



cancer.org | 1.800.227.2345

Tratamiento contra el cáncer colorrectal

El equipo de atención médica contra el cáncer discutirá con usted sus opciones de tratamiento después del diagnóstico de cáncer colorrectal. Es importante que usted considere cuidadosamente cada una de sus opciones. Se debe sopesar los beneficios contra los posibles riesgos y efectos secundarios para cada una de las opciones de tratamiento.

Tratamientos locales

Tratamientos locales tratar el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Es más probable que estos tratamientos sos l

- [Quimioterapia contra el cáncer colorrectal](#)
- [Medicamentos de terapia dirigida contra el cáncer colorrectal](#)
- [Inmunoterapia contra el cáncer colorrectal](#)

Métodos de tratamiento más comunes

Se pueden combinar diferentes tipos de tratamiento, simultáneamente o uno después del otro, dependiendo de la [etapa del cáncer](#) y de otros factores.

- [Tratamiento contra el cáncer de colon según la etapa](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto según la etapa](#)

¿Quién proporciona el o los tratamientos contra cáncer de colorrectal?

Según sus opciones de tratamiento, puede que usted tenga diferentes tipos de médicos en su equipo de tratamiento. Algunos de estos médicos son:

- Un **gastroenterólogo**: médico que trata trastornos del tracto gastrointestinal (gastrointestinal digestivo)
- Un **cirujano oncólogo (oncólogo quirúrgico)**: médico que emplea la cirugía para tratar el cáncer
- Un **cirujano colorrectal**: médico especializado en cirugías para tratar las enfermedades del colon y del recto
- Un **oncólogo especialista en radiación**: médico que trata el cáncer con radioterapia.

Un **médico oncólogo**: médico que trata el cáncer con medicamentos, como

:65 29g Q BTj 0 g /F1 12 Tf 0 0 0 0 g ET q BT 1 0 0 1 87.6 341.41 Tm /F2 125 Tf 0 0 0 rg /GS63

decisión que mejor se ajuste a sus necesidades. También es importante que haga preguntas si hay algo que no entiende bien.

Si el tiempo lo permite, a menudo es buena idea buscar una segunda opinión. Una segunda opinión le pueda ofrecer más información y ayudarle a sentirse más confiado sobre el plan de tratamiento que escoja.

- [Preguntas a responder sobre el cáncer de colorrectal](#)
- [Buscar una segunda opinión](#)

Si está considerando participar en un estudio clínico

Los estudios clínicos consisten en investigaciones minuciosamente controladas que se llevan a cabo para estudiar con mayor profundidad nuevos tratamientos o procedimientos promisorios. Los estudios clínicos son una forma de tener acceso a la atención más avanzada para el cáncer. En algunos casos, puede que sean la única manera de lograr acceso a tratamientos más recientes. También es la mejor forma de que los médicos descubran mejores métodos para tratar el cáncer. A pesar de esto, no son adecuados para todas las personas.

Si está interesado en saber más sobre qué estudios clínicos podrían ser adecuados para usted, comience por preguntar a su médico si en la clínica u hospital donde trabaja se realizan estudios clínicos.

- [Estudios clínicos](#)

Si está considerando métodos complementarios y alternativos

Es posible que escuche hablar acerca de métodos complementarios y alternativos que su médico no ha mencionado para tratar su cáncer o aliviar los síntomas. Estos métodos pueden incluir vitaminas, hierbas y dietas especiales, u otros métodos, como por ejemplo, la acupuntura o los masajes.

Los métodos complementarios consisten en tratamientos que se usan junto con su atención médica habitual. Por otro lado, los tratamientos alternativos son los que se usan en lugar del tratamiento indicado por el médico. Aunque algunos de estos métodos pueden ser útiles para aliviar los síntomas o ayudar a sentirse mejor, muchos de ellos no han demostrado ser eficaces. Algunos incluso podrían ser peligrosos.

Asegúrese de consultar con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier método que esté considerando usar. Ellos pueden ayudarle a

averiguar lo que se conoce (o lo que no se conoce) del método y así ayudarle a tomar una decisión fundamentada.

- [Medicina complementaria e integral](#)

Ayuda y apoyo para recibir tratamiento

La gente con cáncer requiere de apoyo e información, sin importar la etapa en la que se encuentre la enfermedad. El saber sobre todas las opciones de tratamiento y en dónde encontrar los recursos disponibles que necesita le ayudará a tomar decisiones informadas en relación con su atención médica.

Al contemplar algún tratamiento, o bien, al evaluar si desea someterse a tratamiento o simplemente no recibir tratamiento en lo absoluto, la persona aún cuenta con la posibilidad de recibir apoyo específicamente para aliviar el dolor y otros síntomas (atención paliativa), independientemente al tratamiento contra el cáncer. Tener una buena comunicación con su equipo de profesionales contra el cáncer es importante para que usted comprenda su diagnóstico, el tratamiento que se recomienda para su caso y las formas de mantener o mejorar su calidad de vida.

Puede que usted tenga a su alcance varios programas y servicios de apoyo, lo cual puede conformar una parte importante de su atención. Entre estos se podría inculir servicios de enfermería o de un trabajador social, ayuda financiera, asesoría nutricional, servicios de rehabilitación e incluso apoyo espiritual.

La Sociedad Americana Contra El Cáncer también cuenta con programas y servicios, incluyendo transporte para recibir tratamiento, alojamiento, grupos de apoyo y más, para ayudarle con el tratamiento. Llame a nuestro Centro Nacional de Información sobre el Cáncer al 1-800-227-2345 y converse con uno de nuestros especialistas.

- [Atención paliativa](#)
- [Programas y servicios](#)

La decisión de suspender el tratamiento o no recibir ningún tratamiento

Cuando los tratamientos empleados ya no controlan el cáncer, puede ser momento de sopesar los beneficios y los riesgos de continuar intentando nuevos tratamientos. Independientemente de si opta por continuar el tratamiento o no, hay medidas que puede tomar para ayudar a mantener o mejorar su calidad de vida.

Es posible que algunas personas no quieran recibir ningún tratamiento, especialmente

Algunos casos de colon en etapa inicial (tumores en etapa 0 y algunos en etapa I) y la mayoría de los pólipos pueden extirparse durante un colonoscopia. En este procedimiento se utiliza un tubo alargado y flexible con una pequeña videocámara en uno de sus extremos que se introduce por el recto para ser guiada hacia el interior del colon. Los siguientes procedimientos quirúrgicos pueden llevarse a cabo durante una colonoscopia:

- En una **polipectomía**, el cáncer es extirpado como parte del pólipo, el cual se corta en su base (el área que se parece al tallo de un hongo). Por lo general, esto se hace pasando un bucle o asa de alambre a través del colonoscopio para cortar el pólipo de la pared del colon mediante una corriente eléctrica.
- Una **escisión local** implica un procedimiento ligeramente más complejo. Se hace uso de instrumentos a través de un colonoscopio para extirpar pequeños cánceres dentro del revestimiento del colon junto con una pequeña cantidad de tejido sano circundante sobre la pared del colon.

Cuando el cáncer o los pólipos son extraídos de esta manera, el médico cirujano no requiere de hacer un corte sobre el abdomen (parte baja de la región del estómago). El objetivo de cualquiera de estos procedimientos es extirpar el tumor en una sola pieza. Si queda algo de cáncer o si, según las pruebas de laboratorio, se cree que el tumor tiene posibilidades de propagarse, la siguiente cirugía podría ser un tipo de colectomía (ver a continuación).

Colectomía

Una colectomía es una cirugía para extraer todo o parte del colon. También se extirpan los [ganglios linfáticos](#)³ cercanos.

- Al procedimiento para extirpar solo una parte del colon se le llama **hemicolectomía, colectomía parcial o resección segmentaria**. El cirujano extrae la parte del colon que contiene el cáncer junto con un pequeño segmento de colon normal en ambos lados. Por lo general, se extirpa de un cuarto a un tercio del colon, dependiendo de la localización y el tamaño del cáncer. Luego se reconectan las secciones restantes del colon. Al menos 12 ganglios linfáticos cercanos también son extraídos para que se puedan analizar y ver si hay cáncer.
- Si se extirpa todo el colon, se le llama **colectomía total**. No se suele emplear la colectomía total para la extirpación del cáncer de colon. Principalmente solo se emplea si hay otro problema en la parte del colon que no tenga cáncer, como cientos de pólipos (en alguien con [poliposis adenomatosa familiar](#)⁴) o, a veces,

enfermedad inflamatoria intestinal.

Cómo se hace la colectomía

La colectomía se puede hacer de dos maneras:

- **Colectomía abierta:** la cirugía se hace a través de una sola incisión realizada en el abdomen (región del estómago).
- **Colectomía laparoscópica:** La cirugía se realiza a través de incisiones menores e instrumentos especiales. Un laparoscopio es un tubo delgado con una fuente de luz y una pequeña videocámara en el extremo que permite al cirujano observar dentro del abdomen. Se introduce por una de las pequeñas incisiones, junto con otros instrumentos alargados y delgados que se usan para extraer parte del colon y ganglios linfáticos.

