

NCCN

NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2025

Cáncer de colon



Presentada con el apoyo de



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

Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines)

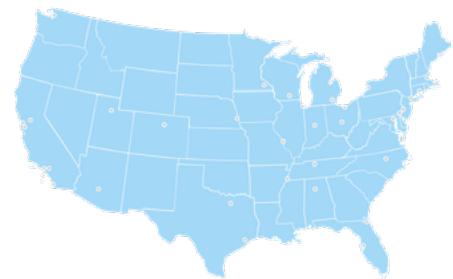


Acerca de NCCN Guidelines for Patients[®]



National Comprehensive
Cancer Network[®]

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



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines[®]) para pacientes con cáncer de colon, versión 4.2025, del 27 de junio de 2025.

Ver NCCN Guidelines
for Patients gratis en internet
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines)

Buscar un centro oncológico
de NCCN cerca de usted
[NCCN.org/cancercenters](https://www.NCCN.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros



Quiénes nos apoyan



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

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

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

Apoyo adicional proporcionado por



Fight Colorectal Cancer (Fight CRC) es una organización líder en la promoción y defensa de los pacientes que proporciona información equilibrada y objetiva sobre la investigación, el tratamiento y las políticas del cáncer de colon y recto. Somos defensores implacables de la esperanza, enfocados en financiar iniciativas de investigación prometedoras y de alto impacto, además de capacitar a los promotores de este movimiento para influir en la legislación y las políticas a favor del bien colectivo. Obtenga respuestas rápidas de ChatCRC, el primero y único bot conversacional de IA para el cáncer colorrectal; envíe un mensaje de texto al +1 (318) 242-8272 o visite chatbot.fightcrc.org. Para conocer maneras de unirse a la lucha, visite FightCRC.org.

Para hacer una donación u obtener más información,
visite la página web o envíe un correo electrónico.

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

- 4 Acerca del cáncer de colon
- 8 Pruebas para el cáncer de colon
- 17 Tratamiento para el cáncer no metastásico
- 26 Tratamiento para el cáncer metastásico
- 38 Supervivencia
- 43 Otros recursos
- 47 Palabras que debe conocer
- 49 Colaboradores de NCCN
- 50 Centros oncológicos de NCCN
- 52 Índice

© 2025 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

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

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

1

Acerca del cáncer de colon

- 5 ¿Qué es el colon?
- 6 ¿Qué son los pólipos?
- 7 ¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

El cáncer de colon es frecuente y tratable. Muchos tipos de cáncer que comienzan en el colon se pueden curar, especialmente cuando se los detecta de manera precoz.

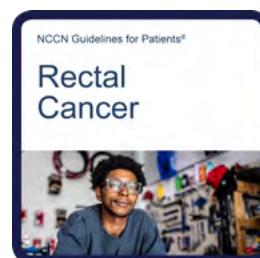
¿Qué es el colon?

El colon constituye la mayor parte del intestino grueso. En el colon, se absorbe el agua de los alimentos que ingerimos, y estos se transforman en heces o materia fecal.

Después de salir del colon, las heces pasan al recto. El recto son los últimos 15 cm (6 pulgadas) del intestino grueso. Las heces permanecen allí hasta que salen del cuerpo a través de un orificio llamado ano.

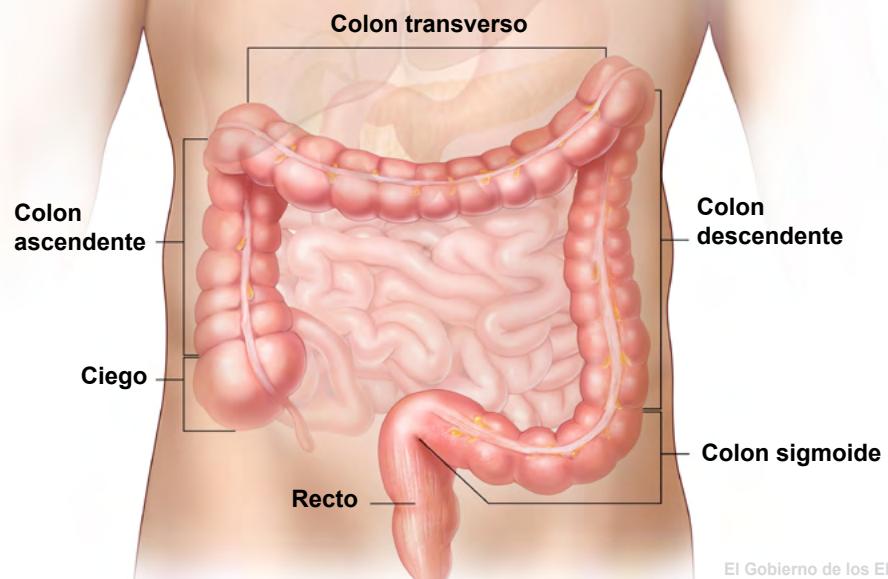
El término “cáncer colorrectal” se usa para describir los tipos de cáncer que se forman en el colon o en el recto. Si bien estos tipos de cáncer son similares, su tratamiento es diferente. El tema central de esta guía es el cáncer de colon.

Para obtener información sobre el tratamiento del cáncer de recto, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer de recto* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



El colon

La primera parte del colon es una especie de fondo de saco llamado ciego. El apéndice tiene el tamaño de un dedo aproximadamente y sobresale del ciego. El resto del colon tiene 4 secciones principales: ascendente, transverso, descendente y sigmoide.



El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos.

¿Qué son los pólipos?

Los pólipos son tumores no cancerosos que se forman en la capa interna del colon y del recto. El tipo más común se denomina adenoma. Si bien puede tardar muchos años en suceder, los adenomas pueden convertirse en cáncer de colon invasivo. El cáncer que se forma en un adenoma se llama adenocarcinoma. Es el tipo más frecuente de cáncer de colon.

Los pólipos que casi nunca se transforman en cáncer son los pólipos hiperplásicos e inflamatorios. Si bien la mayoría de los pólipos no se convierten en cáncer, casi todos los tipos de cáncer de colon empiezan con un pólipos.

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

Para obtener más información sobre la detección de pólipos, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Detección del cáncer colorrectal* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



¿Qué contiene este recurso?



Estudios para saber si el tumor tiene una alteración de la vía reparadora de emparejamiento (dMMR, por sus siglas en inglés).



Preparación de un plan de atención basado en el estado de la vía reparadora de emparejamiento (MMR, por sus siglas en inglés) del cáncer.



Tratamiento para los pólipos con cáncer y todos los estadios del cáncer de colon.



Supervivencia.

¿Qué puede hacer para recibir la mejor atención?

Luche por usted. Es más probable que obtenga la atención que desea si hace preguntas y toma decisiones compartidas con su equipo de atención médica.

Las NCCN Guidelines for Patients lo ayudarán a comprender los cuidados oncológicos. Con una mejor comprensión, tendrá más preparación para hablar de sus cuidados con su equipo y compartir sus inquietudes. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando desempeñan un papel activo en su atención.

Es posible que no sepa qué preguntar a su equipo de atención médica. Eso es frecuente. Cada capítulo de este libro termina con una sección importante titulada *Preguntas para hacer*. Estas sugerencias de preguntas le ayudarán a obtener más información sobre todos los aspectos de su atención.

Por qué debería leer este libro

Tomar decisiones sobre la atención oncológica puede ser estresante. Es posible que tenga que tomar decisiones difíciles bajo presión sobre opciones complejas.

Las NCCN Guidelines for Patients son fiables tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica. En ellas, se explican con claridad las recomendaciones de atención actuales formuladas por respetados expertos en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

La atención oncológica no es igual para todas las personas. Si sigue las recomendaciones de los expertos para su situación, tendrá más probabilidades de mejorar su atención y obtener mejores resultados. Utilice este libro como guía para encontrar la información que necesita para tomar decisiones importantes.

2.

Pruebas para el cáncer de colon

- 9 Colonoscopia
- 10 Estudios de la vía reparadora de emparejamiento
- 11 Antecedentes médicos familiares
- 11 Análisis de *PIK3CA*
- 11 Análisis de *DPYD*
- 12 Análisis de sangre
- 13 Estudios de diagnóstico por imágenes
- 14 Fertilidad y planificación familiar
- 14 Ensayos clínicos
- 16 Puntos clave
- 16 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describen las pruebas y la atención necesarias para crear su plan de tratamiento. Se deben analizar todos los tipos de cáncer de colon para determinar si tienen mutaciones (cambios) en los genes que reparan el ADN dañado, llamados genes de la vía reparadora de emparejamiento (MMR, por sus siglas en inglés).

