 años. Si el médico observa algo anormal durante la colonoscopia, puede que se haga una biopsia o que se extirpe en ese momento, muy probablemente sin la necesidad de hacer más pruebas.

Aunque muchos planes de salud privados cubren los costos de la colonoscopia como prueba de detección, aún podrían cobrarle algunos servicios. Revise el plan de su seguro para ver los detalles específicos, incluido si su médico está dentro de la red de proveedores de salud que ofrece su compañía de seguros. Si el médico no pertenece a la red de su plan de salud, puede que usted tenga que pagar más de su bolsillo.

**Llame a su aseguradora si tiene alguna pregunta o alguna duda de algo.**

Al poco tiempo de que la Ley de Atención Médica Accesible se hiciera vigente, algunas compañías aseguradoras consideraban que una colonoscopia ya no se podía considerar una prueba de “detección” si se extirpaba algún pólipo durante el procedimiento. En ese caso se consideraba una prueba de “diagnóstico”, y por lo tanto estaría sujeta a copagos y deducibles. Sin embargo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. ya ha aclarado que la extracción de un pólipo forma parte integral de una colonoscopia de detección, y que por lo tanto los pacientes con seguro privado no deberían tener que pagar dinero de su bolsillo (aunque esto no afecta en el caso de Medicare, como se indica a continuación).

**Antes de hacerse una colonoscopia de detección, pregunte a su compañía de seguro médico cuánto se espera que usted pague por la prueba (de tener que pagar algo).** Averigüe si esta cantidad podría cambiar en función de lo que se descubra durante la prueba, para así evitar gastos imprevistos. Si le llegan facturas grandes después, es posible que pueda disputar la decisión de la compañía aseguradora.

### **Para las personas que optan por hacerse otra prueba de detección**

Existen otras pruebas distintas a la colonoscopia entre las que se puede elegir, y las personas podrían elegir una de ellas por una variedad de motivos. Toda prueba de detección que la USPSTF recomienda debe estar cubierta, sin que el paciente pague costos de su propio bolsillo, tales como copagos o deducibles. Sin embargo, si se hace una prueba de detección que no es una colonoscopia y el resultado da positivo (es anómalo o inusual), deberá hacerse una colonoscopia. Algunas compañías aseguradoras consideran que esta colonoscopia es de **diagnóstico** (no de detección), por lo que el paciente quizá tenga que pagar el deducible y el copago habituales.

**Antes de que se haga una prueba de detección, consulte con el proveedor de su seguro para averiguar lo siguiente:**

- Si la prueba está cubierta
- Lo que podría significar si usted debe hacerse una colonoscopia como resultado de la otra prueba
- Cuánto debe esperar pagar (de tener que pagar algo)

De este modo, se pueden evitar gastos imprevistos. Si le llegan facturas grandes después, es posible que pueda disputar la decisión de la compañía aseguradora.

## Cobertura de Medicare para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

El programa [Medicare](#)<sup>2</sup> cubre un examen físico preventivo inicial para todos los beneficiarios nuevos de Medicare. Este examen se debe hacer en el plazo de un año de haberse inscrito en Medicare. El examen físico “Bienvenido a Medicare” incluye derivaciones (referencias) a servicios preventivos que ya están cubiertos por Medicare, incluidas las pruebas de detección para el cáncer colorrectal.

Si usted ha tenido la parte B de Medicare durante más de 12 meses, cuenta con un chequeo anual de “**bienestar**” sin costo alguno. Este chequeo sirve para crear o actualizar un plan de prevención personalizado para prevenir enfermedades y discapacidades. Su proveedor de atención médica debe hablar con usted sobre un calendario de pruebas de detección (como una lista) que incluya los servicios preventivos que debe hacerse, entre ellos, las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

### ¿Qué pruebas de detección del cáncer colorrectal cubre Medicare?

Medicare ofrece cobertura para las siguientes pruebas, generalmente a partir de los 45 años de edad:

**Prueba de sangre oculta en las heces (FOBT) o prueba inmunoquímica fecal (FIT)** una vez cada 12 meses.

**Prueba de ADN en las heces** (Cologuard) cada 3 años para las personas de 45 a 85 años que no presenten síntomas de cáncer colorrectal y que no tengan un mayor riesgo de cáncer colorrectal.

**Sigmoidoscopia flexible** cada 4 años, pero no en el plazo de de 10 años de haberse hecho una colonoscopia.

### Colonoscopia

- Una vez cada 2 años para las personas que tienen mucho riesgo (independientemente de la edad).
- Una vez cada 10 años para quienes corren un riesgo promedio.

- Cuatro años después de una sigmoidoscopia flexible para aquellas personas que tengan un riesgo promedio

**Enema de bario de doble contraste** si el médico opina que su valor como prueba de diagnóstico es igual o mejor que la de la sigmoidoscopia flexible o la de la colonoscopia:

- Una vez cada 2 años para quienes tienen un riesgo mayor
- Una vez cada 4 años para quienes corren un riesgo promedio.

Actualmente, Medicare **no** cubre el costo de la **colonoscopia virtual** (colonografía por CT).

**Lo mejor es hablar con su aseguradora si tiene preguntas sobre los costos, incluidos los deducibles o los copagos.**

### **¿Cuánto se espera que pague una persona con Medicare si se hace una prueba de detección del cáncer colorrectal?**

- **Prueba de sangre oculta en las heces (FOBT) y prueba inmunoquímica fecal (FIT):** Cubierta sin ningún costo para los beneficiarios que tengan 45 años o más\* (sin coseguro ni el deducible de la Parte B).
- **Prueba de ADN en las heces (Cologuard):** Cubierta sin ningún costo\* para aquellas personas de 45 a 85 años, siempre y cuando no corran un mayor riesgo de cáncer colorrectal y no presenten síntomas de cáncer colorrectal (sin coseguro o deducible de la Parte B).

Es importante saber que **si da positivo en el resultado de una prueba de detección (FOBT, FIT o análisis del ADN en las heces)**, Medicare cubrirá el costo de una colonoscopia de detección de seguimiento. Usted no tendrá que pagar por esta prueba siempre y cuando su médico o proveedor cualificado de atención médica acepte la asignación. Sin embargo, si se descubre algún pólipo u otro tejido y se extrae durante la colonoscopia de detección y seguimiento, usted podría tener que pagar el 15 % de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios de su médico.