Debido a que las incisiones de la colectomía laparoscópica son más pequeñas que las de una colectomía abierta, los pacientes a menudo se recuperan con más rapidez y la estadía en el hospital puede ser más corta que en una colectomía abierta. Sin embargo, este tipo de cirugía requiere de un especialista, además, puede no ser la mejor opción para todos los pacientes. Si está considerando este tipo de cirugía, asegúrese de buscar un cirujano adiestrado que haya practicado muchas de estas operaciones.

En general, las tasas de supervivencia y las probabilidades de que el cáncer regrese son en gran parte las mismas entre una colectomía abierta y una colectomía asistida por laparoscopia.

Si el colon está obstruido

Cuando un tumor canceroso causa una obstrucción en el colon, por lo general ocurre lentamente provocando con el tiempo que la persona enferme gravemente. En casos como este, puede que se coloque una endoprótesis antes de realizar la cirugía. Este dispositivo denominado **stent**, consiste de un tubo expansible de metal que el médico puede introducir en el colon que es guiado a través de la pequeña abertura mediante un colonoscopio. Este tubo que el colon permanezca despejado y alivia el bloqueo para ayudarle a prepararse para la cirugía.

Si no es posible colocar una endoprótesis en un colon obstruido o si el tumor ha causado un orificio en el colon, es posible que se necesite una cirugía inmediatamente.

Por lo general, éste es el mismo tipo de colectomía que se realiza para remover el cáncer, pero en lugar de reconectar los extremos del colon, el extremo superior del colon se adhiere a una abertura (estoma) que se hace en la piel del abdomen. La materia fecal es expulsada de cuerpo a través de esta abertura. Este procedimiento es referido como

Los posibles riesgos y efectos secundarios de la cirugía dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y su salud general antes de la cirugía. Los problemas que surgen durante o poco después de la operación pueden incluir sangrado, infecciones y coágulos en las piernas.

Al despertar tras la cirugía, habrá algo de [dolor](#)⁷ y probablemente se necesitará de medicamentos contra el dolor durante varios días. Durante los primeros días, es posible que usted no pueda comer o tal vez solo le permitan consumir algo de líquidos, ya que el colon necesita tiempo para recuperarse. La mayoría de la gente puede volver a comer alimento sólido después de unos cuantos días.

A veces, después de la cirugía de colon, el intestino tarda más de lo normal en “despertar” y comenzar a funcionar nuevamente después de la cirugía. A esto se le llama íleo. Puede ser causado por la anestesia o por el manejo real del intestino durante la operación. A veces, demasiado medicamento contra el dolor después de la cirugía puede volver lenta (ralentizar) la función intestinal. Si desarrolla un íleo, es posible que su médico quiera demorar el consumo de alimentos sólidos o incluso líquidos, especialmente si tiene náuseas y/o vómitos. También se pueden hacer más pruebas para asegurarse de que la situación no sea más grave.

Rara vez, puede que las nuevas conexiones entre los extremos del colon no logren adherirse originándose una fuga. Esto puede rápidamente generar un grave dolor,

colostomía o una ileostomía, usted necesitará ayuda para aprender los cuidados que deberá seguir, en dónde hacer sus pedidos de suministros de ostomía, y cómo mantenerla bajo control. Las enfermeras con especializadas en ostomías o los terapeutas enterostomales pueden ayudarle. Por lo general, estos profesionales de la salud lo visitarán en el hospital antes de la operación para hablar sobre la ostomía y marcar el lugar de la abertura. Después de la operación, puede que lo visiten en su casa o que se reúnan en un centro de atención ambulatoria para proveerle más capacitación. Puede que también haya grupos de apoyo para personas con ostomías a los que pueda acudir. Esta es una buena manera de aprender de personas con experiencia en el manejo de esta parte del tratamiento.

Para más información, consulte [Una guía sobre colostomía](#)⁸ y [Una guía sobre ileostomía](#)⁹.

Más información sobre cirugía

Para acceder a información general sobre la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [cirugía contra el cáncer](#)¹⁰.

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)¹¹.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/ganglios-linfaticos-y-cancer.html
4. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
5. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html
6. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html

Cirugía para el cáncer de recto

[Polipectomía y escisión local](#)

uso de instrumentos a través de un colonoscopio para extirpar pequeños cánceres dentro del revestimiento del recto junto con una pequeña cantidad de tejido sano circundante sobre la pared del recto.

Cuando el cáncer o los pólipos son extraídos de esta manera, el médico cirujano no requiere de hacer un corte sobre el abdomen (parte baja de la región del estómago). El objetivo de este tipo de cirugías es extirpar todo el cáncer o pólipo en un solo corte. Si queda algo de cáncer o si, según las pruebas de laboratorio, se cree que el tumor tiene posibilidades de propagarse, una cirugía rectal de mayor complejidad podría ser el siguiente procedimiento médico (ver a continuación).

Escisión transanal (TAE)

Se puede emplear esta cirugía para extirpar algunos cánceres rectales iniciales en etapa I, que son relativamente pequeños y que no están muy lejos del ano. Al igual que en la polipectomía y en la escisión local, la resección transanal se hace con instrumentos que se introducen en el recto a través del ano. Con esto no se requiere hacer un corte sobre la piel del abdomen. Por lo general, este procedimiento se hace con anestesia local (medicamento que reduce la sensibilidad), pero el paciente no está dormido durante la operación.

En esta operación, el cirujano hace un corte a través de todas las capas del recto para extirpar el tumor canceroso, así como algo del tejido normal circundante. Luego se cierra el orificio en la pared rectal.

Los [ganglios linfáticos](#)³ no se extirpan durante esta cirugía, por lo que se puede recomendar radiación con o sin quimioterapia después de la cirugía si el cáncer ha crecido profundamente en el recto, no se extirpó por completo o tiene signos de diseminación al sistema linfático o a los vasos sanguíneos. A veces, en lugar de quimioterapia y radiación, se puede recomendar una cirugía más extensa, como una resección anterior baja (LAR) o una resección abdominoperineal (APR) (explicada a continuación), seguida de quimioterapia y radiación.

Microcirugía endoscópica transanal (TEM)

Esta operación algunas veces se puede emplear para los cánceres en etapa I inicial que se encuentran más arriba del recto y que no pueden alcanzarse usando la resección transanal convencional (refiérase a la información anterior). Se introduce un instrumento magnificador especialmente diseñado por el ano hacia el recto. Esto permite al cirujano hacer una resección transanal con gran precisión y exactitud. Esta

operación requiere equipo especial y cirujanos con entrenamiento especial y experiencia, por lo que sólo se hace en ciertos centros de atención contra el cáncer.

Resección anterior baja

Algunos cánceres rectales en etapa I y la mayoría en etapa II o III en la parte superior del recto (cerca de donde se conecta con el colon) pueden ser extirpados mediante una resección anterior baja (low anterior resection, LAR). En esta operación, se extrae la parte del recto que contiene el tumor. La parte baja de del colon es luego adherida a la parte remanente del recto (inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía) para que el paciente pueda tener sus evacuaciones intestinales de la manera usual.

Se realiza una resección anterior baja con anestesia general para inducir al paciente a dormir profundamente. El cirujano procede a hacer varias incisiones pequeñas (cortes) sobre el abdomen. Se extrae el cáncer y un margen (borde) de tejido normal circundante al tumor, junto con los ganglios linfáticos y otros tejidos alrededor del recto.

Luego el colon se vuelve a conectar al recto restante, por lo que una [colostomía](#)⁴ permanente no es necesaria (una colostomía es necesaria cuando, en lugar de reconectar el colon y el recto, el extremo superior del colon se conecta a una abertura que se hace sobre la piel del abdomen y por la cual los residuos fecales son desechados).

Si se administra radioterapia y quimioterapia antes de la cirugía, es común que se haga una [ileostomía](#)⁵ de corto plazo (esto consiste de conectar la parte final del intestino delgado, el íleon, a un orificio que se hace sobre la piel del abdomen). Esto le da tiempo al recto para sanar antes de que las heces fecales sean evacuadas de nuevo a través del colon. En la mayoría de los casos, la ileostomía se puede revertir (se reconectan los intestinos) aproximadamente después de ocho semanas.

La mayoría de los pacientes pasará varios días en el hospital después de una resección anterior baja, dependiendo de cómo se realizó la cirugía y de su estado general de salud. Puede que la recuperación tome de tres a seis semanas en casa.

Proctectomía con anastomosis coloanal

Algunos cánceres de recto en etapa I y la mayoría de los cánceres en etapa II y III que se encuentran en el tercio medio inferior del recto requerirán la extirpación de todo el recto (como *proctectomía*). Se requiere la extracción del recto para realizar una escisión mesorectal total, la cual se necesita para extirpar todos los ganglios linfáticos

cercanos al recto. Luego el colon es conectado al ano (*anastomosis coloanal*) para que la expulsión de la materia fecal ocurra de manera natural.