Colonoscopia

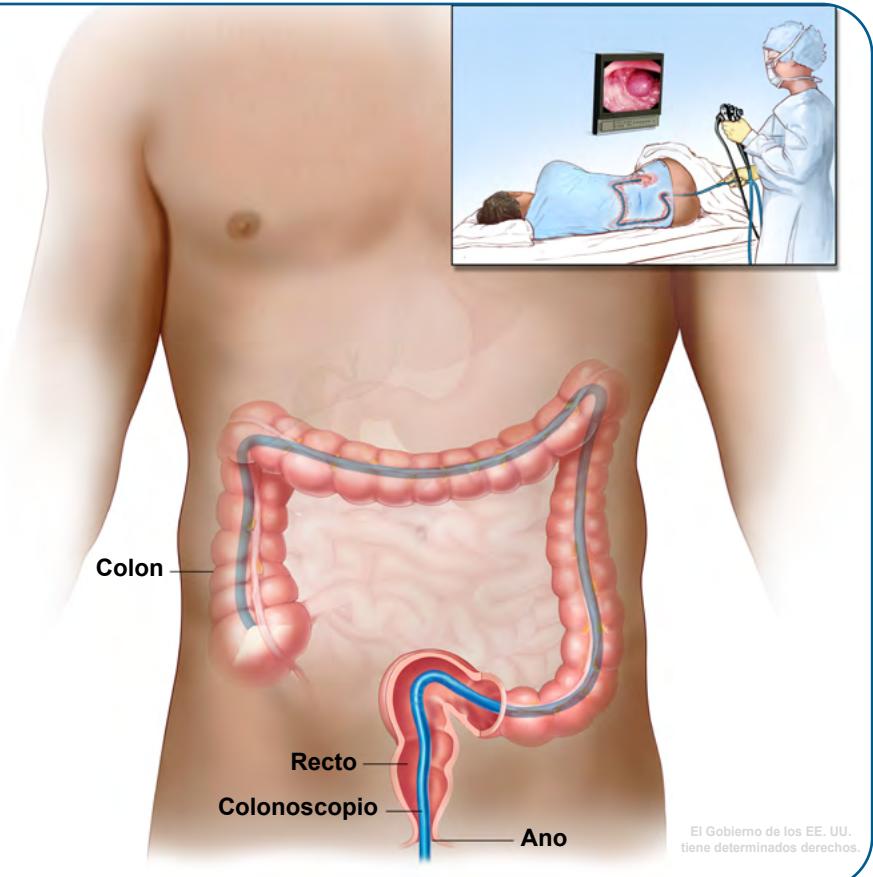
La mayoría de los tipos de cáncer de colon se detectan durante la colonoscopia. Este procedimiento permite que un profesional de atención médica, normalmente un gastroenterólogo, examine todo el intestino grueso.

Si detecta pólipos o lesiones, los extirpará durante el procedimiento con una herramienta de corte. Esto se llama polipectomía. Un experto llamado anatopatólogo procurará detectar células cancerosas en los pólipos mediante un microscopio. Si las encuentra, realizará un diagnóstico de cáncer.

El diagnóstico y otros hallazgos se incluirán en un documento llamado informe de anatopatología. Pídale una copia a su médico.

Colonoscopia

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



Es habitual tener que realizarse otra colonoscopia después del diagnóstico de cáncer de colon para examinar minuciosamente el colon y buscar otras posibles zonas cancerosas. Esto se denomina colonoscopia diagnóstica.

Para obtener más información sobre la colonoscopia de detección y qué debe esperar, consulte *NCCN Guidelines for Patients*: *Detección del cáncer colorrectal* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Estudios de la vía reparadora de emparejamiento

Los estudios de la vía reparadora de emparejamiento (MMR, por sus siglas en inglés) o de inestabilidad microsatelital (MSI, por sus siglas en inglés) se recomiendan a **todas las personas diagnosticadas con cáncer de colon**. Aproximadamente 1 de cada 6 tumores de colon tienen uno de estos biomarcadores. Los biomarcadores son características de un cáncer que pueden ayudar a orientar su tratamiento.

Los estudios consisten en analizar un pequeño fragmento del tumor de colon en un laboratorio. Según el método utilizado, el resultado anormal se llama alteración de la vía reparadora de emparejamiento (dMMR, por sus siglas en inglés) o alta inestabilidad microsatelital (MSI-H, por sus siglas en inglés).

Los tumores que no tienen ninguno de estos cambios tienen vía reparadora de emparejamiento inalterada (pMMR, por sus siglas en inglés) o estabilidad microsatelital (MSS, por sus siglas en inglés).

Guía 1 Pruebas y atención del cáncer de colon

Pruebas necesarias

- Colonoscopia
- Biopsia
- Análisis de la alteración de la vía reparadora de emparejamiento (dMMR) del tumor
- TC de tórax, abdomen y zona pélvica
- Análisis de sangre: hemograma completo, perfil bioquímico, antígeno carcinoembrionario (ACE)

Otros estudios o atención que puede recibir si es necesario

- RM
- Análisis de PIK3CA
- Análisis de DPYD
- Ayuda para dejar de fumar
- Planificación familiar y opciones para conservar la fertilidad

Antecedentes médicos familiares

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

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

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

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

Estudios genéticos para tipos de cáncer hereditarios

Si se sospecha un cáncer hereditario o síndrome de cáncer, el médico lo derivará a un asesor genético. Este experto puede hablar con usted y su familia sobre los estudios para detectar síndromes relacionados con el cáncer de colon.

Para estos estudios, se toma una muestra de sangre o saliva. Un anatomoatólogo analiza

la muestra para determinar si hay mutaciones genéticas que causen estos síndromes. Es importante consultar a un asesor genético antes de someterse a cualquier estudio genético.

Análisis de *PIK3CA*

El *PIK3CA* es un gen involucrado en el crecimiento normal de las células. En algún momento después de la concepción, se puede producir una mutación (cambio) en este gen que aumenta su riesgo de tener cáncer colorrectal y de otros tipos. Los cambios genéticos que suceden después de la concepción se llaman mutaciones somáticas. Las diferencias genéticas con las que se nace se denominan variantes de estirpe germinal.

Los tumores con una mutación de *PIK3CA* suelen crecer con rapidez y volver a aparecer después del tratamiento. Si su médico cree que el cáncer está en **estadio 2 o 3** antes de la cirugía, puede indicarle un análisis de *PIK3CA*. Los resultados pueden ayudar a guiar las decisiones sobre tomar aspirina después del tratamiento. La aspirina puede ser más eficaz para prevenir la recidiva (la reaparición del cáncer) en tumores con este biomarcador.

Análisis de *DPYD*

La capecitabina y el fluorouracilo (5-FU) son medicamentos de quimioterapia llamados fluoropirimidinas. Suelen utilizarse para tratar el cáncer colorrectal. El cuerpo usa una enzima (proteína) especial llamada DPD para descomponer estos medicamentos para que puedan actuar de forma adecuada y segura.

Aproximadamente 1 de cada 15 personas hereda una diferencia en el gen involucrado en la producción de DPD, el gen *DYPD*. Esto se llama deficiencia de DPD. En estas personas, las fluoropirimidinas pueden acumularse y provocar efectos secundarios graves e incluso mortales, conocidos como reacción adversa a las fluoropirimidas.

Los signos y síntomas incluyen úlceras en la boca, dolor abdominal, sangre en las heces, náuseas, vómitos y diarrea. La piel de las palmas de las manos y las plantas de los pies pueden comenzar a descamarse y presentar enrojecimiento, hinchazón o entumecimiento. Otros posibles efectos secundarios incluyen falta de aire y caída del cabello.

Si tiene alguno de los síntomas mencionados en los días posteriores a recibir capecitabina o 5-FU, comuníquese de inmediato con su equipo de atención médica. Existe un tratamiento aprobado por la FDA para este efecto secundario poco frecuente de las fluoropirimidinas.

Si se prevé un tratamiento con una fluoropirimidina, hable con su médico sobre el riesgo de reacciones adversas a esta clase de medicamento. Después de conocer su riesgo, puede hacerse un estudio genético para saber si tiene la variante genética que causa deficiencia de DPD.

Análisis de sangre

Análisis de ACE en sangre

El antígeno carcinoembionario (ACE) es una proteína presente en la sangre. El nivel de ACE suele ser más elevado de lo normal en personas con cáncer de colon. Esto sucede especialmente si el cáncer se extendió fuera del colon hacia otros órganos.

El control del ACE también puede ser útil para los tumores limitados al colon. Si el nivel de ACE es normal al inicio y luego el cáncer se extiende a otros órganos, el nivel de ACE aumenta.

Análisis de ADNtc

También llamado biopsia líquida, el análisis de ADN tumoral circulante (ADNtc) busca pequeños fragmentos de ADN liberados por las células tumorales en la sangre.

Puede detectar tumores microscópicos que podrían permanecer en el cuerpo después de la cirugía de colon. **En ese momento, el análisis de ADNtc no se recomienda como parte del tratamiento estándar para el cáncer colorrectal.**

Sin embargo, controlar el ACE no es útil para todas las personas, incluso si el cáncer se ha extendido. Las personas que consumen tabaco y las embarazadas pueden tener niveles de ACE más elevados.

Hemograma completo

El cáncer y otros problemas de salud pueden aumentar o disminuir la cantidad de glóbulos sanguíneos. El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas en una muestra de sangre. Los glóbulos blancos ayudan al cuerpo a combatir infecciones. Los glóbulos rojos transportan oxígeno a todo el cuerpo. Las plaquetas ayudan a curar heridas al formar coágulos sanguíneos.

Perfil bioquímico

También conocido como perfil metabólico completo, este grupo de análisis proporciona información sobre el funcionamiento de los riñones, el hígado y otros órganos.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden mostrar zonas con cáncer dentro del cuerpo. Un radiólogo interpreta las imágenes y comunica los resultados a su oncólogo.

Su equipo de atención médica le indicará cómo prepararse para los estudios de diagnóstico por imágenes. Avise si se siente nervioso en espacios reducidos. Es posible que le ofrezcan un medicamento llamado sedante para ayudarlo a relajarse.

TC

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

Una sustancia que se denomina medio de contraste se usa para que las imágenes sean más claras. Se inyecta en una vena o se mezcla con un líquido que usted bebe. Puede sentir enrojecimiento o un sabor metálico en la boca. Algunas personas tienen urticaria, que es un signo de reacción alérgica. Avise a su médico si ha tenido problemas con el medio de contraste en el pasado.