- **Colonoscopia:** Cubierta sin ningún costo\* a cualquier edad (no paga coseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección.  
**Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extirpa una masa o

tumor, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 15 % del coseguro o el copago (pero no tiene que pagar el deducible).

- **Sigmoidoscopia flexible:** Cubierta sin ningún costo\* (no paga coseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección. **Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extirpa una masa o tumor, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 15 % del coseguro o del copago (pero no tiene que pagar el deducible de la Parte B).
- **Enema de bario de doble contraste:** Usted paga el 20 % de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios del médico. Si la prueba se realiza en un departamento ambulatorio del hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio, también tendrá un copago del hospital (pero no tiene que pagar el deducible de la Parte B).

**Si se va a hacer una colonoscopia (o una sigmoidoscopia flexible) de detección, asegúrese de averiguar si tendría que pagar gastos relacionados, para así evitar gastos imprevistos.**

- Pregunte cuánto tendrá que pagar si le extirpan algún pólipo o si le hacen alguna biopsia. Puede que tenga un copago del 15 % de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios del médico.
- Es posible que también deba pagar el kit de preparación intestinal a menos que su plan Medicare Parte D o Medicare Advantage cubra el costo.
- Según dónde se realice la colonoscopia, es posible que deba pagar un coseguro del 15 % por una tarifa del centro.

*\*Este servicio está cubierto sin costo alguno siempre y cuando el médico acepte la asignación (la cantidad que Medicare paga como pago total). Los médicos que no acepten la asignación están obligados a comunicárselo de antemano al paciente.*

## **Cobertura de Medicaid para la detección del cáncer colorrectal**

Los estados del país están autorizados a cubrir las pruebas de detección del cáncer colorrectal bajo sus programas de Medicaid. Sin embargo, a diferencia de Medicare, no existe una garantía federal de que todos los programas de Medicaid estatales tengan que cubrir las pruebas de detección del cáncer colorrectal en las personas que no presentan síntomas. La cobertura de Medicaid para las pruebas de detección del cáncer colorrectal varía según el estado. Algunos estados cubren la prueba de sangre oculta en las heces (FOBT), mientras que en otros se cubre la detección del cáncer colorrectal si un médico determina que la prueba es necesaria desde el punto de vista médico. En algunos estados, la cobertura varía según el plan de atención administrada de Medicare en el que la persona esté inscrita.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/leyes-de-los-seguros-medicos/la-ley-de-atencion-medica.html](http://www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/leyes-de-los-seguros-medicos/la-ley-de-atencion-medica.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/compreension-del-seguro-medico/programas-financiados-por-el-gobierno/medicare.html](http://www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/compreension-del-seguro-medico/programas-financiados-por-el-gobierno/medicare.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias



Centers for Medicare & Medicaid Services. Affordable Care Act Implementation FAQs - Set 12. cms.gov. Accessed at [https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/aca\\_implementation\\_faqs12](https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/aca_implementation_faqs12) on Jan 29, 2024.

Centers for Medicare & Medicaid Services. Preventative and screening services. Medicare.gov. Accessed at <https://www.medicare.gov/coverage/preventive-screening-services> on Jan 29, 2024.

Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Etzioni R, McKenna MT, Oeffinger KC, Shih YT, Walter LC, Andrews KS, Brawley OW, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Siegel RL, Wender RC, Smith RA. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. 2018 Jul;68(4):250-281. doi: 10.3322/caac.21457. Epub 2018 May 30. PMID: 29846947.

Actualización más reciente: febrero 27, 2025

## Signos y síntomas del cáncer colorrectal

Es posible que el cáncer colorrectal no cause síntomas enseguida, pero si lo hace, puede darse uno o más de estos síntomas.

[Signos y síntomas comunes del cáncer colorrectal](#)

[Signos de cáncer colorrectal que se ha propagado](#)

[¿Aparecen síntomas con los pólipos del colon?](#)

[Si tiene signos o síntomas](#)

### Signos y síntomas comunes del cáncer colorrectal

- Cambio en los hábitos de evacuación, tal como diarrea, estreñimiento o estrechamiento de las heces que dura varios días
- Sensación de tener que ir al baño a evacuar (mover el vientre) y que no desaparece después de haber evacuado una vez
- Sangrado rectal con sangre roja brillante
- Sangre en las heces, lo cual podría causar que las heces tengan un color café oscuro o negro
- Cólicos (calambres musculares) o dolor abdominal (del vientre)
- Debilidad y cansancio
- Pérdida inexplicable de peso

A menudo el cáncer colorrectal puede sangrar en el tubo digestivo. A veces la sangre se puede ver en las heces o causar que las heces se vean más oscuras, pero a menudo las heces se ven normales. Sin embargo, con el tiempo, la pérdida de sangre se puede acumular y puede causar recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia). A veces el primer signo de cáncer colorrectal es un análisis de sangre que muestra un bajo recuento de glóbulos rojos.

## **Signos de cáncer colorrectal que se ha propagado**

Algunas personas pueden presentar signos o señales de que el cáncer se ha propagado al hígado si se palpa un hígado agrandado durante la exploración, si hay ictericia (coloración amarillenta de la piel o del blanco de los ojos) o dificultad para respirar debido a la propagación del cáncer a los pulmones.

## **¿Aparecen síntomas con los pólipos del colon?**

La mayoría de las personas con pólipos no tendrán síntomas. Sin embargo, algunas pueden tenerlos, tales como los siguientes:

- Sangrado del recto
- Cambios en el color de las heces (rojas o negras)
- Cambios en las evacuaciones, bien diarrea o estreñimiento prolongados
- Recuento bajo de glóbulos rojos debido a niveles bajos de hierro (anemia por deficiencia de hierro)
- Dolor abdominal (del vientre)

Estos síntomas también se pueden deber a otras causas, tales como alimentos, medicinas o a otras afecciones médicas. Si estos síntomas están presentes, debe hablar con más detalle sobre ello con su médico.