Algunas veces, cuando se realiza la anastomosis coloanal, se realiza una forma de bolsa doblando hacia atrás una parte pequeña del colon (*saco colónico en forma de J*) o agrandando un segmento del colon (*coloplastia*). Este pequeño depósito o bolsa en el colon funciona como la parte en la que desembocan la heces fecales como el recto lo hacía antes de la cirugía. Cuando se necesitan técnicas especiales para evitar una colostomía permanente, puede que se requiera de una ileostomía de corto plazo (el extremo del íleon, la última parte del intestino delgado, se conecta a un orificio sobre la piel del abdomen) durante ocho semanas aproximadamente mientras que el intestino se cura. Luego, una segunda operación se lleva a cabo para reconectar los intestinos y cerrar la abertura de la ileostomía.

Esta operación requiere el uso de anestesia general (uso de medicamentos para que el paciente se encuentre profundamente dormido durante el procedimiento). La mayoría de los pacientes pasará varios días en el hospital después de la cirugía, dependiendo de cómo se realizó la operación y de su estado general de salud. Puede que la recuperación tome de tres a seis semanas en casa.

Resección abdominoperineal (APR)

Esta operación es más compleja que la LAR. Puede que se use para tratar algunos casos de cáncer en etapa I y muchos en etapa II y III que se encuentren en la parte inferior del recto (la parte cercana al ano). A menudo es necesaria cuando el cáncer se ha desarrollado hacia el músculo del esfínter (el cual mantiene el ano cerrado para impedir la salida de las heces fecales) o cuando el tumor está cerca de los músculos que ayudan a controlar el flujo de la orina (referidos como *músculos elevadores*).

En este procedimiento, el cirujano hace un corte o incisión (o varias incisiones pequeñas) sobre la piel del abdomen y otra en la piel alrededor del ano. Esto permite al cirujano extirpar el recto, el ano y los tejidos alrededor, incluyendo el músculo del esfínter. Debido a la extirpación del ano, se requerirá de una colostomía permanente (el extremo del colon se conecta a un orificio que se hace sobre la piel del abdomen) para permitir la expulsión de la materia fecal.

Esta operación requiere el uso de anestesia general (uso de medicamentos para que el paciente se encuentre profundamente dormido durante el procedimiento). La mayoría de los pacientes pasará varios días en el hospital después de la cirugía, dependiendo de cómo se realizó la operación y de su estado general de salud. El periodo de recuperación en el hogar puede ser de tres a seis semanas.

Exenteración pélvica

Si el cáncer rectal está creciendo hacia los órganos adyacentes, puede que sea recomendable una exenteración pélvica. Esta operación es de mayor magnitud. El cirujano extirpará el recto, así como cualquier otro órgano cercano afectado por el cáncer, como la vejiga, la próstata (en hombres) o el útero (en mujeres), si el cáncer se ha propagado a estos órganos.

Tras la exenteración pélvica se requiere proceder con una colostomía. Si la vejiga es extraída, se requerirá también de una [urostomía](#)⁶ (abertura sobre la piel del abdomen por donde la orina sale del cuerpo y es contenida en un sistema de bolsa que se adhiere a la piel). Puede que tome muchos meses la recuperación total por tratarse de una cirugía complicada.

Colostomía de derivación

En algunos pacientes, el cáncer rectal se ha propagado ocasionando también que tengan tumores que bloquean el recto. En tal caso, puede que se realice una cirugía para aliviar la obstrucción sin extraer la parte del recto que contiene el cáncer. En lugar de ello, el c1i5.0 1 78 del rcorhomse una

operación pueden incluir: sangrado debido a la cirugía, infecciones en el sitio de la cirugía y coágulos sanguíneos en las piernas.

Al despertar tras la cirugía, habrá algo de dolor y probablemente se necesitará de medicamentos contra el dolor durante varios días. Durante los primeros días, puede que no sea posible comer o que se permita el consumo limitado de líquidos, ya que el colon necesita tiempo para recuperarse. La mayoría de la gente puede volver a comer alimento sólido después de unos cuantos días.

Rara vez, puede que las nuevas conexiones entre los extremos del colon no logren adherirse originándose una fuga. Esto puede rápidamente generar un grave dolor abdominal, fiebre y una sensación de endurecimiento en la región estomacal. Puede que una fuga menor impida la evacuación de los intestinos, que se tenga pérdida del

Para más información, consulte [Una guía sobre colostomía](#)⁷ y [Una guía sobre ileostomía](#)⁸.

Función sexual y fertilidad

La cirugía rectal se ha relacionado con problemas sexuales y problemas de calidad de vida. Hable con su médico acerca de cómo se verá y funcionará su cuerpo después de la cirugía. Pregunte sobre el impacto que la cirugía tendrá sobre su vida sexual. Usted y su pareja deben saber lo que se puede esperar, por ejemplo:

- **En el caso de los hombres**, una resección abdominoperineal puede impedir la erección o la capacidad de alcanzar el orgasmo. En otros casos, puede que el placer en el orgasmo sea menos intenso. El envejecimiento normal puede ocasionar algunos de estos cambios, pero éstos pueden empeorar debido a la cirugía. Una resección abdominoperineal también puede afectar la fertilidad. Consulte con su médico si usted considera tener hijos en el futuro, ya que puede que haya maneras de lograr esto.
- **En el caso de las mujeres**, por lo general una cirugía rectal (excepto la exenteración pélvica) no causa pérdida alguna de la función sexual. Las adherencias abdominales (tejido cicatricial) algunas veces pueden causar dolor o molestia durante el acto sexual. Si se extirpa el útero, el embarazo ya no es una posibilidad.

Si tiene una colostomía, puede tener un impacto en la imagen corporal y el nivel de comodidad sexual. Si bien puede requerir algunos ajustes, no debería impedirle disfrutar de una vida sexual placentera.

Para más información al respecto, refiérase a la sección de [efectos secundarios sobre la fertilidad y sexualidad](#)⁹.

Más información sobre cirugía

Para acceder a información general sobre la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [cirugía contra el cáncer](#)¹⁰.

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)¹¹.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/ganglios-linfaticos-y-cancer.html
4. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html
5. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html
6. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/urostomia.html
7. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html
8. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html
9. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad.html
10. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia.html
11. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html

Referencias

Kelly SR and Nelson H. Chapter 75 – Cancer of the Rectum. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Lee DJ, Sagar PM, Sadadcharam G, Tan KY. Advances in surgical management for locally recurrent rectal cancer: How far have we come? *World J Gastroenterol*. 2017;23(23):4170-4180.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En:

localized rectal cancer patients in terms of perioperative and long-term outcomes over the past decades? A systematic review and meta-analysis based on 41,121 patients. *Int J Cancer*. 2017 1;141(5):1052-1065.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 23, 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.1.2020. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on Feb 23, 2020.

Orsini RG, Vermeer TA, Traa MJ, et al. Does extended surgery influence health-related quality of life in patients with rectal cancer? *Dis Colon Rectum*. 2015;58(2):179-185.

Rausa E, Kelly ME, Bonavina L, O'Connell PR, Winter DC. A systematic review examining quality of life following pelvic exenteration for locally advanced and recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2017;19(5):430-436.

São Julião GP, Habr-Gama A, Vailati BB, et al. New Strategies in Rectal Cancer. *Surg Clin North Am*. 2017;97(3):587-604.

Sun V, Grant M, Wendel CS, et al. Sexual Function and Health-Related Quality of Life in Long-Term Rectal Cancer Survivors. *J Sex Med*. 2016;13(7):1071-1079.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Ablación y embolización para el cáncer colorrectal

- [Ablación](#)
- [Embolización](#)

Si todo el tumor canceroso principal en el colon o recto puede ser extraído con cirugía, las otras técnicas podrían emplearse para destruir las pequeñas partes propagadas con el cáncer.

La ablación y la embolización también pueden ser excelentes alternativas para las personas cuyos tumores metastásicos regresan después de la cirugía, cuyos cánceres no se pueden curar con la cirugía o que no pueden someterse a cirugía debido a otras razones. Esto podría ayudar a una persona a vivir más tiempo. También puede ser útil en tratar problemas ocasionados por el cáncer, como dolor.

En la mayoría de los casos, los pacientes no requieren de hospitalización para estos tratamientos.

alcohol concentrado directamente en el tumor para dañar las células cancerosas. Esto usualmente se hace a través de la piel usando una aguja que es guiada por ecografía o tomografías computarizadas (CT). En ocasiones a veces pueden necesitarse múltiples tratamientos de ablación con alcohol.

Criocirugía (crioterapia o crioablación)

La criocirugía destruye el tumor mediante congelación con una sonda de metal. La sonda es guiada por la piel hasta alcanzar el tumor usando una ecografía. Luego se induce gas muy frío a través del extremo de la sonda para congelar el tumor, lo que destruye las células cancerosas. Este método puede tratar tumores más grandes que las otras técnicas de ablación, pero a veces requiere de anestesia general (uso de medicamentos para que el paciente esté profundamente dormido durante el procedimiento). El tratamiento puede repetirse tantas veces como se requiera para eliminar todas las células cancerosas.