RM

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

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

TC

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



Fertilidad y planificación familiar

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

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

Banco de semen

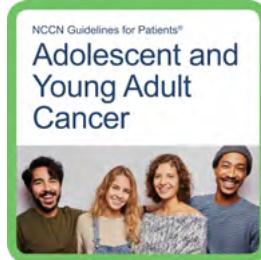
En estos bancos, el semen se congela en nitrógeno líquido y se almacena para su uso posterior. Otro nombre para el banco de semen es crioconservación de semen.

Congelación de óvulos

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

Banco de tejido ovárico

En este método, se utiliza la extracción de una parte o de la totalidad de un ovario para congelar la parte que contiene los óvulos. El tejido congelado que contiene los óvulos se puede descongelar posteriormente para volver a introducirlo en el cuerpo.



Consulte más información sobre fertilidad y planificación familiar en las *NCCN Guidelines for Patients de Cáncer en adolescentes y adultos jóvenes* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).

Ensayos clínicos

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

Si en un ensayo clínico se determina que un medicamento, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

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

Fases

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

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

¿Quién puede inscribirse?

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

Consentimiento informado

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



Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

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

Puntos clave

- En todos los casos de tumores de colon se deben realizar análisis de alteración de la vía reparadora de emparejamiento (dMMR) o inestabilidad microsatelital alta (MSI-H). Los tumores que no tienen estos biomarcadores tienen estabilidad microsatelital (MSS) o se llaman vía reparadora de emparejamiento inalterada (pMMR).
- Los síndromes heredados relacionados con el cáncer de colon incluyen síndrome de Lynch y poliposis adenomatosa familiar. A todas las personas con cáncer de colon se les debe preguntar por sus antecedentes médicos familiares.
- Se recomienda realizar hemograma completo (HC), perfil bioquímico y antígeno carcinoembionario (ACE) como parte de las pruebas iniciales.
- La tomografía computarizada (TC) es buena para mostrar ganglios linfáticos y otras zonas adonde puede extenderse el cáncer fuera del colon.

- Si desea mantener la opción de comenzar una familia o agrandarla, hable con su equipo de atención médica sobre los riesgos relacionados con la fertilidad de su plan de tratamiento y las opciones para conservarla.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tan grave es mi cáncer?
- ¿Mi cáncer tiene alteración de la vía reparadora de emparejamiento o inestabilidad microsatelital alta?
- ¿Qué estudios de diagnóstico por imágenes me han indicado para evaluar si el cáncer se ha extendido?
- ¿Me puede dar una copia del informe anatomo-patológico y de los resultados de los demás estudios?
- ¿Se justifica hacer un tratamiento?

3

Tratamiento para el cáncer no metastásico

- 18 Pólipos con cáncer
- 19 Cáncer invasivo
- 21 Estadificación
- 23 Quimioterapia después de la cirugía
- 24 Conducta expectante
- 25 Puntos clave
- 25 Preguntas para hacer

El cáncer de colon suele formarse en pólipos en la capa interna del colon, pero también puede formarse en zonas planas de células anormales (una lesión). Este capítulo explica el tratamiento del cáncer que no se ha extendido a zonas alejadas del colon.

La mayoría de los pólipos se pueden extirpar durante una colonoscopia mediante un procedimiento endoscópico menor llamado polipectomía. Con frecuencia, no se necesita ningún otro tratamiento. En otros casos, es necesario realizar una cirugía (resección) para extirpar una parte más grande del colon. Esto depende de lo siguiente:

- el tamaño y la forma del pólipos (pediculado o sésil),
- los resultados de la polipectomía, y
- los resultados del análisis del tejido extirpado.

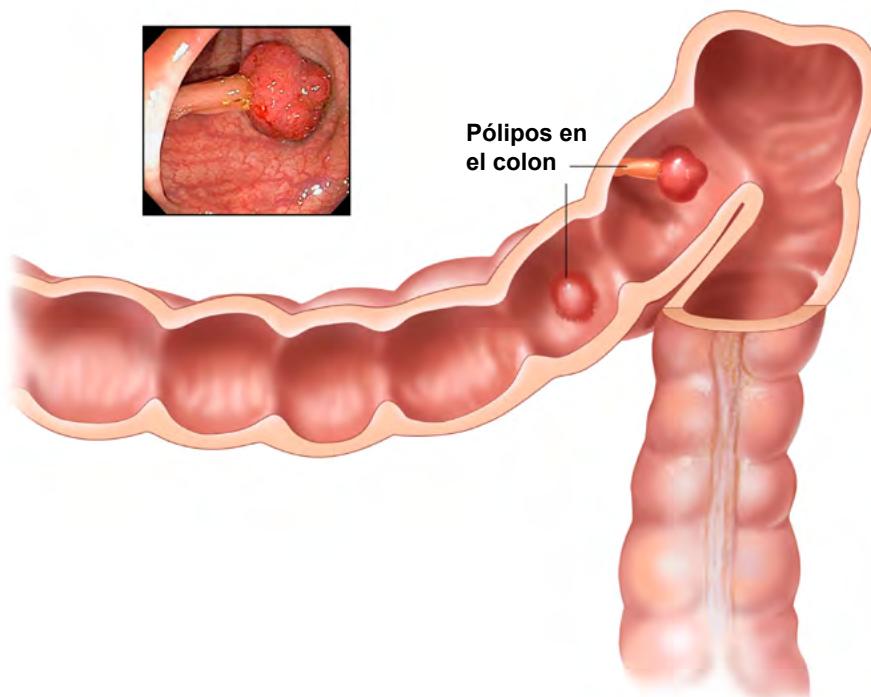
Antes de decidir si se necesita realizar una resección después de una polipectomía, su médico analizará los resultados de los análisis y conversará con usted sobre las opciones que tiene a su disposición.

Pólipos con cáncer

Existen dos tipos principales de pólipos. Los pólipos pediculados tienen una forma similar a la de los hongos y sobresalen de la pared del colon. Tienen un tallo y una parte superior redondeada. Los pólipos sésiles son más planos y no tienen tallo. El pólipos en el que ha comenzado a crecer el cáncer se llama pólipos maligno (canceroso).

Pólipos en el colon

Los pólipos son tumores de la capa interna de la pared del intestino. Los pólipos pediculados sobresalen de la pared del colon con un tallo. Los pólipos sésiles son más planos y no tienen tallo.



El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos.

Cáncer invasivo

Para los tumores que no se detectan de manera precoz para ser extirpados mediante polipectomía, suele ser necesario realizar una colectomía (cirugía de colon). La cirugía es la única opción si el tumor del colon se puede extirpar por completo. Si no puede someterse a una cirugía en primer lugar, consulte la página 22.

Colectomía

La colectomía es una intervención quirúrgica que extirpa la parte cancerosa del colon. Al momento de realizar la intervención, se debe eliminar completamente el mesenterio. El mesenterio es el tejido graso que sostiene el colon y contiene vasos sanguíneos y ganglios linfáticos. Si el cáncer se ha extendido a estructuras cercanas, tendrán que extirparse en conjunto (en bloque) al momento de la intervención quirúrgica. A continuación,

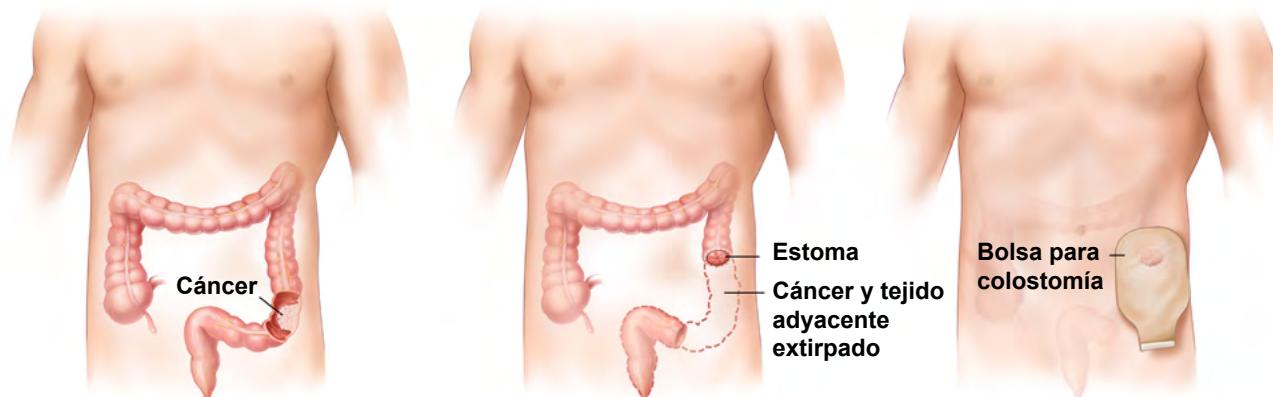
se suturan o grapan los dos extremos sanos del colon restante.

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

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

Colostomía

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



El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos.

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

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

Obstrucción intestinal

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



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

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

Estadificación

El estadio describe la extensión del cáncer en el organismo. El sistema TNM (tumor, ganglio y metástasis, por sus siglas en inglés) del American Joint Committee on Cancer (AJCC) se usa para clasificar el cáncer de colon en estadios.