## Si tiene signos o síntomas

Muchos de estos síntomas aparecen por afecciones distintas al cáncer colorrectal, tales como infecciones, hemorroides o síndrome de intestino irritable. Aun así, si tiene alguno de estos problemas, es importante que vea a su médico de inmediato para que se pueda determinar y tratar la causa, si hace falta. Vea la sección sobre [Pruebas para diagnosticar el cáncer colorrectal](#).

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

National Cancer Institute: Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2024. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colon-treatment-pdq> on Jan 29, 2024.

National Cancer Institute: Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2023. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/rectal-treatment-pdq> on Jan 29, 2024.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

# Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal

Si usted presenta [síntomas](#)<sup>1</sup> que pudieran deberse al cáncer colorrectal, o si en alguna [prueba de detección](#)<sup>2</sup> se muestra algo anómalo o inusual, su médico recomendará uno o más de los siguientes exámenes y pruebas para saber la causa.

[Antecedentes médicos y exploración médica](#)

[Pruebas para detectar sangre en las heces](#)

[Análisis de sangre](#)

[Colonoscopia de diagnóstico](#)

[Proctoscopia](#)

[Biopsia](#)

[Estudios por imágenes para buscar cáncer colorrectal](#)

## Antecedentes médicos y exploración médica

Su médico le preguntará acerca de su historial clínico para conocer los posibles factores de riesgo, incluidos sus antecedentes familiares. También se le preguntará si tiene algún síntoma y, de ser así, cuándo comenzó y cuánto tiempo lo ha tenido.

Como parte del examen físico, su médico le palpará el abdomen para detectar masas (bultos o tumores) y órganos agrandados, y también le examinará el resto del cuerpo. También es posible que le haga un examen digital del recto (o tacto digital; DRE, por sus siglas en inglés). Durante este examen, el médico le palpa el recto con un dedo lubricado y cubierto con guante, por si hay alguna zona anómala.

## Pruebas para detectar sangre en las heces

Si usted va al médico por anemia o por síntomas que tiene (aparte de sangrado obvio del recto o sangre en las heces), se le podría recomendar hacerse un análisis de las heces para ver si hay sangre no visible a simple vista (sangre oculta), lo cual podría ser un signo de cáncer. Estos tipos de pruebas (prueba de sangre oculta en las heces [FOBIT] o prueba inmunoquímica fecal [FIT]) se realizan en la casa, y requieren que obtenga de 1 a 3 muestras de heces en las evacuaciones que tenga. Para más

información sobre cómo se hacen estas pruebas, consulte [Pruebas para detectar el cáncer colorrectal](#).

(Una prueba de sangre en las heces **no** debe ser la próxima prueba que debe hacerse si los resultados de la prueba de detección fueron anómalos o inusuales, en cuyo caso se deberá hacer una colonoscopia de diagnóstico, la cual se describe a continuación).

## Análisis de sangre

Puede que su médico también solicite ciertos análisis de sangre para evaluar si usted tiene cáncer colorrectal. Las pruebas también pueden utilizarse para controlar la enfermedad si le han diagnosticado cáncer.

**Hemograma completo o recuento sanguíneo completo (CBC):** Con esta prueba se miden los diferentes tipos de células en la sangre. Puede indicar si tiene [anemia](#)<sup>3</sup> (muy pocos glóbulos rojos). Algunas personas con cáncer colorrectal se vuelven anémicas porque el tumor lleva sangrando mucho tiempo.

**Enzimas hepáticas:** También es posible que le hagan un análisis de sangre para comprobar la función hepática (del hígado), porque el cáncer colorrectal puede propagarse hacia el hígado.

**Marcadores tumorales:** A veces las células del cáncer colorrectal producen sustancias que se llaman marcadores tumorales (o marcadores del tumor), que se pueden detectar en la sangre. El marcador tumoral más común para el cáncer colorrectal es el antígeno carcinoembrionario (CEA, por sus siglas en inglés).

Los análisis de sangre para estos marcadores tumorales a veces pueden sugerir la presencia de cáncer colorrectal, pero no se pueden usar solos para detectar o diagnosticar el cáncer. Esto se debe a que los niveles del marcador tumoral a veces pueden ser normales en alguien que tiene cáncer y pueden ser anómalos o inusuales por otros motivos que no son cáncer.

Los análisis de los marcadores tumorales se usan con más frecuencia junto con otras pruebas para observar a los pacientes a quienes ya se les diagnosticó cáncer colorrectal y están recibiendo tratamiento. Los análisis pueden mostrar lo bien que está funcionando el tratamiento o avisar con antelación de que el cáncer ha regresado.

## **Colonoscopia de diagnóstico**

Una colonoscopia de diagnóstico es simplemente como una colonoscopia de detección, pero se realiza porque una persona sí presenta síntomas, o porque se encontró alguna anormalidad en algún otro tipo de prueba de detección.

En esta prueba, el médico examina todo el colon y el recto con un colonoscopio (un tubo delgado y flexible que tiene luz y una pequeña cámara de video en el extremo). Se introduce por el ano hasta el recto y el colon. De ser necesario, por el colonoscopio se pueden pasar instrumentos especiales para hacer una biopsia o extirpar zonas sospechosas, tales como pólipos.

La colonoscopia se puede realizar en el departamento ambulatorio de un hospital o en un consultorio de cirugía.

Para más información sobre esta prueba, cómo se hace y qué puede esperar de ella, vea la sección sobre [colonoscopia](#)<sup>4</sup>.

## **Proctoscopia**

Puede que esta prueba se haga si se sospecha que hay cáncer rectal. Para este examen, el médico mira dentro del recto con un proctoscopio (un tubo delgado y rígido que tiene una luz y una pequeña videocámara en el extremo). El proctoscopio se introduce por el ano, para que el médico puede observar con detalle el revestimiento interno del recto por el instrumento. Se puede observar y medir el tumor, así como

determinar su ubicación exacta. Por ejemplo, el médico puede ver lo cerca que está el tumor de los músculos del esfínter con los que se controlan las evacuaciones (el paso de las heces).