Efectos secundarios de la terapia de ablación

Los posibles efectos secundarios después de la terapia de ablación incluyen:

- Dolor abdominal
- Infección en el hígado
- Fiebre
- Sangrado en la cavidad torácica o en el abdomen
- Pruebas hepáticas con resultados anormales.

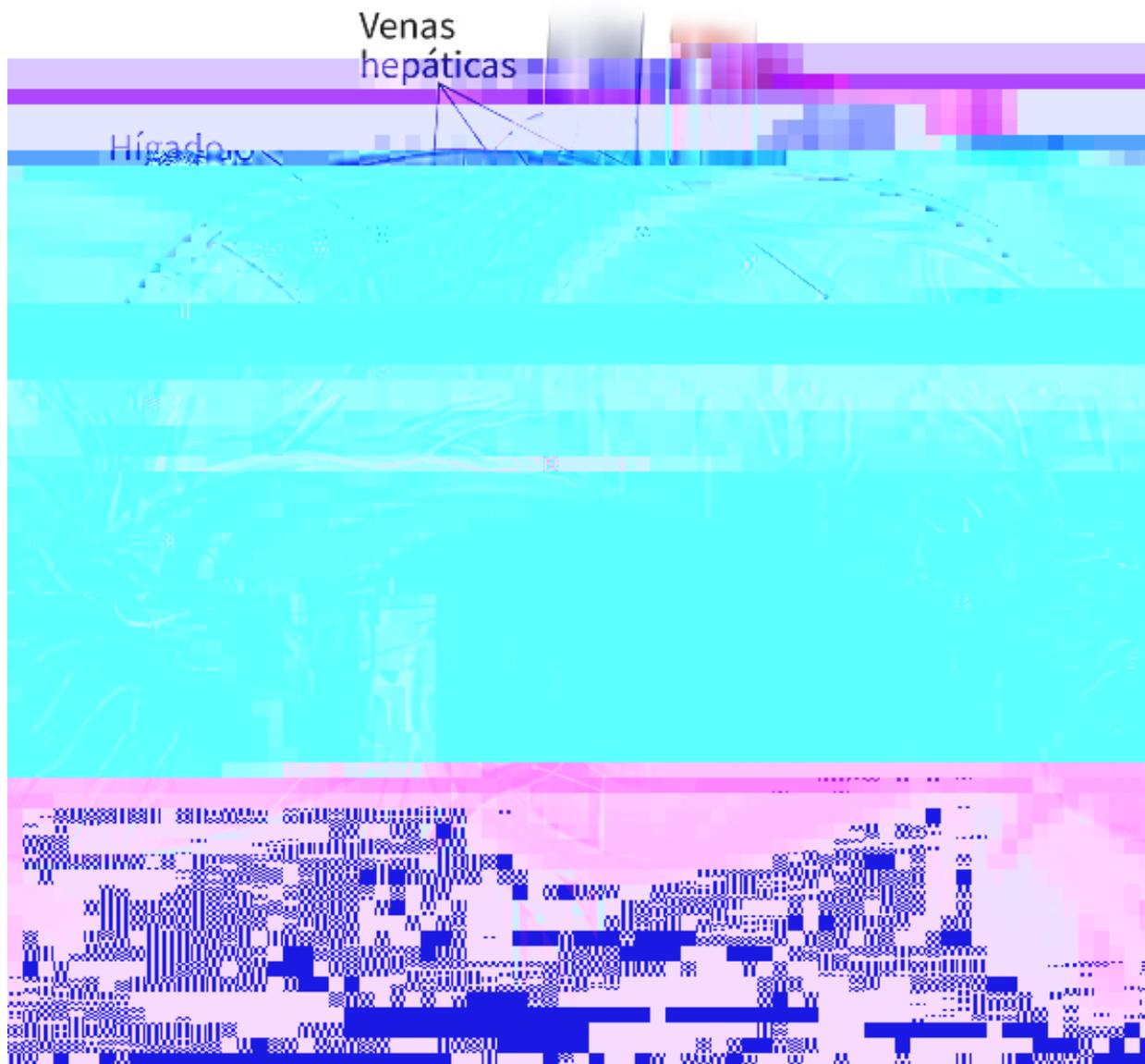
Las complicaciones graves son poco comunes, pero es posible que ocurran.

Embolización

La embolización se usa para tratar masas en el hígado. La embolización procedimiento, una sustancia se inyectan directamente en una arteria en el hígado para bloquear o reducir el flujo de sangre al tumor.

El hígado es especial porque tiene dos fuentes sanguíneas. La mayoría de las células del hígado obtienen sangre de las ramificaciones de la *vena porta*, pero las células cancerosas en el hígado por lo general obtienen el suministro sanguíneo de ramificaciones de la *arteria hepática*. Al bloquear la parte de la arteria hepática que alimenta el tumor, se ayuda a eliminar las células cancerosas, pero deja la mayoría de las células sanas del hígado sin afectar debido a que estas obtienen el suministro de

sangre de la vena portal.



La embolización se puede usar para tratar tumores de más de 5 cm (aproximadamente 2 pulgadas) de ancho que a menudo son demasiado grandes para ser tratados con ablación. También puede emplearse junto con la ablación. La embolización reduce en algo el suministro de sangre al tejido normal del hígado. Por lo tanto, puede que esta no sea una buena opción para pacientes con daño hepático debido a enfermedades como hepatitis o cirrosis.

Existen tres tipos principales de procedimientos de embolización usados para tratar el cáncer de colon o de recto que se ha propagado (que ha hecho metástasis) hacia el

hígado:

- La **embolización de la arteria** también es referida como *embolización transarterial* (o *TAE*). En este procedimiento, se coloca un catéter (un tubo flexible y delgado) en una arteria a través de un pequeño corte en la parte interna del muslo y se guía hasta la arteria hepática en el hígado. Por lo general, se inyecta un tinte en la sangre en ese momento para permitir al médico y control el paso del catéter mediante [imágenes radiográficas](#)³. Una vez que se coloca el catéter, se inyectan pequeñas partículas en la arteria para taparla, bloqueando el oxígeno y los nutrientes importantes del cáncer.
- Este tratamiento, también llamado **quimioembolización** o *quimioembolización transarterial* (o *TACE*) combina la embolización arterial con la quimioterapia. Este procedimiento consiste de administrar quimioterapia a través de un catéter que se coloca directamente en la arteria que alimenta al tumor, tapando enseguida la arteria para que la quimioterapia quede confinada cerca del tumor. Puede que se administren múltiples tratamientos en el transcurso de 4 a 6 semanas.
- La **radioembolización** combina la embolización con la radioterapia. esto se realiza al inyectar esferas radiactivas (*microesferas*) cubiertas de itrio-90 radiactivo (Y-90) que se suministra en la arteria hepática. Las esferas se alojan en los vasos sanguíneos cercanos al tumor donde emiten pequeñas cantidades de radiación en el lugar donde está el tumor por varios días. La radiación se desplaza a una distancia muy corta de modo que sus efectos son limitados principalmente al tumor.

Posibles efectos secundarios de la embolización

Los posibles efectos secundarios después de la embolización incluyen:

- Dolor abdominal
- Fiebre
- Náuseas
- Infección en el hígado
- Inflamación de la vesícula biliar
- Coágulos de sangre en los principales vasos sanguíneos del hígado
- Pruebas hepáticas con resultados anormales.

Debido a que se puede afectar el tejido hepático sano, existe un riesgo de que la

función del hígado empeore después de la embolización. Este riesgo es mayor si se hace la embolización a una rama grande de la arteria hepática. Las complicaciones graves son poco comunes, pero es posible que ocurran.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html

in Oncology: Rectal Cancer. V.1.2020. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on Feb 23, 2020.

Song P, Sheng L, Sun Y, et al. The clinical utility and outcomes of microwave ablation for colorectal cancer liver metastases. *Oncotarget*. 2017;8(31):51792-51799.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Radioterapia contra el cáncer colorrectal

- [Radiación para el cáncer de colon](#)
- [Radiación contra el cáncer de recto](#)
- [Tipos de radioterapia](#)
- [Posibles efectos secundarios de la radioterapia](#)
- [Más información sobre radioterapia](#)

cualquier célula cancerosa que puede que haya quedado.

- Durante la cirugía, aplicándose justo a la región donde se encontraba el cáncer, para eliminar cualquier célula cancerosa que pudiera haber quedado. A esto se le conoce como *radioterapia intraoperativa*.
- Junto con la quimioterapia para ayudar a controlar el cáncer en personas que no tienen un estado de salud lo suficientemente bueno como para someterse a una cirugía.
- Para aliviar los síntomas si el cáncer de colon en etapa avanzada está causando obstrucción, sangrado o dolor en los intestinos.
- Para ayudar a tratar el colon cáncer que se ha propagado a otras áreas, como los huesos, pulmones o el cerebro.