En el sistema del AJCC, se utiliza la siguiente información clave sobre el cáncer para asignarle un estadio:

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

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

Estadio 0

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

Estadio 1

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

Estadio 2

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

Estadio 3

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

Estadio 4

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

Si no puede someterse a una cirugía en primer lugar

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

Si se planifica este enfoque, se recomienda la quimioterapia para los tumores con pMMR/MSS. La inmunoterapia con un inhibidor del punto de control inmunitario se recomienda para los tumores con dMMR/MSI-H. La inmunoterapia aumenta la actividad del sistema inmunitario, lo que mejora la capacidad del cuerpo para detectar y destruir las células cancerosas.

Los inhibidores del punto de control inmunitario que se utilizó antes de la colectomía en los tumores con dMMR/MSI-H se enumeran en la **Guía 2**.

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

Para obtener más información sobre los efectos secundarios de los inhibidores del punto de control inmunitario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario en NCCN.org/patientguidelines* y en la aplicación *NCCN Patient Guides for Cancer*.

Guía 2

Opciones de inmunoterapia antes de la colectomía para los tumores con dMMR/MSI-H

Nombre genérico	Nombre de la marca
Nivolumab con o sin ipilimumab	Opdivo, Yervoy
Pembrolizumab	Keytruda
Cemiplimab-rwlc	Libtayo
Dostarlimab-gxly	Jemperli
Retifanlimab-dlwr	Zynzyz
Toripalimab-pzi	Loqtorzi
Tislelizumab-jsgr	Tevimbra

Quimioterapia después de la cirugía

Según el estadio del cáncer, es posible que reciba quimioterapia después de la cirugía para eliminar las células cancerosas que quedaron en el cuerpo. Esto se llama quimioterapia adyuvante. Después de la quimioterapia (en caso necesario), comienza la conducta expectante.

Estadio 1

No necesita quimioterapia. Se recomienda la observación.

Estadio 2

Se puede recomendar observación o tratamiento adyuvante para el cáncer en estadio 2. La decisión se basa en las características del cáncer, entre otras, el subestadio, el estado de la vía reparadora de emparejamiento y los factores de riesgo.

Estadio 3

El tratamiento sistémico se recomienda después de la colectomía para **todos** los tumores en estadio 3, independientemente del estado de la vía reparadora de emparejamiento.

El esquema terapéutico preferido para todos los tumores en estadio 3 son FOLFOX y CAPEOX. Para los tumores con **dMMR/MSI-H**, se puede indicar un medicamento de inmunoterapia llamado atezolizumab (Tecentriq) junto con la quimioterapia. Si usted reúne los requisitos para este enfoque, también es un esquema terapéutico preferido para los tumores en estadio 3. Se recomienda incorporar inmunoterapia, pero no es la opción preferida para los tumores en estadio 2C.

Otros esquemas terapéuticos recomendados para todos los tumores en estadio 3 incluyen capecitabina y 5-FU. La quimioterapia suele indicarse durante un período de tres a seis meses. La duración del tratamiento depende del esquema terapéutico y de si el cáncer tiene alto riesgo de recidiva.

Si se prevé administrar inmunoterapia, consulte *NCCN Guidelines for Patients sobre Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.NCCN.org/Pages/PatientGuidesForCancer.aspx).



¿Mi cáncer tiene una mutación de PIK3CA?

En los cánceres con este biomarcador, la aspirina puede ser más eficaz para prevenir la recidiva que en los cánceres que no lo presentan.

Se recomienda tomar aspirina durante tres años después del tratamiento para **todos** los tumores con pMMR/MSS y mutación de *PIK3CA*.

Para los tumores con dMMR/MSI-H o mutación de *POLE* y de *PIK3CA*, se recomienda tomar aspirina durante tres años solo para los estadios 2 y 3.

Conducta expectante

Las pruebas de seguimiento comienzan cuando ya no hay signos de cáncer después de recibir tratamiento. Pueden ayudar a encontrar nuevos tumores de manera precoz.

Estadio 1

Se recomienda realizarse una colonoscopia un año después de la cirugía para los tumores en estadio 1. Si los resultados son normales, su próxima colonoscopia debe hacerse a los tres años y luego cada cinco años. Si se encuentra un adenoma preocupante o de alto riesgo, deberá hacerse una nueva colonoscopia al año.

Si no tienen ningún síntoma, no es necesario que se haga estudios de manera periódica. Su médico puede indicarle estudios de diagnóstico por imágenes si sospecha recidiva o extensión del tumor a otras zonas.

Estadios 2 y 3

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

Además de las pruebas que se realizan durante el período de conducta expectante, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Para obtener más información, consulte el *Capítulo 5: Supervivencia*.

Guía 3

Estadios 2 y 3. Conducta expectante después del tratamiento

- Exploración física
- Análisis de ACE en sangre

Primeros 2 años: cada 3 a 6 meses.

Próximos 3 años: cada 6 meses.

TC de tórax, abdomen y zona pélvica

Cada 6 a 12 meses durante 5 años.

Colonoscopia

Si no se le realizó una colonoscopia completa al momento del diagnóstico:

se recomienda realizar una colonoscopia entre 3 y 6 meses después de la cirugía.

Si se le realizó una colonoscopia completa al momento del diagnóstico:

se recomienda realizarse una colonoscopia un año después de la cirugía.
Si no se encuentran adenomas avanzados, se debe repetir a los 3 años.
Luego, cada 5 años.

Puntos clave

- No se necesita ningún otro tratamiento para el pólipos pediculado maligno que ha sido extirpado completamente y tiene bajo riesgo.
- Los pólipos sésiles malignos son más propensos a reaparecer después de la polipectomía que los pediculados. Las opciones para los pólipos sésiles son la cirugía y la observación.
- La colectomía es necesaria para el cáncer que no se detecta de manera precoz para ser extirpado mediante polipectomía. Si el cáncer es avanzado o se ha extendido a los ganglios linfáticos, se puede indicar quimioterapia o inmunoterapia antes de la cirugía.
- Si no es posible realizar una intervención quirúrgica, se recomienda el tratamiento sistémico.
- Se recomienda la observación después de la cirugía para los tumores en estadio 1. No necesita quimioterapia.
- La quimioterapia se recomienda después de la intervención quirúrgica para los tumores en estadio 2 con vía reparadora de emparejamiento inalterada (pMMR)/ estabilidad microsatelital (MSS) y alto riesgo de recidiva.
- Luego de la cirugía, se recomienda quimioterapia para todos los tumores en estadio 3.
- Se recomienda mantener la conducta expectante para detectar si hay recidiva durante cinco años después del tratamiento. Según el estadio, los estudios pueden incluir colonoscopias, exploraciones físicas, análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre y tomografías computarizadas (TC).

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía (colectomía)?
- ¿Necesitaré quimioterapia o inmunoterapia después de la cirugía? ¿Durante cuánto tiempo? ¿Cuál es el beneficio?
- ¿Qué me va a hacer el tratamiento? ¿Se me va a caer el cabello?
- ¿Qué probabilidades hay de que vuelva el cáncer después del tratamiento con cirugía?

**Comparta su
opinión con
nosotros.**

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

[NCCN.org/patients/comments](https://www.NCCN.org/patients/comments)

4

Tratamiento para el cáncer metastásico

- 27 Análisis de biomarcadores
- 27 Terapias locales
- 30 Cáncer en estadio 4 en el hígado o los pulmones
- 33 Cáncer en estadio 4 en el abdomen
- 33 Tratamiento complementario
- 34 Conducta expectante
- 35 Recidiva a distancia
- 37 Puntos clave
- 37 Preguntas para hacer

El cáncer de colon suele extenderse al hígado, a veces a los pulmones, y con menos frecuencia al abdomen o a otras zonas. El cáncer que ya ha formado metástasis al momento del diagnóstico es de estadio 4.

Análisis de biomarcadores

Los biomarcadores son características de un cáncer que pueden abordarse. Suelen ser mutaciones (cambios) en determinados genes. Siempre que sea posible, estos análisis deben realizarse en un trozo del tejido tumoral extirpado durante una biopsia o cirugía. Si esto no es posible, se puede analizar una muestra de sangre.

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

- Alteración de la vía reparadora de emparejamiento/inestabilidad microsatelital alta (dMMR/MSI-H) (si no se realizó antes).
- Mutaciones (*KRAS* y *NRAS*) del gen *RAS*.
- Mutaciones del gen *BRAF*.
- Amplificación de *HER2*.

El análisis de muchos biomarcadores a la vez se denomina secuenciación de nueva generación (NGS). La NGS puede encontrar otros biomarcadores poco frecuentes para los que pueden existir tratamientos específicos como mutaciones de *POLE/POLD1*, fusiones de *RET* y fusiones de *NTRK*.

Terapias locales

Sus opciones de tratamiento pueden incluir terapias locales. Estos son tratamientos que se dirigen directamente al hígado y a los pulmones.

Algunas son técnicas de oncología/radiología intervencionista, también conocidas como tratamientos guiados por imágenes. Estas técnicas usan estudios de diagnóstico por imágenes, como la ecografía o la tomografía computarizada (TC), para administrar tratamientos mínimamente invasivos contra el cáncer. El uso de imágenes durante el procedimiento le permite a su médico dirigirse con precisión al tumor.

Un equipo de expertos puede determinar la mejor terapia local para su tumor metastásico. Para saber si recomendarle la cirugía o el tratamiento con otras terapias locales, un equipo multidisciplinario de expertos debe evaluar su caso. El equipo debe incluir un cirujano especializado en extirpar tumores de hígado y pulmón y un oncólogo/radiólogo intervencionista.