## Biopsia

Si se detecta un tumor colorrectal sospechoso durante alguna prueba de detección o una prueba de diagnóstico, por lo general se hace una biopsia del tumor. En una biopsia, el médico extrae un fragmento de tejido con un instrumento especial que se pasa por el endoscopio. Con menos frecuencia, hay que extirpar quirúrgicamente parte del colon para dar el diagnóstico. Lea la sección sobre [Pruebas de biopsia y citología para detectar el cáncer](#)<sup>5</sup> si desea más información sobre los tipos de biopsias, cómo se usa el tejido en el laboratorio para diagnosticar el cáncer, y lo que indicarán los resultados.

## Análisis clínicos de las muestras de biopsia

Las muestras de biopsia (procedentes de la colonoscopia o de la cirugía) se envían al laboratorio donde se examinan minuciosamente. Si se detecta cáncer, puede que también se hagan otros análisis clínicos (pruebas de laboratorio) en las muestras de biopsia para clasificar mejor el cáncer y evaluar opciones específicas de tratamiento. Se trata de pruebas de biomarcadores en las que se buscan genes, proteínas y otras sustancias que pueden revelar detalles importantes sobre el cáncer de una persona. Sepa más sobre [Pruebas de biomarcadores y tratamiento del cáncer](#)<sup>6</sup>.

**Pruebas moleculares:** Si el cáncer está avanzado, es probable que se analicen las células cancerosas en busca de cambios específicos en los genes y las proteínas (cambios genéticos y proteicos, respectivamente) con los que se podría determinar si la terapia dirigida de medicamentos se incluye entre las opciones de tratamiento. Por ejemplo, las células cancerosas generalmente se analizan para ver si hay cambios (mutaciones) en los **genes *KRAS*, *NRAS* y *BRAF***, así como otros cambios genéticos y proteicos.

- Si *no* se detectan mutaciones en los genes *KRAS*, *NRAS* o *BRAF* de las células cancerosas, podría ser útil administrar tratamiento con medicamentos que se dirijan a las proteínas EGFR.
- Si se descubre que las células cancerosas tienen una mutación en el gen *BRAF*, la cual se denomina **BRAF V600E**, podría ser útil el tratamiento con medicamentos que se dirigen a las proteínas BRAF y EGFR.
- Es posible que se analicen algunos tipos de cáncer colorrectal sin mutaciones en los genes *KRAS*, *NRAS* o *BRAF* para ver si producen un exceso de **proteína HER2**. En estos tipos de cáncer, el tratamiento con medicamentos de terapia dirigida a HER2 podría resultar útil.
- También se podría analizar el cáncer colorrectal sin mutaciones en los genes *KRAS*, *NRAS* o *BRAF* por si tiene cambios en el gen **NTRK**. Estos cambios genéticos pueden causar un crecimiento anómalo de las células. En el caso del cáncer que presenta alguno de estos cambios genéticos, los medicamentos que se dirigen a las proteínas codificadas por los genes *NTRK* podrían ser útiles.

Para obtener más información sobre este tipo de medicamentos, vea la sección sobre [Medicamentos de terapia dirigida para el cáncer colorrectal](#)<sup>7</sup>.



**Pruebas de MSI y MMR:** Por lo general, las células del cáncer colorrectal también se analizan para ver si hay muchos genéticos denominados *inestabilidad microsatelital o de microsatélite* (MSI, por sus siglas en inglés). También se pueden hacer pruebas para comprobar cambios en cualquiera de genes de reparación de errores de emparejamiento (MMR), que incluyen los genes *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* y *PMS2* o las proteínas a las que codifican. También se comprueba de manera rutinaria la presencia de otro gen, llamado *EPCAM*.

Los cambios en los genes *MSI* o *MMR* (o en ambos) se observan a menudo en personas con [síndrome de Lynch](#)<sup>8</sup> (HNPCC). La mayoría del cáncer colorrectal no presenta altos niveles de MSI ni cambios en los genes *MMR*, aunque esto sí sucede en la mayoría del cáncer colorrectal que se vincula con el síndrome de Lynch.

Existen dos posibles razones para realizar estas pruebas de *MSI* o de cambios en los genes *MMR* en el cáncer colorrectal:

- Para determinar si ciertos medicamentos de [inmunoterapia](#)<sup>9</sup> podrían ser opciones de tratamiento.
- Para identificar a las personas que deben hacerse pruebas para detectar el síndrome de Lynch. Las personas con síndrome de Lynch tienen un mayor riesgo de tener algunos otros tipos de cáncer, por lo que generalmente se les recomienda hacerse otras pruebas de detección del cáncer (por ejemplo, es posible que las mujeres con síndrome de Lynch deban hacerse pruebas de detección del [cáncer de endometrio](#)<sup>10</sup>). Además, si la persona tiene síndrome de Lynch, sus familiares también podrían tenerlo, y quizá quieran hacerse las pruebas para confirmarlo.

Para más información sobre los análisis clínicos que se podrían hacer en las muestras de biopsia, consulte la sección [Patología del colon y del recto](#)<sup>11</sup>.

## Estudios por imágenes para buscar cáncer colorrectal

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radiactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden realizar por varias razones, incluidas las siguientes:

- Observar zonas sospechosas que podrían ser cáncer
- Saber lo lejos que se podría haber propagado el cáncer

- Decidir si el tratamiento funciona
- Identificar signos del cáncer que regresa después del tratamiento

### Tomografía computarizada (CT o CAT)

En una [tomografía computarizada o CT \(por sus siglas en inglés\)](#)<sup>12</sup> se usan rayos X para producir imágenes transversales detalladas del cuerpo. Con esta prueba se puede determinar si el cáncer colorrectal se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos o al hígado, a los pulmones o a otros órganos.

**Biopsia con aguja guiada por tomografía computarizada (CT):** Si hace falta una biopsia para comprobar la propagación del cáncer, con la biopsia también se puede guiar una aguja de biopsia hacia la masa (el bulto o tumor) para obtener una muestra de los tejidos y ver si hay cáncer.

### Ecografía (ultrasonido)

La [ecografía](#)<sup>13</sup> utiliza ondas sonoras y sus ecos para producir imágenes del interior del cuerpo. Un pequeño instrumento parecido a un micrófono llamado **transductor** emite ondas sonoras y recoge el eco cuando rebota contra los órganos. Una computadora convierte el eco en una imagen que se proyecta en la pantalla.