Radiación contra el cáncer de recto

Para el **cáncer rectal**, la radioterapia es el tratamiento más común y puede que se utilice:

- Antes y/o después de la cirugía a menudo con quimioterapia, para ayudar a evitar que el cáncer regrese. Actualmente, muchos médicos favorecen administrar la radioterapia antes de la cirugía, ya que puede hacer más fácil la extracción del tumor canceroso, especialmente si el tamaño o la localización del cáncer pueden dificultar la cirugía. A esto se le llama *tratamiento neoadyuvante*. Administrar quimiorradiación antes de la cirugía también puede ayudar a reducir las posibilidades de dañar los músculos del esfínter en el recto cuando se realiza la cirugía. En cualquiera de estos casos, los ganglios linfáticos adyacentes también reciben tratamiento.
- Durante la cirugía, aplicándose justo a la región donde se encontraba el tumor, para eliminar cualquier célula rectal cancerosa que pudiera haber quedado. A esto se le conoce como *radioterapia intraoperativa*.
- Con o sin quimioterapia para ayudar a controlar el cáncer rectal en las personas que no están lo suficientemente saludables como para someterse a una cirugía o para aliviar los síntomas en las personas con cáncer avanzado que esté causando bloqueo intestinal, sangrado o dolor.
- Para volver a someter a tratamiento los tumores que hayan regresado en la región pélvica tras haberse sometido a radioterapia.
- Para ayudar a tratar el cáncer rectal que se ha propagado a otras áreas, como los huesos, pulmones o el cerebro.

Tipos de radioterapia

Se pueden usar diferentes tipos de radioterapia para tratar los cánceres de colon y de recto.

Radioterapia de rayos externos

También referida por sus siglas en inglés EBRT, este tipo de radioterapia se usa con más frecuencia en personas con cáncer de colon o recto. La radiación se dirige al cáncer desde una máquina que está fuera del cuerpo, y es como hacerse una radiografía, aunque la radiación es más intensa. Qué tan seguido y por cuánto tiempo una persona debe recibir radiación dependerá de la razón por la que se esté administrando, así como de otros factores. Podría ser que los tratamientos se repitan durante el transcurso de unos cuantos días o semanas.

[Técnicas de EBRT¹](#)

Quimioterapia contra el cáncer colorrectal

- [¿Cómo se administra la quimioterapia?](#)
- [Medicamentos de quimioterapia usados en el tratamiento contra el cáncer colorrectal](#)
- [Posibles efectos secundarios de la quimioterapia](#)
- [Más información sobre quimioterapia](#)

La quimioterapia (quimio) consiste en tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se pueden inyectar en una vena o administrar por vía oral. Estos medicamentos pasan a través del torrente sanguíneo y llegan hasta casi todas las partes del cuerpo. A menudo, la quimioterapia se usa para tratar el cáncer colorrectal.

La quimioterapia se puede usar en distintas ocasiones durante el tratamiento contra cáncer colorrectal.

- La **quimioterapia adyuvante** se administra *después* de la cirugía. El objetivo es destruir células cancerosas que podrían haber quedado durante la cirugía porque eran demasiado pequeñas como para verse, así como células cancerosas que podrían haber escapado del tumor principal y se establecieron en otras partes del cuerpo (pero son demasiado pequeñas como para verlas en estudios por imágenes). Esto ayuda a disminuir la probabilidad de que el cáncer regrese.
- La **quimioterapia neoadyuvante** se administra (algunas veces junto con radioterapia) *antes* de la cirugía para tratar de reducir el tamaño del cáncer y así hacer más fácil la cirugía. Este método se usa frecuentemente para tratar el cáncer de recto.
- Para los **cánceres avanzados** que se han extendido a otros órganos, como el hígado, la quimioterapia puede utilizarse para ayudar a encoger tumores y aliviar los problemas que estén causando. Aunque sea poco propenso a combatir el cáncer, a menudo ayuda a las personas a sentirse mejor y vivir más tiempo.

¿Cómo se administra la quimioterapia?

La quimioterapia puede suministrarse de diversas formas en el tratamiento contra el cáncer colorrectal.

cáncer colorrectal

Entre los medicamentos comunes empleados para el cáncer colorrectal se incluye:

- **5-fluorouracilo (5-FU)**
- La **capecitabina (Xeloda)** es un píldora o pastilla que una vez que ingresa al tumor se transforma en 5-FU.
- **Irinotecan (Camptosar)**

- Aumento de la probabilidad de infecciones (debido a que hay muy pocos glóbulos blancos)
- Tendencia a presentar moretones o sangrados fácilmente (debido a que hay muy pocas plaquetas)
- Cansancio (debido a que hay muy pocos glóbulos rojos y a otras razones)

Otros efectos secundarios posibles se deben a ciertos medicamentos. Pregunte al equipo de atención médica contra el cáncer sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos específicos que esté recibiendo. Por ejemplo:

- El **síndrome de pies y manos** puede ocurrir durante el tratamiento con capecitabina o 5-FU (cuando se administra como una infusión). Este síndrome comienza con un enrojecimiento de las manos y los pies, y luego podría progresar al punto de que haya dolor e hipersensibilidad en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Si la afección empeora, puede que aparezcan ampollas o descamación en la piel que algunas veces ocasionan llagas dolorosas (ulceraciones). Es importante notificar inmediatamente a su médico sobre cualquier síntoma inicial, como enrojecimiento o sensibilidad, para que se tomen las medidas necesarias y así evitar que la afección empeore.
- La **neuropatía** (daño a los nervios) es un efecto secundario común del oxaliplatino. Los síntomas incluyen hormigueo, adormecimiento e incluso dolor en las manos y los pies. También puede ocasionar hipersensibilidad al frío en garganta y esófago (conducto que conecta la garganta con el estómago), así como en las palmas de las manos. Esto puede causar dolor en la garganta al beber líquidos fríos o al sostener un vaso frío. Si se le va administrar oxaliplatino, consulte primero con su médico sobre los efectos secundarios e infórmelo inmediatamente si padece entumecimiento y hormigueo u otros efectos secundarios.
- Las **reacciones alérgicas** o reacciones hipersensibles pueden ocurrir en algunas personas mientras estén recibiendo medicación con oxaliplatino. Entre los síntomas se puede incluir sarpullido, opresión en el pecho y dificultad para respirar, dolor de espalda, mareos, aturdimiento o debilidad. Asegúrese de informar a su enfermera de inmediato si nota cualquiera de estos síntomas mientras le estén administrando los medicamentos de la quimioterapia.
- La **diarrea** es un efecto secundario común con muchos de estos quimioterapia medicamentos, aunque empeora con el irinotecán. Para prevenir la deshidratación, resulta necesario tratar inmediatamente la diarrea (la primera vez que se presenten heces líquidas). A menudo, esto implica tomar un medicamento como la loperamida (Imodium). Si usted está recibiendo tratamiento con un medicamento

de quimioterapia que es propenso a estar causándole diarrea, su médico le dará instrucciones sobre qué medicamentos tomar y la frecuencia con que debe tomarlos para controlar este problema.

La mayoría de estos efectos secundarios desaparece con el tiempo tras haber completado el tratamiento. Algunos efectos, como el entumecimiento de las manos y los pies ocasionado por el oxaliplatino, pueden durar mucho tiempo. Muchas veces hay métodos para aminorar los efectos secundarios. Por ejemplo, se le pueden administrar medicamentos para ayudar a prevenir o reducir las náuseas y los vómitos o se le puede indicar que se mantenga trocitos de hielo en la boca mientras se administra la

2. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html

Referencias

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

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En:

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Medicamentos de terapia dirigida contra el cáncer colorrectal

- [Medicamentos que tienen como blanco la formación de vasos sanguíneos \(VEGF\)](#)
- [Medicamentos cuyo objetivo es dirigir su efecto en células cancerosas con cambios en el EGFR](#)
- [Medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen BRAF](#)
- [Medicamentos cuyo efecto está dirigido a las células con cambios HER2](#)
- [Medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen NTRK](#)
- [Otros medicamentos de terapia dirigida](#)
- [Más información sobre terapia dirigida](#)

A medida que los investigadores conocen más acerca de los cambios en las células que causan cáncer en colon o recto, nuevos tipos de medicamentos se han desarrollado para que su efecto se dirija específicamente a estos cambios. Estos medicamentos de terapia dirigida funcionan de distinta manera que los que se usan comúnmente en [quimioterapia](#). Algunas veces, estos medicamentos funcionan cuando los medicamentos de quimioterapia no son eficaces y a menudo presentan efectos secundarios diferentes. Se pueden usar junto con quimioterapia o por sí solos si la quimioterapia ya no es eficaz.

Al igual que la quimioterapia, estos medicamentos entran en el torrente sanguíneo y alcanzan todas las áreas del cuerpo, haciendo que sean útiles contra el cáncer que se ha propagado a partes distantes del cuerpo.

Podrían emplearse diferentes tipos de medicamentos de terapia dirigida como parte del tratamiento contra el cáncer colorrectal.