Resección

La cirugía para extirpar los tumores de hígado o pulmón se llama resección. Si no se prevé que la cirugía extirpe completamente los tumores, la ablación térmica guiada por imágenes (que se describe a continuación) puede combinarse con la cirugía. Y si los tumores son pequeños y se pueden destruir por completo, se puede utilizar la ablación en lugar de la cirugía.

Si es necesaria una resección hepática, es posible que primero haya que agrandar el hígado. Esto se realiza mediante un procedimiento mínimamente invasivo llamado embolización de la vena porta. Un radiólogo intervencionista introduce un catéter en determinadas venas del hígado. Esto obstruye el vaso sanguíneo que llega al tumor hepático y hace que crezca la parte sana del hígado.

Ablación

La ablación térmica guiada por imágenes es el uso de energía para destruir pequeños tumores del hígado o del pulmón. Una aguja especial, llamada sonda, se coloca dentro del tumor o junto a este. La sonda administra energía al tumor mientras minimiza el daño al tejido normal que lo rodea.

La ablación por radiofrecuencia y la ablación por microondas son métodos muy utilizados para eliminar las células cancerosas con calor. En ocasiones, se utiliza energía fría (crioablación), principalmente para los tumores de pulmón. Con menor frecuencia, su médico puede recomendarle ablación con impulsos eléctricos (electroporación irreversible) o luz láser (ablación láser).

La ablación puede usarse junto con la cirugía o sola para los tumores pequeños que se pueden extirpar por completo. Solo se utilizará si todas las zonas con cáncer visibles pueden destruirse. La ablación puede hacerla un radiólogo intervencionista o un cirujano. En ocasiones, puede hacerse en una única sesión en el departamento de radiología intervencionista.

Terapias dirigidas al hígado

Embolización

Si el cáncer se ha extendido solo (o principalmente) al hígado, los tratamientos intraarteriales dirigidos al hígado pueden ser una opción. Pueden considerarse para tumores de hígado que:

- no mejoraron (o dejaron de mejorar) con la quimioterapia, y
- no se pueden resecar ni extirpar con ablación.

Las terapias intraarteriales tratan los tumores de hígado con esferas con quimioterapia

(quimioembolización) o esferas radioactivas (radioembolización).

Si se utilizan esferas radioactivas, se llama radioterapia interna selectiva (SIRT, por sus siglas en inglés) o radioembolización hepática transarterial (TARE, por sus siglas en inglés). A estos procedimientos los realizan oncólogos o radiólogos intervencionistas.

Se introduce un catéter en una arteria de la pierna o de la muñeca y se lo guía hasta los tumores del hígado. Una vez en su lugar, se inyectan las esferas en el vaso sanguíneo que llega al tumor. Allí se acumulan y administran radiación o quimioterapia, lo que produce la muerte de las células cancerosas.

Las esferas de quimioterapia también pueden privar de alimento al tumor al interrumpir su suministro de sangre. La quimioterapia o la radiación también pueden dañar las células cancerosas y hacer que se reduzca el tumor. Cuando no se puede utilizar la embolización con quimioterapia, pueden usarse microesferas para obstruir físicamente el suministro de sangre al tumor. Esto se llama embolización simple.

QIAH

La quimioterapia mediante infusión arterial hepática (QIAH) es la que se administra directamente al hígado. A menudo se indica además de la quimioterapia intravenosa estándar. Mediante una vía de acceso o una bomba que suele colocarse durante la cirugía para extirpar los tumores hepáticos, los medicamentos se introducen directamente en la arteria que llega al hígado.

A la QIAH solo deben realizarla oncólogos en centros de tratamiento con experiencia en este método.

Radioterapia corporal estereotáctica

La radioterapia corporal estereotáctica (RTCE) es un tipo muy especializado de radioterapia de haz externo (RTHE). Puede utilizarse para tratar el cáncer de colon que se ha extendido al hígado, los pulmones o los huesos.

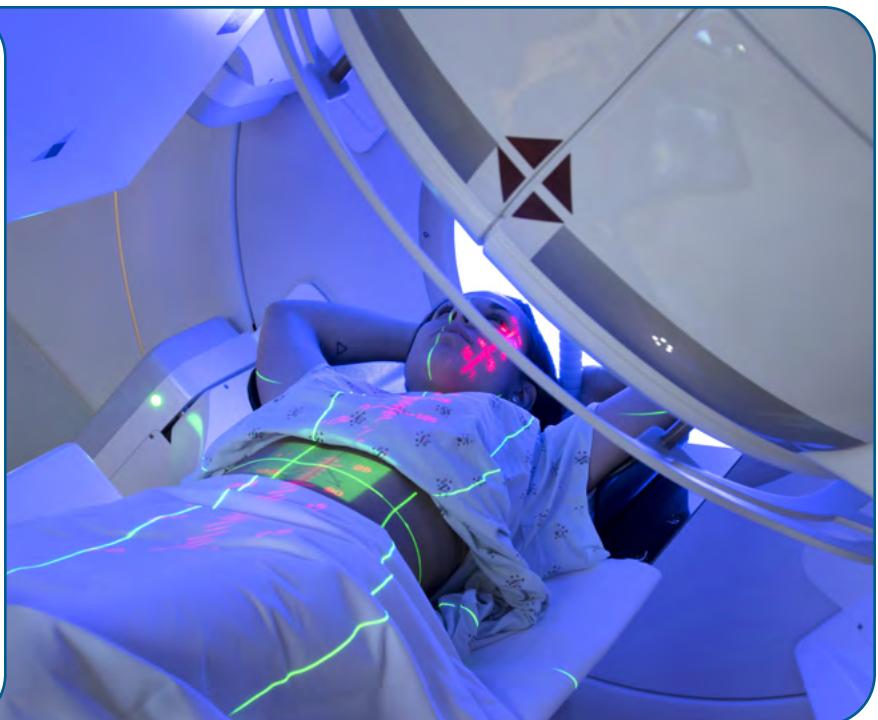
En la RTCE, se administran altas dosis de radiación al tumor o tumores metastásicos mediante haces muy precisos. La radiación se genera en un equipo de gran tamaño que se encuentra fuera del cuerpo. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar a los tumores. El tratamiento con RTCE suele completarse en 5 sesiones como máximo, llamadas fracciones.

“

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

RTCE para los tumores metastásicos

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



Cáncer en estadio 4 en el hígado o los pulmones

Cuando sea posible, la cirugía y el tratamiento sistémico conforman la estrategia de tratamiento recomendada para estos tipos de cáncer. La elección del tratamiento sistémico (quimioterapia o inmunoterapia) depende del estado de la vía reparadora de emparejamiento (MMR) del cáncer.

La cirugía incluye colectomía para extirpar el tumor del colon. Los tumores de hígado o pulmón se resecan cuando se realiza la colectomía, o después como cirugía independiente. Si los tumores metastásicos son pequeños, extirparlos o destruirlos con terapias locales, solos o con cirugía, puede ser una opción.

Cáncer con pMMR/MSS

Su médico puede recomendarle dos o tres meses de quimioterapia antes o después de las cirugías o entre ellas. Esto se suma a la quimioterapia que se recomienda para todas las personas después de la cirugía, llamada quimioterapia adyuvante.

El objetivo de la quimioterapia adyuvante es eliminar las células cancerosas que pueden permanecer en el cuerpo. Los medicamentos preferidos son FOLFOX o CAPEOX. La capecitabina y el 5-FU/la leucovorina también son opciones en caso necesario. Después de la quimioterapia, comienza la conducta expectante.

Si no se pueden eliminar todas las áreas de cáncer con cirugía o terapias locales, el cáncer de colon en estadio 4 se trata con tratamiento sistémico. El tratamiento sistémico que se recibe en primer lugar se llama tratamiento de primera línea.

Los esquemas terapéuticos de primera línea recomendados se mencionan a continuación. El tratamiento dirigido con bevacizumab (Avastin) puede combinarse con cualquiera de los siguientes esquemas:

- FOLFIRI
- FOLFOX
- CAPEOX
- FOLFIRINOX

Para algunos tumores del lado izquierdo del colon, hay otra opción de tratamiento de primera línea.

Esta opción incluye quimioterapia (con FOLFIRI o FOLFOX) junto con un tipo de medicamento llamado bloqueante de EGFR. Los bloqueantes de EGFR incluyen panitumumab (Vectibix) y cetuximab (Erbitux). Este enfoque solo se recomienda para los tumores sin mutaciones de *KRAS* o *NRAS*. Puede considerarse para algunas mutaciones del gen *BRAF*, pero no la V600E de *BRAF*. Los bloqueantes de EGFR no son eficaces contra los tumores con esta mutación específica salvo que se incluya también un medicamento que bloquee el *BRAF*.

Aunque poco frecuente, el tratamiento sistémico puede reducir los tumores lo suficiente como para poder extirparlo con cirugía o terapias locales. Despues de la cirugía, la mayoría de las personas recibirán tratamiento sistémico. En algunos casos, la observación o un ciclo breve de quimioterapia pueden ser posibles.

Si los tumores no pueden resecarse durante el tratamiento de primera línea, normalmente se continúa con tratamiento sistémico. El objetivo es disminuir el crecimiento y la extensión del cáncer.

Si el cáncer avanza, su médico puede sugerir un cambio de esquema terapéutico. La elección dependerá de los esquemas que ya haya recibido y de su estado de salud general. Otro factor importante es si el tumor tiene algunos biomarcadores sobre los que se puede actuar. Los esquemas terapéuticos se mencionan en la **Guía 4**.