**Ecografía abdominal:** En esta prueba, un técnico mueve el transductor por la piel sobre el abdomen. Este tipo de ecografía se puede emplear para detectar tumores en el hígado, la vesícula biliar, el páncreas o en cualquier parte del abdomen, pero no puede detectar tumores del colon o del recto.

**Ecografía (ultrasonido) endorrectal:** En esta prueba se utiliza un transductor especial que se introduce por el recto. Con él se observa la distancia a la que se ha propagado el cáncer a través de la pared rectal y si ha llegado a los órganos o ganglios linfáticos cercanos.

**Ecografía intraoperatoria:** Se realiza durante la cirugía. El transductor se coloca directamente contra la superficie del hígado, lo cual hace que esta prueba sea muy útil para detectar la propagación del cáncer colorrectal al hígado. Esto permite al cirujano realizar una biopsia del tumor, si se detecta alguno, mientras el paciente duerme.

## Imágenes por resonancia magnética (MRI)

Al igual que la tomografía computarizada (CT), las [imágenes por resonancia magnética](#)<sup>14</sup> (MRI, por sus siglas en inglés) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Para obtener imágenes mejores y más detalladas, puede que antes de la prueba se inyecte por vena una sustancia de contraste conocida como *gadolinio*.

Con la resonancia magnética se pueden ver las zonas anómalas en el hígado o en el cerebro y en la médula espinal, las cuales podrían ser propagación del cáncer.

**MRI endorrectal:** Se pueden realizar resonancias magnéticas de la pelvis en pacientes con cáncer rectal para ver si el tumor se ha propagado a las estructuras adyacentes (cercanas). Para mejorar la precisión de la prueba, algunos médicos usan la MRI endorrectal. En esta prueba, el médico coloca dentro del recto una sonda llamada *bobina o espiral endorrectal* que permanece colocada de 30 a 45 minutos durante la prueba y podría ser incómoda. Con la resonancia magnética (MRI) endorrectal se clasifica la etapa del cáncer rectal (del recto) y se guían las decisiones sobre tratamiento y cirugía.

## Radiografía (rayos X) del tórax

Se puede hacer una [radiografía](#)<sup>15</sup> después de haber diagnosticado el cáncer colorrectal para ver si el cáncer se ha propagado a los pulmones, pero con mayor frecuencia se realiza una tomografía computarizada de los pulmones porque suele ofrecer imágenes más detalladas.

## Tomografía por emisión de positrones (PET)

En la [tomografía por emisión de positrones \(PET, por sus siglas en inglés\)](#)<sup>16</sup>, se inyecta en la sangre un tipo de azúcar ligeramente radiactivo (conocido por sus siglas en inglés FDG) que se acumula principalmente en las células cancerosas. Las tomografías PET generalmente se hacen para ver si el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo, fuera del colon o del recto, pero no muestran si el cáncer se ha extendido al cerebro.

## Angiografía

La angiografía es una [prueba radiográfica \(de rayos X\)](#)<sup>17</sup> para examinar los vasos sanguíneos. Se inyecta un tinte de contraste en una arteria y luego se toman radiografías. El tinte marca los vasos sanguíneos en las radiografías.

Si el cáncer se ha propagado al hígado, con esta prueba se pueden mostrar las arterias que suministran sangre a esos tumores. Esta información puede ayudar a los cirujanos a decidir si los tumores del hígado se pueden extirpar y, de ser así, puede ayudar a planificar la operación. La angiografía también puede ser útil en la planificación de otros tratamientos para el cáncer que se propagó al hígado, como la [embolización](#)<sup>18</sup>.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-glandulas-salivales/deteccion-diagnostico-y-etapas/signos-y-sintomas.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-glandulas-salivales/deteccion-diagnostico-y-etapas/signos-y-sintomas.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html](http://www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html)
3. [www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/recuentos-sanguineos-bajos/anemia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/recuentos-sanguineos-bajos/anemia.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html)
5. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/pruebas-de-biopsia-citologia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/pruebas-de-biopsia-citologia.html)
6. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/biomarker-tests.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/biomarker-tests.html)
7. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html)
8. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html)
9. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html)
10. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio.html)
11. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/pruebas-de-biopsia-citologia/entender-informe-de-patologia/patologia-del-esofago/su-informe-de-patologia-del-esofago-esofago-de-barrett-y-displasia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/pruebas-de-biopsia-citologia/entender-informe-de-patologia/patologia-del-esofago/su-informe-de-patologia-del-esofago-esofago-de-barrett-y-displasia.html)

12. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html)
13. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html)
14. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html)
15. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html)
16. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html)
17. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html)
18. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-embolizacion.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-embolizacion.html)
19. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

Lawler M, Johnston B, Van Schaeybroeck S, Salto-Tellez M, Wilson R, Dunlop M, and Johnston PG. Chapter 74 – Colorectal Cancer. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Doroshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, Pa. Elsevier: 2020.

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2019.

National Cancer Institute: Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2024. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colon-treatment-pdq> on Jan 29, 2024.

National Cancer Institute: Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2023. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/rectal-treatment-pdq> on Jan 29, 2024.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V.4.2023. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/colon.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf) on Jan 29, 2024.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.6.2023. Accessed at [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/rectal.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf) on Jan 29, 2024.

Tanaka A, Sadahiro S, Suzuki T, Okada K, Saito G. Comparisons of Rigid Proctoscopy, Flexible Colonoscopy, and Digital Rectal Examination for Determining the Localization of Rectal Cancers. *Dis Colon Rectum*. 2018;61(2):202-206.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