Medicamentos que tienen como blanco la formación de vasos sanguíneos (VEGF)

El factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF, por sus siglas en inglés) es una proteína que ayuda a los tumores a desarrollar nuevos vasos sanguíneos para obtener nutrientes (un proceso conocido como *angiogénesis*). Se pueden emplear medicamentos que impiden el trabajo del VEGF para tratar algunos cánceres de colon

o de recto. Entre las opciones se incluye:

- **Bevacizumab (Avastin)**
- **Ramucirumab(Cyramza)**
- **Ziv-aflibercept (Zaltrap)**

Estos medicamentos se administran en forma de infusiones por vía intravenosa cada 2 o 3 semanas, en la mayoría de los casos junto con la quimioterapia. A menudo la combinación de estos medicamentos con la quimioterapia, puede ayudar a prolongar el tiempo de vida de la gente con cáncer de colon o recto en etapas avanzadas.

Posibles efectos secundarios de los medicamentos que tienen como blanco al VEGF

Los efectos secundarios comunes de estos medicamentos incluyen:

- Hipertensión arterial (presión alta)
- Cansancio extremo (fatiga)
- Sangrado
- Recuentos bajos de glóbulos blancos (con mayor riesgo de infecciones)
- Dolores de cabeza.
- Úlceras (llagas) en la boca
- Pérdida del apetito
- Diarrea

Aunque se presentan pocas veces, los posibles efectos secundarios incluyen coágulos sanguíneos, sangrado profuso, *perforaciones* (orificios) en el colon, problemas cardiacos, problemas renales y lenta curación de heridas. Si hay una perforación en el colon, esto puede causar una grave infección que haga necesaria la cirugía para corregir este problema.

Aunque es infrecuente, el efecto secundario más grave de estos medicamentos es una reacción alérgica durante la infusión, lo que puede causar problemas con la respiración

reacción alérgica durante la infusión, lo que puede causar problemas con la respiración y bajar la presión arterial. Para ayudar a prevenir esto, se pueden administrar medicamentos antes del tratamiento.

Medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen *BRAF*

Una pequeña cantidad de casos de cáncer colorrectal presenta cambios (mutaciones) en el gen *BRAF*. Las células del cáncer colorrectal con estos cambios producen una proteína BRAF anormal que fomenta el desarrollo de la enfermedad. Algunos medicamento están dirigidos contra la proteína BRAF anormal.

Si tiene cáncer colorrectal que se ha propagado, se procederá probablemente con un análisis del cáncer para ver si las células presentan un cambio en el gen *BRAF* referido como BRAF V600E, lo cual puede hacer que la célula genere la proteína BRAF anormal.

Encorafenib (Braftovi) es un **inhibidor BRAF**, un fármaco que ataca la proteína BRAF anormal. Este medicamento, cuando se administra con un inhibidor de EGFR (como se mencionó anteriormente), puede reducir o retardar el crecimiento del cáncer colorrectal en algunas personas cuyo cáncer se ha propagado. La combinación de estos dos medicamentos también parece ayudar a las personas con cáncer colorrectal avanzado a vivir más tiempo.

Este medicamento se suministra por vía oral con píldoras o pastillas que se toma una vez al día.

Entre los **efectos secundarios** comunes pueden incluir engrosamiento de la piel, diarrea, sarpullido, pérdida de apetito, dolor abdominal, dolor en las articulaciones, fatiga y náuseas.

Algunas personas tratadas con un inhibidor de BRAF podrían ser propensas a tener un nuevo [cáncer de piel de células escamosas](#)¹. Estos cánceres a menudo se pueden tratar extirpándolos. Aun así, el médico querrá examinar la piel del paciente con cierta frecuencia durante el tratamiento, en conjunto con revisiones de seguimiento por varios meses después. Además, usted debe notificar inmediatamente a su médico si nota cualquier crecimiento nuevo o área anormal en su piel.

Medicamentos cuyo efecto está dirigido a las células con cambios HER2

Las células cancerosas en un reducido porcentaje de casos de cáncer colorrectal

presentan una gran cantidad de una proteína promotora del crecimiento llamada HER2 en la capa superficial. A los tumores con niveles aumentados de HER2 se les conoce como **positivos para HER2**. Los medicamentos cuyo efecto se dirige a la proteína HER2 podrían ser útiles para tratar estos cánceres.

Entre los medicamentos de este tipo que podrían emplearse contra los casos de cáncer colorrectal HER2-positivo se incluye:

- **Trastuzumab (Herceptin, además de otros nombres)**
- **Pertuzumab (Perjeta)**
- **Tucatinib (Tukysa)**
- **Lapatinib (Tykerb)**
- **Fam-trastuzumab deruxtecan (Enhertu)**

Para el cáncer colorrectal HER2-positivo en etapa avanzada que ya ha sido tratado con quimioterapia, los regímenes de medicamentos dirigidos más comunes incluyen trastuzumab más tucatinib, lapatinib o pertuzumab.

ActualS16con nivele cpuzumab0 1 72 7 95.35 572.63 Tmo2f1la HER2

en los hábitos de evacuación tan pronto como ocurran.

El lapatinib y el tucatinib también puede causar **eritrodisestesia palmoplantar**, en el cual las manos y los pies presentan irritación y enrojecimiento, y podrían presentar ampollas y descamación.

El lapatinib y el tucatinib pueden generar **problemas hepáticos**. Su médico solicitará análisis de sangre para examinar su función hepática durante el tratamiento. Informe a su equipo de atención médica de inmediato si presenta posibles signos o síntomas de problemas hepáticos, como picazón en la piel, coloración amarillenta de la piel o las partes blancas de los ojos, orina oscura o dolor en la zona superior derecha del vientre.

El fam-trastuzumab deruxtecan puede causar **daño pulmonar** grave en algunas personas, incluyendo casos en los que la vida podría estar en peligro. Es muy importante informar al médico o enfermera de inmediato en caso de notar cualquier síntoma que surja como tos, respiración sibilante, dificultad para respirar o fiebre.

Medicamentos que atacan a las células con cambios en el gen *NTRK*

Un pequeño número de cánceres de colorrectales presenta cambios en uno de los genes *NTRK*. Esto ocasiona que produzcan proteínas TRK anormales, lo que puede provocar un crecimiento celular anormal y cáncer.

El **larotrectinib (Vitrakvi)** y el **entrectinib (Rozlytrek)** son medicamentos que cuyo efecto se dirige a las proteínas TRK. Estos medicamentos se pueden emplear en el caso de cánceres que presentan cambios en los genes *NTRK*. Estos medicamentos

de ella. Transportan señales importantes al centro de control de la célula. El regorafenib bloquea ciertas proteínas cinasas que ayudan a las células del tumor a crecer o ayudan a formar nuevos vasos sanguíneos para alimentar al tumor. El bloqueo de estas proteínas puede ayudar a detener el crecimiento de las células cancerosas.

Este medicamento se puede emplear en el tratamiento contra el cáncer colorrectal en etapa avanzada, por lo general cuando otros medicamentos hayan dejado de surtir efecto. Se toma por vía oral a través de pastillas (píldoras).

Entre los efectos secundarios comunes se incluye cansancio, síndrome de pies y manos (enrojecimiento e irritación de las manos y los pies), diarrea, hipertensión arterial, pérdida de peso y dolor abdominal.

Algunos efectos secundarios menos comunes, pero más graves son: sangrado profuso o perforaciones (orificios) en el estómago o los intestinos.

Más información sobre terapia dirigida

orificios) en el estóF2 12 Tf Beit0 ao Tm /F2 12 Tf 0 0 12 Tu0 0 rg.S180gQ BT 1 0 0 1 72e a2 427.27

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

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 19, 2020.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 19, 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V.3.2022. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf on January 20, 2023.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.4.2022. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on January 20, 2023.

Riley JM, Cross AW, Paulos CM, et al. The clinical implications of immunogenomics in colorectal cancer: A path for precision medicine. *Cáncer*. 2018 Jan 9.

Wright M, Beaty JS, Ternent CA. Molecular Markers for Colorectal Cancer. *Surg Clin North Am*. 2017;97(3):683-701.

Actualización más reciente: enero 20, 2023

Inmunoterapia contra el cáncer colorrectal

- [Inhibidores de puestos de control inmunitarios](#)
-

El pembrolizumab se puede utilizar como primer tratamiento para personas con cáncer colorrectal avanzado o metastásico. Este medicamento se suministra mediante infusión intravenosa (IV), cada 3 o 6 semanas.

El nivolumab se puede usar por sí solo o junto con ipilimumab (más detalles a continuación) para personas con cáncer colorrectal metastásico que siguió en desarrollo tras haberse aplicado tratamiento con [quimioterapia](#). Por lo general, se suministra por sí solo mediante infusión intravenosa (IV), cada 2 o 4 semanas. Si se usa junto con ipilimumab, se suministra cada 3 semanas.