Si el cáncer avanza a pesar de recibir todos los esquemas disponibles, estas son algunas opciones recomendadas, si cumple todas las condiciones:

- Tratamiento dirigido con fruquintinib (Fruzaqla).
- Quimioterapia con trifluridina y tipiracilo (Lonsurf).
- Tratamiento dirigido con regorafenib (Stivarga).

Estos tratamientos dirigidos son comprimidos que se pueden tomar por vía oral. El tratamiento dirigido con bevacizumab puede administrarse con trifluridina y tipiracilo.

Guía 4 Tratamientos basados en biomarcadores para el cáncer con pMMR/MSS

Biomarcador	Opciones de tratamientos dirigidos
Mutación V600E de <i>BRAF</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Encorafenib + (cetuximab o panitumumab) • Encorafenib + (cetuximab o panitumumab) + FOLFOX
Amplificación de HER2 con genes <i>RAS</i> y <i>BRAF</i> normales	Trastuzumab (Herceptin) + pertuzumab, lapatinib o tucatinib
Amplificación del gen <i>HER2</i>	Fam-trastuzumab deruxtecan-nxki (Enhertu)
Mutación G12C del gen <i>KRAS</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sotorasib (Lumakras) + cetuximab o panitumumab • Adagrasib (Krasati) + cetuximab o panitumumab
Fusión del gen <i>NTRK</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrectinib (Rozlytrek) • Larotrectinib (Vitrakvi) • Repotrectinib (Augtyro)
Fusión del gen <i>RET</i>	Selpercatinib (Retevmo)

Cáncer con dMMR/MSI-H o con mutaciones de *POLE/POLD1*

El enfoque terapéutico preferido para los tumores resecables con dMMR/MSI-H o mutaciones de *POLE/POLD1* en estadio 4 es la inmunoterapia seguida de cirugía. La inmunoterapia solo se recomienda si no ha recibido tratamiento con un inhibidor de punto de control inmunitario.

Las opciones de inmunoterapia recomendadas se muestran en la **Guía 5**.

Otro enfoque de tratamiento recomendado para estos tipos de cáncer es la cirugía seguida por quimioterapia. Los medicamentos preferidos son FOLFOX o CAPEOX. La capecitabina y el 5-FU/la leucovorina también son opciones en caso necesario.

Si **no se pueden** eliminar todas las áreas de cáncer con cirugía o terapias locales, el cáncer de colon en estadio 4 se trata con un tratamiento sistémico. Si reúne los requisitos y no ha recibido inmunoterapia, se recomienda tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario. Su médico comprobará la extensión del cáncer cada dos o tres meses. La cirugía podría ser una opción viable. O puede continuar con inmunoterapia o cambiar a un tratamiento sistémico diferente.

Guía 5

Opciones de inmunoterapia antes de la cirugía para los tumores con dMMR/MSI-H

Nombre genérico	Nombre de la marca
Nivolumab con o sin ipilimumab	Opdivo, Yervoy
Pembrolizumab	Keytruda
Cemiplimab-rwlc	Libtayo
Dostarlimab-gxly	Jemperli
Retifanlimab-dlwr	Zynzyz
Toripalimab-pzi	Loqtorzi
Tislelizumab-jsgv	Tevimbra

Cáncer en estadio 4 en el abdomen

Algunas personas con cáncer de colon metastásico también forman tumores en la capa de tejido que recubre el abdomen, llamada peritoneo. El peritoneo recubre la mayoría de los órganos abdominales.

En la mayor parte de los casos, se indica tratamiento sistémico con el objetivo de aliviar o prevenir los síntomas. El esquema terapéutico que reciba dependerá de si el tumor tiene algún biomarcador y de su capacidad para tolerar determinados tratamientos sistémicos.

Los tumores que se forman en el intestino o alrededor de él pueden obstruir el paso de las heces y su expulsión del cuerpo. En este caso, es necesario desobstruir el intestino antes de comenzar el tratamiento sistémico. Si es posible, se hace mediante alguna de las distintas técnicas quirúrgicas o con un tubo de malla metálica llamado stent.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario ayuda a mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El objetivo es prevenir o controlar los efectos secundarios y los síntomas, como el dolor y la fatiga relacionados con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También puede ayudar con lo siguiente:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.
- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.
- Control de los síntomas.

Los especialistas en cuidados paliativos forman parte de los tratamientos complementarios. Ayudan a garantizar que siempre se considere la calidad de vida, independientemente de en qué fase del tratamiento se encuentre o de si ya lo ha completado.

Cuidados paliativos no es lo mismo que cuidados terminales. Los cuidados paliativos procuran garantizar que usted esté lo más cómodo posible mientras continúa tratando el cáncer con intención de curarlo.

Conducta expectante

La conducta expectante después del tratamiento para el cáncer de colon en estadio 4 incluye lo siguiente:

- Colonoscopias.
- Exploraciones físicas.
- Análisis de antígeno carcinoembrionario (ACE) en sangre.
- Tomografía computarizada (TC).

El cronograma recomendado de las pruebas durante el período de conducta expectante se indica en la **Guía 6**.

Además de las pruebas que se realizan durante el período de conducta expectante, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados.

Para obtener más información, consulte el *Capítulo 5: Supervivencia*.



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

Guía 6 Conducta expectante después del tratamiento para el cáncer de colon en estadio 4

Exploración física y análisis de ACE en sangre	Primeros 2 años: cada 3 a 6 meses. Próximos 3 años: cada 6 meses.
TC de tórax, abdomen y zona pélvica	Cada 6 a 12 meses durante 5 años.
Colonoscopia	<p>Si no se le realizó una colonoscopia completa al momento del diagnóstico: se recomienda realizar una colonoscopia entre 3 y 6 meses después de la cirugía.</p> <p>Si se le realizó una colonoscopia total al momento del diagnóstico: se recomienda realizarse una colonoscopia un año después de la cirugía. Si no se encuentran adenomas avanzados, se debe repetir a los 3 años. Luego, cada 5 años.</p>

Recidiva a distancia

Después del tratamiento para el cáncer de colon no metastásico, el cáncer puede reaparecer y extenderse al hígado, los pulmones u otras zonas. Esto se llama recidiva a distancia. Se recomienda tratamiento con cirugía y terapias locales si se pueden extirpar completamente todos los tumores. Sin embargo, esto no es muy frecuente, y la mayoría de las recidivas a distancia se tratan con tratamiento sistémico.

El tratamiento sistémico puede reducir los tumores lo suficiente como para poder extirparlos con cirugía. Si su médico cree que esto podría ser posible, le harán estudios de diagnóstico por imágenes cada dos meses para comprobar el tamaño de los tumores. Si el cáncer no puede resecarse, normalmente se continúa con tratamiento sistémico. El objetivo es disminuir el crecimiento y la extensión del cáncer.

A continuación, se ofrecen recomendaciones según el estado de alteración de la vía reparadora de emparejamiento del cáncer y la posibilidad de resección.

Cáncer irresecable con pMMR/MSS

Si ha recibido tratamiento reciente con FOLFOX o CAPEOX, no debería recibir más quimioterapia que incluya oxaliplatino. El oxaliplatino puede causar graves daños en los nervios.

Sus opciones de tratamiento sistémico dependerán, en parte, de si el cáncer tiene algunos biomarcadores. Se dispone de tratamientos dirigidos a los biomarcadores que se mencionan a continuación:

- Amplificación de HER2.
- Mutación G12C del gen KRAS.
- Mutaciones del gen BRAF.
- Fusión del gen NTRK.
- Fusión del gen RET.

Para los tumores sin biomarcadores, quimioterapia con FOLFIRI o irinotecán es una opción de primera línea recomendada. Puede indicarse un biofármaco con la quimioterapia. Entre los biofármacos se incluyen bevacizumab, ziv-afiblertcept, ramucirumab, cetuximab y panitumumab.

Cáncer resecable con pMMR/MSS

Si ha recibido quimioterapia, una opción recomendada es la resección (o tratamiento con terapias locales) en primer lugar, seguida por quimioterapia u observación. Se prefiere la observación para las personas que ya han recibido tratamiento con oxaliplatino.

Una segunda opción es quimioterapia durante dos o tres meses en primer lugar, seguida de resección (o tratamiento con terapias locales). Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Si **no** ha recibido quimioterapia, primero se realiza una resección (o tratamiento con terapias locales) seguida por quimioterapia. Los medicamentos preferidos para la quimioterapia son FOLFOX o CAPEOX. La capecitabina y el 5-FU/la leucovorina también son opciones en caso necesario.

Una segunda opción para quienes no han recibido ninguna quimioterapia es quimioterapia durante dos o tres meses en primer lugar, seguida de resección o tratamiento con terapias locales. Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Cáncer irresecable con dMMR/MSI-H o con mutaciones de POLE/POLD1

Si no ha recibido inmunoterapia y reúne los requisitos, se recomienda tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario. Su médico comprobará la extensión del cáncer cada dos o tres meses.

Si la inmunoterapia resulta eficaz, la cirugía podría ser una opción viable. Si el esquema terapéutico no es eficaz, una opción es cambiar a inmunoterapia con nivolumab e ipilimumab. Otra alternativa es cambiar a otro tipo de tratamiento sistémico. Puede ser una quimioterapia con oxaliplatino como FOLFOX o CAPEOX. O, si el cáncer tiene algún otro biomarcador, el tratamiento dirigido puede ser una opción.

Cáncer resecable con dMMR/MSI-H o con mutaciones de POLE/POLD1

Existen dos opciones para tratar el cáncer resecable con dMMR/MSI-H y recidivas a distancia. Las terapias locales pueden usarse junto con la resección o solas para los tumores muy pequeños. Si no ha recibido inmunoterapia, estas pueden ser las opciones recomendadas:

- Inmunoterapia, seguida de observación o resección.
- Resección seguida de quimioterapia.