---

## Etapas del cáncer colorrectal

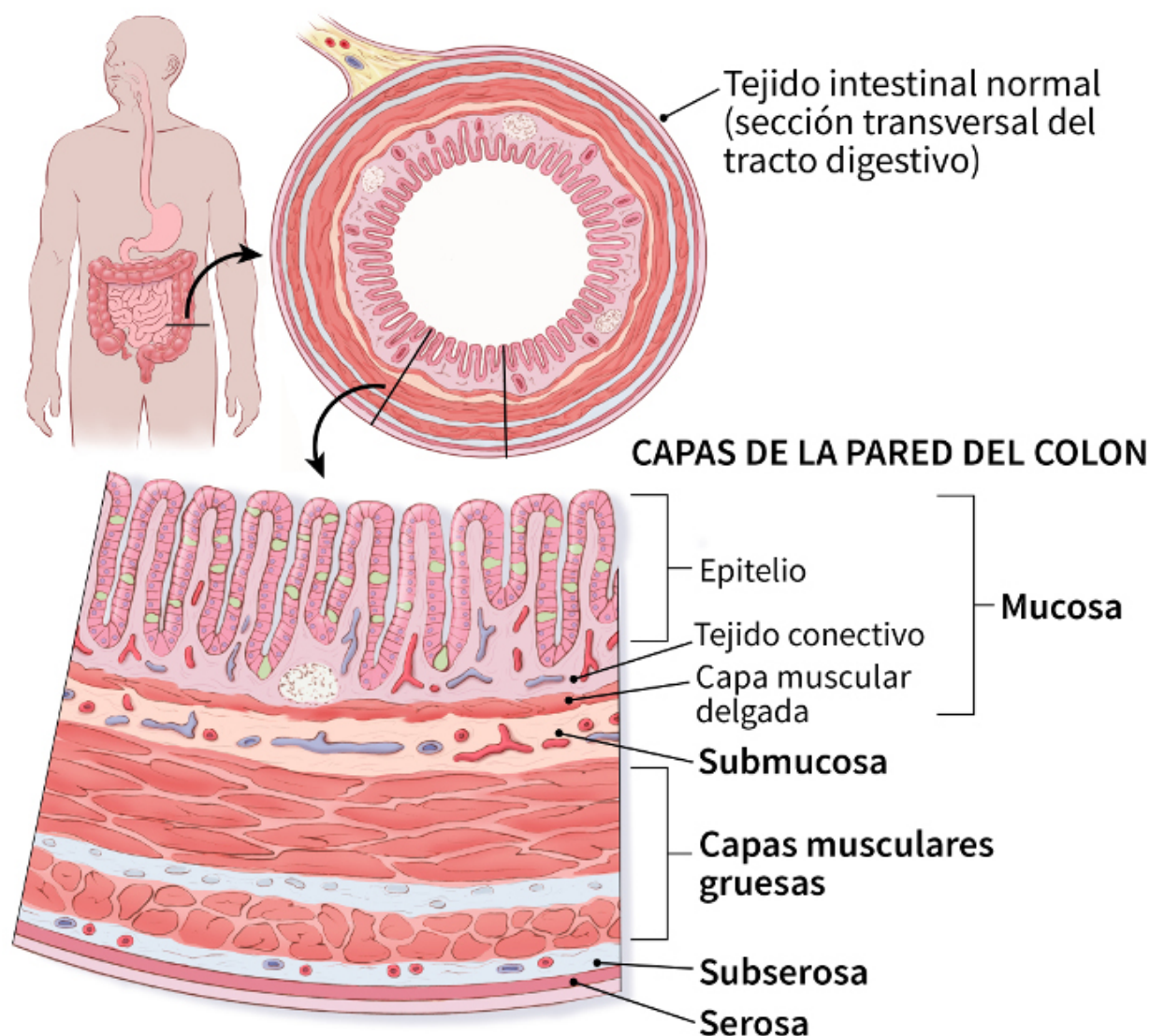
Después del diagnóstico de cáncer colorrectal, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y, de ser así, a qué distancia. Este proceso se llama **estadificación (determinación de la etapa)**. La etapa (el estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y sirve para saber la gravedad del cáncer, así como [la mejor manera de tratarlo](#)<sup>1</sup>. Los médicos también utilizan la etapa de un cáncer cuando hablan sobre las estadísticas de supervivencia.

La etapa más temprana del cáncer colorrectal se identifica como etapa 0 (un cáncer muy precoz o temprano), y luego van de la etapa I (1) a la IV (4). Por regla general, cuanto más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa que el cáncer se ha propagado más. Además, dentro de una etapa, una letra baja en el alfabeto significa una etapa más baja menos avanzada. Aunque la experiencia del cáncer es única para cada persona, los tipos de cáncer con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo se tratan de manera muy parecida.

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer colorrectal es el sistema **TNM** del American Joint Committee on Cancer (AJCC), que se basa en tres piezas clave de información:

- La extensión (tamaño) del tumor (**T**): ¿A qué distancia ha crecido el cáncer hacia la pared del colon o del recto? Estas capas, de la interior a la exterior, incluyen las siguientes:
  - El revestimiento interno (mucosa), que es la capa en la que comienzan casi todos los casos de cáncer colorrectal. Esta incluye una capa muscular delgada (*muscularis mucosae*).
  - El tejido fibroso que se encuentra debajo de esta capa muscular (*submucosa*).
  - Una capa muscular gruesa (*muscularis propria*).
  - Las capas delgadas más externas de tejido conectivo (la subserosa y la serosa) que cubren la mayor parte del colon, pero no el recto.





- La propagación a los ganglios (nódulos) linfáticos cercanos o adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos cercanos?
- La propagación (**metástasis**) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a ganglios linfáticos distantes o a órganos distantes como el hígado o los pulmones?



El sistema descrito a continuación es el sistema de AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018. En él se considera la **etapa patológica** (también llamada la **etapa quirúrgica**), que se determina mediante el análisis de muestras de tejidos obtenidas durante una operación. Esta también se conoce como **clasificación de la etapa quirúrgica**. Esta es probablemente más precisa que la **determinación de la etapa clínica**, en la que se toman en cuenta los resultados de un [examen físico, las biopsias y los estudios por imágenes](#) que se realizan *antes* de la cirugía.

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado **agrupación por etapas** para asignar una etapa general. Para más información, visite la sección [Estadificación del cáncer<sup>2</sup>](#).

La estadificación (o clasificación de la etapa) del cáncer puede resultar compleja, por lo que debe pedir al médico que se lo explique de manera que usted pueda entender.