Inhibidor CTLA-4

El **ipilimumab (Yervoy)** es otro medicamento que aumenta la respuesta inmune, pero tiene un objetivo diferente. Su objetivo es bloquear la CTLA-4, otra proteína en las células T que normalmente ayuda a mantenerlas en control.

Este medicamento puede usarse junto con nivolumab (Opdivo) para tratar el cáncer colorrectal, pero no se usa por sí solo. Se administra como infusión intravenosa (IV), usualmente una vez cada tres semanas por cuatro tratamientos.

Posibles efectos secundarios de la inmunoterapia

Entre los efectos secundarios de estos medicamentos se incluye cansancio, tos, náuseas, diarrea, erupciones en la piel, pérdida del apetito, estreñimiento, dolor en las articulaciones y picazón (comezón).

Otros efectos secundarios más graves pueden ocurrir con menos frecuencia.

Reacciones a la infusión: Algunas personas pueden presentar una reacción a la infusión mientras reciben estos medicamentos. Esto es como una reacción alérgica y puede incluir fiebre, escalofríos, enrojecimiento de la cara, erupciones en la piel, comezón de la piel, sensación de mareo, respiración sibilante y dificultad para respirar. Es importante que notifique inmediatamente a su médico o enfermera si presenta cualquiera de esos síntomas mientras recibe estos medicamentos.

Reacciones autoinmunes: básicamente, estos medicamentos remueven una de las medidas de protección del sistema inmunitario del organismo. Algunas veces el sistema inmunitario comienza a atacar otras partes del cuerpo causando problemas graves que incluso podrían poner la vida en peligro en los pulmones, los intestinos, el hígado, las glándulas productoras de hormonas, los nervios, la piel y los riñones, entre otros.

Resulta muy importante que notifique con prontitud al equipo de profesionales que atiende su salud cualquier efecto secundario nuevo que ocurra con cualquiera de estos medicamentos durante o después del tratamiento. Si se presentan graves efectos secundarios, puede que sea necesario que suspenda el tratamiento y que reciba altas dosis de corticoesteroides para suprimir su sistema inmunitario.

Más información sobre inmunoterapia

Para saber más sobre cómo se usa la inmunoterapia en el tratamiento contra el cáncer PDQ para el tratamiento, refiérase al contenido sobre [inmunoterapia contra el cáncer](#)².

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)³.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-para-el-cancer-colorrectal.html
2. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/inmunoterapia.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html

Referencias

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

Libutti SK, Saltz LB, Willett CG, and Levine RA. Ch 62 - Cancer of the Colon. En: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 11th ed. Philadelphia, pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2020. Accessed at https://www.cancer.gov/types/colorectal/c30_gPr0n_S_R_-pdqment. 2020.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 19, 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V.1.2020. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf on Feb 19, 2020.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Rectal Cancer. V.1.2020. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf on Feb 19, 2020.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Tratamiento contra el cáncer de colon según la etapa

El tratamiento del cáncer de colon se basa en gran medida en la [etapa](#)¹ (extensión) del cáncer, aunque otros factores también pueden ser importantes.

- [Tratamiento del cáncer de colon en etapa 0](#)
- [Tratamiento contra el cáncer de colon en etapa I](#)
- [Tratamiento del cáncer de colon en etapa II](#)
- [Tratamiento del cáncer de colon en etapa III](#)
- [Tratamiento del cáncer de colon en etapa IV](#)
- [Tratamiento del cáncer de colon del lado derecho versus el del lado izquierdo](#)
- [Tratamiento del cáncer de colon recurrente](#)

Debido a que los casos en etapa 0 no se han desarrollado más allá del revestimiento interno del colon, a menudo una cirugía para extraer todo cáncer es lo único que se requiere. En la mayoría de los casos esto se puede hacer al extraer el pólipo o al extirpar el área con el tumor canceroso mediante una colonoscopia (escisión local). En los casos en los que el tumor canceroso sea de un tamaño mayor que no haga posible la extracción total, puede que se proceda con la cirugía para extirpar una parte del colon (colectomía parcial).

Tratamiento contra el cáncer de colon en etapa I

Los cánceres de colon en etapa I han crecido más profundamente hacia las capas de la pared del colon, pero no se han propagado fuera de la pared del colon en sí (ni hacia los ganglios linfáticos adyacentes).

La etapa I incluye cánceres que fueron parte de un pólipo. Si el pólipo se extrae completamente durante la colonoscopia, sin células cancerosas en los bordes (márgenes) de la muestra obtenida, puede que no sea necesario administrar otro tratamiento.

Si el cáncer presente en el pólipo es de [grado alto](#)², o hay células cancerosas en los bordes del pólipo, lo recomendable podría ser más cirugía. Es posible que también se recomiende más cirugía si el pólipo no se pudo extirpar completamente o si tuvo que ser extraído en muchos fragmentos, dificultando ver si había células cancerosas en los bordes.

Para los cánceres que no están en un pólipo, el tratamiento convencional consiste en colectomía parcial (cirugía para extirpar la sección del colon que contiene cáncer y los ganglios linfáticos cercanos). Por lo general, no se necesitará tratamiento adicional.

Tratamiento del cáncer de colon en etapa II

Muchos de los casos de cáncer de colon en etapa II han traspasado la pared del colon (denominada **muscularis propria**) y posiblemente también los tejidos circundantes, pero aún sin alcanzar a los ganglios linfáticos.

La cirugía para extirpar la sección del colon que contiene el cáncer (colectomía parcial) junto con los ganglios linfáticos cercanos puede que sea el único tratamiento que se necesite.

En ciertos casos, se puede recomendar la terapia neoadyuvante (terapia antes de la cirugía) para el cáncer de colon en etapa II, especialmente si el tumor ha invadido o

está adherido a órganos vecinos (T4b). Esto generalmente se considera para el cáncer de colon localmente avanzado que inicialmente no es operable. Las decisiones sobre qué tipo de terapia neoadyuvante administrar en estos casos dependen de si el tumor tiene dMMR o MSI-H. Si el tumor es dMMR o MSI-H, [inmunoterapia](#) neoadyuvante (ya sea inhibidor de PD-1 solo o una combinación de inhibidor de PD-1 y CTLA-4) se

del colon que contiene el cáncer (colectomía parcial) junto con los ganglios linfáticos cercanos, seguida de quimioterapia adyuvante.

Para la quimioterapia, el régimen **FOLFOX** (5-FU, leucovorín, y oxaliplatino) o el régimen **CAPEOX** (capecitabina y oxaliplatino) se usan con más frecuencia, aunque algunos pacientes pueden recibir 5-FU con leucovorín o capecitabina sola según la edad y sus necesidades de salud. En el pasado, a la mayoría de los pacientes se les recomendaba recibir 6 meses de quimioterapia adyuvante para el tratamiento del cáncer de colon en etapa III. Investigaciones recientes han demostrado que 3 meses de quimioterapia adyuvante para algunos cánceres de colon en etapa III pueden ser igual de efectivos y aceptables.

Para algunos cánceres de colon avanzados que no se pueden extirpar completamente mediante cirugía (ya sea que el tumor haya invadido la pared del colon o haya presencia de ganglios linfáticos grandes y voluminosos), se podría recomendar quimioterapia neoadyuvante o inmunoterapia neoadyuvante para reducir el tamaño del cáncer y poder extirparlo más adelante con cirugía. . Generalmente se recomienda la quimioterapia neoadyuvante si el tumor es pMMR o MSS. Generalmente se recomienda la inmunoterapia neoadyuvante si el tumor es dMMR o MSI-H.

Para algunos cánceres avanzados que se extirparon mediante cirugía, en los cuales se descubrió que estaban adheridos a algún órgano cercano o aquellos en cuyas pruebas médicas den resultado positivo de presencia de cáncer (cáncer remanente o que no fue extraído tras la cirugía), la [radioterapia](#) adyuvante podría ser recomendable. La radioterapia y/o la quimioterapia también pueden ser opciones para personas que no están lo suficientemente sanas para someterse a una cirugía o cuando no es posible la resección completa debido a la ubicación del tumor.

Tratamiento del cáncer de colon en etapa IV

Los cánceres de colon en etapa IV se han propagado desde el colon hasta órganos y tejidos distantes. Con más frecuencia, el cáncer de colon se propaga al hígado, aunque también se puede propagar a otras partes del cuerpo, como pulmones, cerebro, peritoneo (la membrana que reviste la cavidad abdominal) o ganglios linfáticos distantes.

En la mayoría de los casos, es poco probable que la cirugía cure estos cánceres. Sin embargo, si sólo hay pocas y pequeñas áreas de propagación (metástasis) en el hígado o los pulmones y se pueden extraer junto con el cáncer de colon, la cirugía puede que ayude a que el paciente viva por más tiempo. Esto significaría realizar una cirugía para eliminar la sección del colon que contiene el cáncer junto con los ganglios

linfáticos cercanos, además de la cirugía para eliminar las áreas de propagación del cáncer. En algunos casos, si la metástasis hepática no se puede extirpar quirúrgicamente, [ablación o embolización](#) puede ser una opción.