Si **ha recibido** inmunoterapia con inhibidor del punto de control inmunitario, una opción recomendada es la resección en primer lugar, seguida por quimioterapia u observación. Se recomienda la observación para las personas que ya han recibido tratamiento con oxaliplatino.

Una segunda opción es quimioterapia durante dos o tres meses en primer lugar, seguida de resección. Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Puntos clave

- Si aún no se ha hecho, todos los tipos de cáncer metastásicos deben someterse a análisis de biomarcadores (características), entre otros, dMMR/MSI-H, mutaciones de los genes *RAS* y *BRAF* y amplificación del gen *HER2*.
- La secuenciación de nueva generación (NGS) puede encontrar otros biomarcadores poco frecuentes para los que pueden existir tratamientos específicos, entre otros, mutaciones de *POLE/POLD1*, fusiones de *RET* y fusiones de *NTRK*.
- Las opciones de tratamiento pueden incluir ablación térmica y radioterapia corporal estereotáctica (RTCE). Estas terapias locales pueden utilizarse solas o junto con cirugía, pero solo si se pueden extirpar todas las zonas con cáncer. Para saber si recomendarle la cirugía o el tratamiento con otras terapias locales, un equipo multidisciplinario de expertos debe analizar su caso.
- Cuando sea posible, se recomienda cirugía y tratamiento sistémico para el cáncer de colon en estadio 4. La elección de quimioterapia o inmunoterapia depende del estado de la vía reparadora de emparejamiento (MMR) del cáncer.
- El cáncer en estadio 4 que no se puede extirpar con cirugía o terapias locales se trata con tratamiento sistémico.
- Para el cáncer de colon que se ha extendido al peritoneo, suele administrarse tratamiento sistémico. El objetivo es aliviar o prevenir los síntomas.

- Cuando el cáncer de colon en estadio 1, 2 o 3 reaparece o se extiende a zonas alejadas del colon, se llama recidiva a distancia. La mayoría de las recidivas a distancia se tratan con tratamiento sistémico.

Preguntas para hacer

- ¿Cumplio los requisitos para participar en un ensayo clínico? ¿Conoce alguno del que pueda participar?
- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía? Si no lo hago, ¿es posible que logre reunir los requisitos?
- ¿Mi cáncer tiene algún biomarcador? ¿Cómo afecta esto a mis opciones?
- ¿Un oncólogo o radiólogo intervencionista analizó mi caso junto con un equipo multidisciplinario para ver si reúno los requisitos para terapias locales?
- ¿Qué esquema de tratamiento sistémico me recomienda? ¿Por qué?

5

Supervivencia

39 Ayuda para tratar los efectos secundarios

41 Hábitos saludables

42 Pago de la atención médica

42 Más información

42 Puntos clave

La supervivencia comienza desde el día en que se enteró que tenía cáncer de colon. Se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.

Una vez finalizado el tratamiento contra el cáncer, su profesional de atención primaria y su oncólogo trabajarán juntos para ofrecerle la atención de seguimiento recomendada. La comunicación fluida entre sus médicos es una parte importante de la supervivencia.

Pida a su oncólogo un plan por escrito de cuidados de supervivencia. Lo ideal es que el plan incluya lo siguiente:

- Un resumen de sus antecedentes de tratamiento del cáncer.
- Una descripción de los posibles efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo.
- Un cronograma de pruebas de seguimiento del cáncer.
- Funciones y responsabilidades claras para sus profesionales de atención médica.
- Recomendaciones de salud general y bienestar.

Ayuda para tratar los efectos secundarios

Los sobrevivientes de cáncer de colon pueden sufrir efectos a corto y largo plazo sobre la salud a causa del cáncer y su tratamiento. Los efectos dependen en parte de los tratamientos específicos que recibió.

Puede conocer mucho sobre cómo controlar los efectos secundarios de otros sobrevivientes. Considere la posibilidad de unirse a un grupo de sobrevivientes del cáncer de colon o a una organización de defensa de pacientes con cáncer colorrectal.

Diarrea e incontinencia

La cirugía de colon puede afectar sus hábitos intestinales. Es posible que tenga más deposiciones de lo habitual y que sienta una necesidad imperiosa evacuar los intestinos.

Tener evacuaciones intestinales frecuentes y acuosas se llama diarrea. La incontinencia es la incapacidad para controlar el flujo de orina (incontinencia urinaria) o las deposiciones (incontinencia fecal). Los siguientes consejos pueden ayudar con estos efectos secundarios:

- Suplementos de fibra.
- Cambios en la alimentación.
- Medicamentos antidiarreicos.
- Fortalecimiento del suelo pélvico.
- Ropa interior protectora.

Un nutricionista especializado en cáncer puede ayudarlo a hacer cambios en su alimentación después de la cirugía de colon.

Daño en los nervios

La quimioterapia puede dañar los nervios sensoriales. Esto se conoce como neuropatía. El daño puede causar dolor, entumecimiento, hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. A menudo comienza en las manos o los pies y empeora con el tiempo.

Hábitos saludables para los sobrevivientes del cáncer



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



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



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados. Pídale a su médico que lo derive a un nutricionista especializado en cáncer.



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



Muévase más; sea menos sedentario. Trate de hacer ejercicio de intensidad moderada durante al menos 150 minutos por semana.



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



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

La acupuntura y el calor pueden aliviar los síntomas de la neuropatía. Si tiene daño nervioso con dolor, un medicamento llamado duloxetina (Cymbalta) puede ayudarlo. El dolor neuropático suele describirse como un dolor punzante o quemante.

Pregúntele a su equipo de atención médica sobre sus opciones para prevenir o tratar la neuropatía.

Cuidado de la ostomía

Si le realizaron una ostomía, le recomendamos unirse a un grupo de apoyo para pacientes con ostomías. Otra opción es consultar con un profesional de atención médica especializado en el cuidado de ostomías, como un enfermero experto en ostomías. Las personas con ostomías pueden seguir llevando un estilo de vida activo. Pero hable con un profesional especializado antes de realizar cualquier actividad física intensa.

Los expertos recomiendan seguir una dieta saludable que incluya muchos alimentos de origen vegetal como verduras, frutas y cereales integrales.

Hábitos saludables

Es importante no descuidar otros aspectos de su salud después del tratamiento del cáncer. Además de las recomendaciones indicadas en la página anterior, pregunte a su médico acerca de lo siguiente.

Alimentación con bajo índice glucémico

Una alimentación de este tipo puede ayudarlo a prevenir la reaparición del cáncer de colon. Los alimentos con bajo índice glucémico provocan un aumento más lento y menor de los niveles de azúcar en sangre en comparación con otros alimentos que contienen carbohidratos.

Aspirina

Hable con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios del tratamiento a largo plazo con aspirina para prevenir la reaparición de los tumores colorrectales.



Pago de la atención médica

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

El término efectos secundarios financieros se utiliza para describir los problemas a los que se enfrentan los pacientes en relación con el costo de la atención médica. Los efectos secundarios financieros pueden afectar a su calidad de vida y al acceso a la atención médica necesaria.

Si necesita ayuda para pagar los cuidados oncológicos, es posible que disponga de asistencia financiera. Hable con un orientador de pacientes, con el trabajador social de su equipo de atención médica y con el departamento de servicios financieros de su hospital.

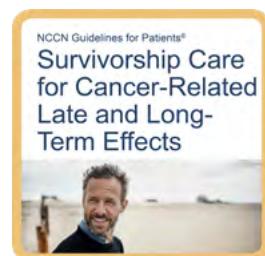
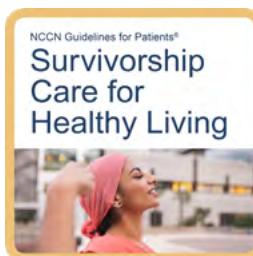
- *Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*
- *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*

Puntos clave

- La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.
- Lo ideal es que su profesional de atención primaria y su oncólogo trabajen juntos para ofrecerle la atención de seguimiento recomendada. Los orientadores de enfermería también pueden ser recursos útiles.
- El plan de atención de supervivencia es útil al traspasar su cuidado al médico de cabecera.
- Los hábitos saludables, entre otros, hacer ejercicio y comer correctamente, son importantes para poder prevenir otras enfermedades y tumores secundarios.

Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patient-guides-for-cancer):



6

Otros recursos

44 Qué más hay que saber

44 Qué más hacer

44 Dónde obtener ayuda

45 Preguntas para hacer

¿Desea más información? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

Este libro puede ayudarlo a mejorar su atención oncológica. En él, se explican con claridad las recomendaciones de los expertos y se sugieren preguntas que puede hacerle a su equipo de atención médica. Pero no es el único recurso que tiene.

Puede recibir tanta información y ayuda como necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Conocer los detalles de su salud y tratamiento.
- Formar parte de un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Encontrar un profesional de atención médica que sea experto en su campo.
- Saber cómo afrontar los problemas de salud.