Etapa AJCC	Agrupación por etapas	Descripción de la etapa*
0	Tis N0 M0	El cáncer se encuentra en su etapa más temprana. Esta etapa también se conoce como carcinoma <i>in situ</i> o carcinoma intramucoso (Tis). No ha crecido más allá de la capa interna ( <i>muscularis mucosae</i> ) del colon o del recto.
I	T1 o T2 N0 M0	El cáncer ha traspasado la capa muscular de la mucosa ( <i>muscularis mucosae</i> ) hasta la submucosa (T1), y también es posible que haya crecido hasta la <i>muscularis propria</i> (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
IIA	T3 N0 M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto, pero no ha atravesado estas capas (T3). No ha alcanzado órganos adyacentes. No se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).

IIB	<b>T4a</b>	El cáncer ha traspasado la pared del colon o del recto, pero no ha crecido en otros tejidos ni órganos cercanos o adyacentes (T4a). El cáncer aún no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
	<b>N0</b>	
	<b>M0</b>	
IIC	<b>T4b</b>	El cáncer ha traspasado la pared del colon o del recto y se ha fijado (o se ha extendido) a otros tejidos u órganos cercanos (T4b). El cáncer aún no se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos (N0) ni a sitios distantes (M0).
	<b>N0</b>	
	<b>M0</b>	
IIIA	<b>T1 o T2</b>	El cáncer ha traspasado la capa muscular de la mucosa ( <i>muscularis mucosae</i> ) hasta la submucosa (T1), y también es posible que haya crecido hasta la <i>muscularis propria</i> (T2). Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos cercanos o adyacentes (N1) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>N1 y N1c</b>	
	<b>M0</b>	
	<b>O</b>	
	<b>T1</b>	El cáncer ha atravesado la <i>muscularis mucosae</i> hasta la submucosa (T1). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>N2a</b>	
	<b>M0</b>	
	<b>T3 o T4a</b>	El cáncer ha crecido en las capas más externas del colon o del recto (T3), o ha atravesado la pared del colon o del recto (incluido el peritoneo visceral) (T4a), pero no ha alcanzado los órganos cercanos. Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos cercanos (N1a o N1b) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>N1 y N1c</b>	
	<b>M0</b>	
	<b>O</b>	
	<b>T2 o T3</b>	

IIIB	<b>N2a</b> <b>M0</b>	El cáncer ha crecido hacia la <i>muscularis propria</i> (T2) o hacia las capas más externas del colon o del recto (T3). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>O</b>	
	<b>T1 o T2</b> <b>N2b</b> <b>M0</b>	El cáncer ha atravesado la capa muscular de la mucosa ( <i>muscularis mucosae</i> ) hasta la submucosa (T1), y también es posible que haya llegado a la <i>muscularis propria</i> (T2). Se propagó a 7 o más ganglios linfáticos cercanos (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IIIC	<b>T4a</b> <b>N2a</b> <b>M0</b>	El cáncer ha atravesado la pared del colon o del recto (incluido el peritoneo visceral), pero no ha alcanzado los órganos cercanos (T4a). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>O</b>	
	<b>T3 o T4a</b> <b>N2b</b> <b>M0</b>	El cáncer ha crecido en las capas más externas del colon o del recto (T3), o ha atravesado la pared del colon o del recto (incluido el peritoneo visceral) (T4a), pero no ha alcanzado los órganos cercanos. Se propagó a 7 o más ganglios linfáticos cercanos (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	<b>O</b>	
	<b>T4b</b> <b>N1 o N2</b> <b>M0</b>	El cáncer ha traspasado la pared del colon o del recto y se ha fijado (o se ha extendido) a otros tejidos u órganos cercanos (T4b). Se propagó por lo menos a 1 ganglio linfático cercano o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos (N1 o N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).

<b>IVA</b>	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1a</b>	El cáncer pudo o no haber traspasado la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos (Cualquier N). El cáncer se propagó a 1 órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1a).
<b>IVB</b>	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1b</b>	El cáncer pudo o no haber traspasado la pared del colon o del recto (Cualquier T). Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos (Cualquier N). El cáncer se propagó a más de 1 órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1b).
<b>IVC</b>	<b>Cualquier T</b> <b>Cualquier N</b> <b>M1c</b>	El cáncer pudo o no haber traspasado la pared del colon o del recto (Cualquier T). Puede o no haberse propagado a los ganglios linfáticos cercanos (Cualquier N). Se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) y puede o no haberse propagado a órganos o a ganglios linfáticos distantes (M1c).

\*Las siguientes categorías adicionales no se enumeran en la tabla anterior:

- **TX:** No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información.
- **T0:** No hay evidencia de un tumor primario.
- **NX:** No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html)

3. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

American Joint Committee on Cancer. Chapter 20 - Colon and Rectum. En: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017.

Actualización más reciente: enero 29, 2024

# Tasas o índices de supervivencia para el cáncer colorrectal

Las tasas (los índices) de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y la misma etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicarle cuánto tiempo vivirá, pero pueden ayudarle a entender mejor la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz.

[¿Qué es una tasa relativa de supervivencia a 5 años?](#)

[¿De dónde salen estos números?](#)

[Tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de colon](#)

[Tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de recto](#)

[Entender los números](#)

**Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos aproximados (estimaciones) que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas**

**estadísticas pueden ser confusas y hacer que tenga más preguntas. Pregunte al médico familiarizado con su situación lo que estos números podrían significar en su caso.**

### **¿Qué es una tasa relativa de supervivencia a 5 años?**

En una **tasa relativa (o un índice relativo) de supervivencia** se compara a las personas que tienen el mismo tipo y estadio (etapa) de cáncer con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de colon o recto es del 80 %, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor del 80 % de probabilidad, en comparación con las personas que no tienen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

### **¿De dónde salen estos números?**

La American Cancer Society obtiene la información de la base de datos del SEER (siglas en inglés del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para ofrecer estadísticas de supervivencia de los diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de colon y de recto en los Estados Unidos, basándose en lo lejos que se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos del SEER no agrupa el cáncer las etapas propias del [sistema TNM del AJCC](#) (estadio o etapa 1, 2, 3, etc.), sino que lo agrupa en las etapas o estadios de cáncer localizado, regional y distante:

- **Localizado:** No hay señal de que el cáncer se haya propagado fuera del colon o del recto.
- **Regional:** El cáncer se ha extendido fuera del colon o del recto hacia las estructuras o los ganglios linfáticos cercanos.

- **Distante:** El cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como hacia el hígado, los pulmones o ganglios linfáticos distantes.

## Tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de colon

Estas cifras se basan en las personas que recibieron un diagnóstico de cáncer del colon entre 2014 y 2020.

<b>Etapas SEER</b>	<b>Tasa relativa (índice relativo) de supervivencia a 5 años</b>
Localizado	91 %
Regional	73 %
Distante	13 %
Todas las etapas SEER combinadas	63 %

## Tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de recto

Estas cifras se basan en las personas que recibieron un diagnóstico de cáncer de recto entre 2014 y 2020.

<b>Etapas SEER</b>	<b>Tasa relativa (índice relativo) de supervivencia a 5 años</b>
Localizado	90 %
Regional	74 %
Distante	18 %
Todas las etapas SEER combinadas	67 %

## Entender los números

- **Estos números se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se diagnosticó por primera vez.** No afectan más adelante si el cáncer se multiplica, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Estos números no tienen en cuenta todos los factores.** Las tasas o los índices de supervivencia se agrupan según lo lejos que se ha propagado el cáncer, pero hay otros factores que también pueden afectar su pronóstico, tal como la edad y el estado general de salud del paciente, si el cáncer comenzó en el lado izquierdo o derecho del colon, si las células cancerosas tienen determinados **cambios en genes o proteínas**, o lo bien que el cáncer responde al tratamiento..
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de colon o de recto pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el tiempo, y estos números se basan en personas que recibieron el diagnóstico y el tratamiento al menos 5 años antes.

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

## Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2025*. Atlanta : American Cancer Society; 2025.

Petrelli F, Tomasello G, Borgonovo K, et al. Prognostic survival associated with left-sided vs right-sided colon cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Oncol*. 2017 Feb 1;3(2):211-219. doi: 10.1001/jamaoncol.2016.4227.

Actualización más reciente: enero 16, 2025



# Preguntas que puede hacer sobre el cáncer colorrectal

Es importante que tenga conversaciones honestas y transparentes con su equipo del cuidado del cáncer.

Cuando le informan que tiene cáncer colorrectal

Cuando se decida un plan de tratamiento

Durante el tratamiento

Después del tratamiento

## Cuando le informan que tiene cáncer colorrectal

El equipo de atención oncológica (del cáncer) quiere responder todas sus preguntas, para que usted pueda tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y sobre su vida. Por ejemplo, considere las siguientes preguntas:

- ¿Dónde está localizado el cáncer?
- ¿Se ha propagado el cáncer desde el lugar donde se originó?
- ¿En qué [etapa](#) (estadio o extensión) se encuentra el cáncer y qué significa esto en mi caso?
- ¿Necesitaré otras [pruebas](#) antes de que podamos decidir el tratamiento?
- ¿Debo ver a un especialista en asesoría genética para que me oriente en pruebas de detección futuras para mí y para mi familia?
- ¿Han analizado mi cáncer para ver si hay cambios en los genes que pudieran ayudar a elegir las opciones de tratamiento que tengo?
- ¿Debo ver a otros médicos o profesionales de la salud?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

## Cuando se decida un plan de tratamiento

- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)<sup>1</sup>?

- Si la cirugía es parte de mi tratamiento, ¿necesitaré una ostomía? Si la necesito, ¿será temporal o permanente? ¿Quién me enseñará a cuidar de la ostomía?
- ¿Qué recomienda usted y por qué?
- ¿Cuánta experiencia tiene usted en el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo lo hago? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuál sería el objetivo del tratamiento?
- ¿Con qué rapidez tenemos que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o los efectos secundarios de los tratamientos que sugiere? ¿Qué puedo hacer para disminuir los efectos secundarios?
- Si pienso tener hijos en el futuro, ¿el tratamiento afectará mi fertilidad y planificación familiar?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias? ¿Puedo continuar con mi trabajo a tiempo completo?
- ¿Cuál es la probabilidad de curarme del cáncer con estas opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles serían mis opciones si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa (recurre) después del tratamiento?
- ¿Qué puedo hacer si tengo problemas de transporte para acudir a mis citas de tratamiento y regresar de ellas?

## **Durante el tratamiento**

Una vez que comience el tratamiento, usted deberá saber qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes en su caso, pero puede ser útil hacer las preguntas relevantes para usted.

- ¿Cómo sabré si el tratamiento está siendo eficaz?
- ¿Hay algo que yo pueda hacer para controlar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, los días festivos o los fines de semana?
- ¿Necesito cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?

- ¿Puedo hacer ejercicio durante el tratamiento? De ser así, ¿qué tipo debo hacer y con qué frecuencia?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental con quien pueda hablar si empiezo a sentir agobio o angustia, depresión o pesadumbre y aflicción?
- ¿Qué puedo hacer si necesito apoyo social durante el tratamiento porque mi familia vive muy lejos?

## Después del tratamiento

- ¿Necesito una dieta especial después del tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿A qué síntomas debo prestar atención?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes de seguimiento y estudios por imágenes?
- ¿Cuándo debería hacerme la próxima colonoscopia?
- ¿Necesitaré hacerme análisis de sangre?
- ¿Cómo sabremos si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, puede que quiera informarse más sobre el tiempo de recuperación, o tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)<sup>2</sup> para los que usted cumpla con los requisitos de participación.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como el personal de enfermería y los especialistas en trabajo social, pueden responder algunas de sus preguntas. Infórmese más en la sección [¿Quién está en el equipo de atención oncológica?](#)<sup>3</sup>

## Hyperlinks

1. [www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html](http://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html)
2. [www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html](http://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html)

3. [www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/profesionales-de-la-salud-relacionados-con-la-atencion-del-cancer.html](http://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/profesionales-de-la-salud-relacionados-con-la-atencion-del-cancer.html)
4. [www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html](http://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html)

Actualización más reciente: enero 29, 2024

## Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://www.cancer.org/es/cancer/contenido-medico-y-de-salud-en-cancer-org.html>)

4

Nuestro equipo está compuesto de médicos y personal de enfermería con postgrados y amplios conocimientos sobre el cáncer, al igual que de periodistas, editores y traductores con amplia experiencia en contenido médico.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido ([www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html](http://www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html)) (información disponible en inglés).

**cancer.org | 1.800.227.2345**