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Suelen disponer de recursos in situ para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted. Consulte la lista y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Dónde obtener ayuda

Anal Cancer Foundation

analcancerfoundation.org

Bone Marrow and Cancer Foundation

bonemarrow.org

CancerCare

Cancercare.org

Cancer Hope Network

canceropennetwork.org

Cancer Survivor Care

Cancersurvivorcare.org

Colorectal Cancer Alliance

ccalliance.org

Fight Colorectal Cancer

fightcolorectalcancer.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered

facingourrisk.org

Global Colon Cancer Association

globalcca.org

GRACE

Cancergrace.org

Imerman Angels

Imermanangels.org

Love Your Buns

loveyourbuns.org

My Faulty Gene

Myfaultygene.org

National Coalition for Cancer Survivorship

canceradvocacy.org

Paltown Development Foundation

paltown.org

PAN Foundation

panfoundation.org

Triage Cancer

Triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Hay otros servicios disponibles para mí y mis cuidadores?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response



Palabras que debe conocer

ablación

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

adenocarcinoma

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

adenoma

El tipo más frecuente de pólipos de colon y el más propenso a formar células cancerosas. También llamado pólipos adenomatosos.

alteración de la vía reparadora de

emparejamiento (dMMR)/inestabilidad

microsatelital-alta (MSI-H)

Biomarcador (característica) de algunos tipos de cáncer de colon que puede ayudar a orientar el tratamiento. Este biomarcador debe analizarse en todos los tipos de cáncer de colon.

anatomopatólogo

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

antígeno carcinoembrionario (ACE)

Proteína que liberan algunos tumores y que se puede detectar en la sangre.

biomarcador

Característica del cáncer que puede ayudar a orientar el tratamiento. Los biomarcadores suelen ser mutaciones (cambios) en el ADN de las células cancerosas.

CAPEOX

Esquema quimioterápico que incluye capecitabina y oxaliplatino.

colectomía

Cirugía para extirpar una parte del colon.

colon

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

colonoscopia

Inserción de una herramienta delgada en el colon para ver o extirpar tejido.

colostomía

Abertura que se realiza durante la cirugía para conectar una parte del colon con la parte exterior del abdomen, lo que permite que las heces se evacúen en una bolsa.

deficiencia de DPYD

Algunas personas nacen con una diferencia en este gen que hace que sea inseguro recibir las dosis recomendadas de los medicamentos de quimioterapia con fluoropirimidina.

embolización

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

embolización de la vena porta

Procedimiento mínimamente invasivo para agrandar la parte sana del hígado antes de una resección hepática.

fluoropirimidina

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

FOLFIRI

Esquema quimioterápico utilizado para algunos tipos de cáncer de colon avanzados. Incluye leucovorina cálcica, fluorouracilo e irinotecán.

FOLFIRINOX

Esquema quimioterápico utilizado para algunos tipos de cáncer de colon avanzados. Incluye leucovorina cárctica (ácido folínico), fluorouracilo, irinotecán y oxaliplatino.

FOLFOX

Esquema quimioterápico que incluye leucovorina cárctica, fluorouracilo y oxaliplatino.

ganglio linfático

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

intestino grueso

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

irresecable

Cáncer que no se puede extirpar con cirugía.

linfa

Líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

linfadenectomía

Cirugía para extirpar los ganglios linfáticos.

metástasis

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

Mutación del gen PIK3CA

Mutación (cambio) genética que aumenta el riesgo de contraer cáncer colorrectal y otros tipos de cáncer. Los tumores con una mutación de *PIK3CA* suelen crecer con rapidez y volver a aparecer después del tratamiento.

Mutación del gen POLE/POLD1

Biomarcador (característica) de algunos tipos de cáncer de colon. Recomendado como parte de los análisis exhaustivos de biomarcadores para el cáncer de colon metastásico.

oncología/radiología intervencionista

Especialidad médica que utiliza técnicas de diagnóstico por imágenes para administrar

tratamientos mínimamente invasivos para el cáncer.

pólipo

Crecimiento excesivo de células en la capa interna de la pared del colon. Los pólipos pediculados tienen una forma similar a la de los hongos y tienen tallo. Los pólipos sésiles son planos.

radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)

Tipo de radioterapia especializada que se utiliza para tratar el cáncer de colon que se ha extendido al hígado, los pulmones o los huesos.

radioterapia de haz externo (RTHE)

Tratamiento con rayos de alta energía recibidos desde un equipo que se encuentra fuera del cuerpo.

recidiva

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

tratamiento complementario

Serie de tratamientos disponibles para todas las personas diagnosticadas con cáncer que tienen por objetivo mejorar la calidad de vida.

vía reparadora de emparejamiento inalterada (pMMR)/estabilidad microsatelital (MSS)

Describe los tumores que no tienen el biomarcador de alteración de la vía reparadora de emparejamiento (dMMR).

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de colon, versión 4.2025, 27 de junio de 2025. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

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

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de colon, versión 4.2025, 27 de junio de 2025, fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Al B. Benson III, presidente
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Alan P. Venook, vicepresidente
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dr. Mohamed Adam
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

*Dr. George J. Chang, máster en Cirugía, máster en Gestión Sanitaria
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dr. Yi-Jen Chen, doctor en Medicina
City of Hope National Medical Center

Dra. Kristen K. Ciombor
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Stacey A. Cohen
Fred Hutchinson Cancer Center

Dra. Madison Conces
Case Comprehensive Cancer Center/University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Harry S. Cooper
Fox Chase Cancer Center

Dr. Dustin Deming
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

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

Dr. Jean L. Grem
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

*Dra. Carla Harmath
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dr. Paul Haste
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dr. J. Randolph Hecht
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

*J. Kevin Hicks, doctor en Farmacia, doctor en Farmacología, Socio del Colegio Estadounidense de Farmacia Clínica

Dra. Sarah Hoffe
Moffitt Cancer Center

Dr. Steven Hunt
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dr. Hisham Hussan
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dra. Kimberly L. Johung, doctora en Medicina
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Nora Joseph
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dra. Natalie Kirilcuk
Stanford Cancer Institute

Dra. Smitha Krishnamurthi
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dr. Midhun Malla, máster en Ciencias
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Dr. Rifat Mannan
City of Hope National Medical Center

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

Dr. Wells A. Messersmith
University of Colorado Cancer Center

*Dr. Jeffrey Meyer, máster en Ciencias
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Jeffrey Meyerhardt, máster en Salud Pública
Dana-Farber/Brown and Women's Cancer Center

Dr. Eric D. Miller, doctor en Medicina
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Mary F. Mulcahy
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University

Dr. Steven Nurkin, máster en Ciencias
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. Hitendra Patel
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Katrina Pedersen, máster en Ciencias
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. Leonard Saltz
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Charles Schneider
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. David Shibata
The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Benjamin Shogan
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

*Laurie Singer
DoubleLL Productions

Dr. Constantinos T. Sofocleous, doctor en Medicina
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Dra. Anna Tavakkoli, máster en Ciencias
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dr. Christopher G. Willett
Duke Cancer Institute

Dra. Christina Chu
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

NCCN

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

Lisa Gurski, doctora en Ciencias Biológicas
Gerente senior de Contenido Clínico con licencia

Frankie Jones
Coordinador de las Guías

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.NCCN.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania

Filadelfia, Pensilvania

+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

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

UH Seidman Cancer Center

+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services

CC Taussig Cancer Institute

+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer

Case CCC

+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center

Duarte, California

+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center

Boston, Massachusetts

+1 877.442.3324 • youhaveus.org

+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute

Durham, Carolina del Norte

+1 888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center

Filadelfia, Pensilvania

+1 888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Omaha, Nebraska

+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center

Seattle, Washington

+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Salt Lake City, Utah

+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Indianápolis, Indiana

+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Baltimore, Maryland

+1 410.955.8964

www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Phoenix/Scottsdale, Arizona

Jacksonville, Florida

Rochester, Minnesota

+1 480.301.8000 • Arizona

+1 904.953.0853 • Florida

+1 507.538.3270 • Minnesota

mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Nueva York, Nueva York

+1 800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center

Tampa, Florida

+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Birmingham, Alabama

+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University

Chicago, Illinois

+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Búfalo, Nueva York

+1 877.275.7724 • roswellpark.org

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

San Luis, Misuri

+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

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

+1 866.278.5833 • stjude.org

+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute

Stanford, California

+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

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

Columbus, Ohio

+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Chicago, Illinois

+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Houston, Texas

+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1 800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

NCCN.org/patients/feedback

Índice

- ablación** 27-28
- ADN tumoral circulante (ADNtc)** 13
- análisis de *DPYD*** 11-12
- antígeno carcinoembrionario (ACE)** 12, 24, 34
- aspirina** 11, 23, 42
- colostomía** 19-20, 39
- conducta expectante** 24, 34
- ensayo clínico** 15-16
- estadificación del cáncer** 20-21
- fertilidad** 10, 14
- HER2** 27, 31, 35
- inestabilidad microsatelital alta/alteración de la vía reparadora de emparejamiento (MSI-H/dMMR)** 6, 10, 22-23, 27, 32, 35-36
- inmunoterapia** 22-23, 32-33, 35-36
- mutación del gen *BRAF*** 27, 30-31, 35
- mutación del gen *NRAS*** 27, 30
- mutación del gen *PIK3CA*** 11, 23
- mutación del gen *POLE/POLD1*** 27, 32, 35-36
- mutación G12C del gen *KRAS*** 31, 35
- poliposis adenomatosa familiar (PAF)** 11
- radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)** 29
- secuenciación de nueva generación (NGS)** 27
- Síndrome de Lynch** 10-11
- supervivencia** 38-42
- tratamiento complementario** 33





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Cáncer de colon

2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de Taiho Oncology Inc.



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

[NCCN.org/patients - Para pacientes](https://NCCN.org/patients) | [NCCN.org - Para médicos](https://NCCN.org)

PAT-N-1896-1025