La quimioterapia se puede administrar antes / o después de la cirugía. Si las metástasis no se pueden extirpar debido a que son muy grandes o hay demasiadas, se puede administrar quimioterapia antes de realizar cualquier cirugía (quimioterapia neoadyuvante). Si posteriormente el efecto observado resultó en una disminución del cáncer, entonces puede que se determine adecuado intentar la extracción del cáncer en su totalidad mediante la cirugía. Podría ser que también tras esta operación se suministre más quimioterapia.

Si el cáncer se ha propagado demasiado como para tratar de curarlo con cirugía, la

- Capecitabina, sola o con un medicamento de terapia dirigida
- Irinotecan, solo o con un medicamento de terapia dirigida
- Cetuximab o Panitumumab
- Regorafenib, trifluridina y tipiracilo (Lonsurf), solos o en combinación con bevacizumab

La selección de los regímenes depende de varios factores, incluyendo cualquier tratamiento previo y su salud general. Si uno de estos regímenes ya no surte efecto, se puede tratar con otro.

Para las personas cuyas células cancerosas presenten cambios en ciertos genes o proteínas, los medicamentos de terapia dirigida podrían ser una opción.

Para las personas cuyas células cancerosas tienen altos niveles de inestabilidad de microsatélites (MSI) o cambios en uno de los genes MMR, una opción después de la quimioterapia inicial podría ser el tratamiento con un [medicamento de inmunoterapia](#) como pembrolizumab, nivolumab o dostarlimab.

Para los casos de cáncer colorrectal en etapa avanzada, la [radioterapia](#) también se puede emplear para ayudar a prevenir o aliviar síntomas, como dolor en el colon debido al tumor. También podría usarse para tratar áreas de propagación, como en los pulmones o los huesos. Puede que encoja el tamaño de los tumores durante un tiempo, pero no es propenso a curar la enfermedad. Si su médico recomienda radioterapia, es importante que usted entienda el objetivo del tratamiento.

Tratamiento del cáncer de colon del lado derecho versus el del lado izquierdo

En los últimos años, las investigaciones han demostrado que las mutaciones genéticas encontradas en el cáncer de colon pueden ser diferentes dependiendo de si comenzó en el lado derecho o izquierdo del colon. Estas diferencias pueden afectar la forma en que el cáncer responde a ciertos tratamientos, así como el pronóstico de una persona (qué tan bien le va después del tratamiento).

Cáncer de colon del lado derecho

El lado derecho del colon incluye el ciego, el colon ascendente y aproximadamente 2/3 del colon transversal. Los cánceres que comienzan en el lado derecho del colon son:

- Menos común que el cáncer de colon del lado izquierdo

- Es más probable que ocurra en edades más avanzadas.
- Es más probable que esté relacionado con un síndrome de cáncer hereditario.
- Es más probable que sea dMMR o MSI-H
- Más probabilidades de tener una mutación BRAF o KRAS

Estos cánceres tienden a tener un peor pronóstico si el cáncer ha avanzado o se ha extendido fuera del colon, en comparación con los cánceres avanzados que comenzaron en el lado izquierdo. También es poco probable que respondan a la terapia anti-EGFR, incluso si el tumor resulta negativo para las mutaciones RAS y BRAF. El cáncer de colon del lado derecho puede responder mejor a la inmunoterapia, en comparación con los cánceres de colon del lado izquierdo.

Cáncer de colon del lado izquierdo

El lado izquierdo del colon incluye el resto del colon, que incluye el tercio restante del colon transversal, el colon descendente y el colon sigmoide. Los cánceres que comienzan en el lado izquierdo del colon son:

- Menos común que el cáncer de colon del lado derecho
- Es más probable que ocurra en edades más jóvenes.
- Es más probable que se le diagnostique en una etapa más temprana debido a los síntomas.
- Más probabilidades de presentar una mutación HER2

Estos cánceres tienden a tener un mejor pronóstico (prognosis) si el cáncer ha avanzado o se ha extendido fuera del colon, en comparación con los cánceres avanzados que comenzaron en el lado izquierdo. También son más propensos a responder a la terapia anti-EGFR, incluso si el tumor resulta negativo para las mutaciones RAS y BRAF. El cáncer de colon del lado izquierdo puede que sea propenso a responder mejor a la quimioterapia, en comparación con los cánceres de colon del lado derecho.

Tratamiento del cáncer de colon recurrente

Un cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento. La recurrencia puede ser local (cerca del área del tumor inicial) o puede estar en órganos distantes.

Recurrencia local

Si el cáncer regresa localmente, algunas veces la cirugía (a menudo seguida por quimioterapia) puede ayudarle a vivir por más tiempo y puede hasta curarle. Si el cáncer no se puede extraer mediante cirugía, se puede intentar usar quimioterapia primero. Si el tamaño del tumor se encoje lo suficiente, la cirugía podría ser una opción. Posteriormente, se podría suministrar más quimioterapia.

Recurrencia a distancia

Si el cáncer regresa en un área distante, es más probable que aparezca primero en el

- [starting-in-a-colon-polyp.html](#)
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
 4. www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/preocupaciones-de-salud-a-largo-plazo/recurrencia-del-cancer.html

Referencias

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

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

National Cancer Institute: Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2024. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/hp/colon-treatment-pdq> on Feb 5, 2024.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. V.1.2024. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colon.pdf on Feb 6, 2024.

Actualización más reciente: febrero 6, 2024

Tratamiento del cáncer de recto según la etapa

- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa 0](#)

resección transanal o una microcirugía endoscópica transanal. Para otros cánceres, se puede hacer una resección anterior baja (LAR), una proctectomía con anastomosis coloanal, o una resección abdominoperineal (APR), dependiendo del lugar exacto donde está localizado el cáncer en el recto

Por lo general, no es necesario tratamiento adicional después de estas operaciones a menos que el cirujano encuentre que el cáncer es más avanzado de lo que se pensaba antes de la cirugía. Si el cáncer es más avanzado, usualmente se administra una combinación de quimioterapia y radioterapia. El 5-FU y la capecitabina son los medicamentos de quimioterapia que se usan con más frecuencia.

Si el estado general de salud de un paciente no es lo suficientemente bueno como para poder proceder con una cirugía, puede que se proceda con quimioterapia y radioterapia suministradas de forma conjunta.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa II

Muchos cánceres de recto en etapa II han crecido a través de la pared del recto y se podrían extender hacia los tejidos adyacentes, mas no se han propagado a los ganglios linfáticos.

La mayoría de las personas con cáncer rectal en etapa II se tratarán con quimioterapia, radioterapia, y cirugía, aunque el orden de estos tratamientos puede ser diferente para algunas personas. Por ejemplo, un enfoque común para estos cánceres se presenta a continuación:

- Muchas personas reciben quimio y *radioterapia* (conocido como quimiorradiación) como su primer tratamiento. Por lo general, la quimioterapia administrada con radiación consiste en 5-FU o capecitabina (Xeloda).
- A esto le sigue a menudo cirugía, como una resección anterior baja (LAR), una proctectomía con anastomosis coloanal, o una resección abdominoperineal (APR), dependiendo de la ubicación del cáncer en el recto. Si la radioterapia y la quimioterapia reducen el tamaño del tumor lo suficiente, a veces se puede hacer una resección transanal en lugar de una LAR o APR más invasiva. Esto podría ayudar a evitar la necesidad de una colostomía. Sin embargo, para pacientes en tales circunstancias no todos los médicos coinciden en que este método sea lo más adecuado, ya que no permite al cirujano examinar los ganglios linfáticos cercanos para determinar si hay cáncer en ellos.
- Entonces se administra quimio adicional después de la cirugía, usualmente por un total de aproximadamente 6 meses. Puede que el tratamiento a ser suministrado

[arteria hepática](#)). Esto puede que encoja los tumores cancerosos del hígado más eficazmente que la quimioterapia administrada por vía intravenosa (IV) u oral.

Si el cáncer se ha propagado más ampliamente y no se puede extraer por completo mediante cirugía, las opciones de tratamiento dependen de si el cáncer está causando un bloqueo del intestino. Si esto ocurre, podría ser necesario realizar inmediatamente una cirugía. Si ese no es el caso, es probable que el cáncer sea tratado con quimioterapia y/o medicamentos de [terapia dirigida](#) (sin cirugía). Algunas de las opciones incluyen:

- FOLFOX: leucovorín, 5-FU, y oxaliplatino (Eloxatin).
- FOLFIRI: leucovorín, 5-FU, e irinotecán (Camptosar).
- CAPEOX o CAPOX: capecitabina (Xeloda) y oxaliplatino.
- FOLFOXIRI: leucovorín, 5-FU, oxaliplatino e irinotecán.
- Una de las combinaciones anteriores más un medicamento que ataca el VEGF (bevacizumab [Avastin], ziv-aflibercept [Zaltrap] o ramucirumab [Cyramza]) o uno que ataca el EGFR (cetuximab [Erbiximab] o panitumumab [Vectibix])
- 5-FU y leucovorín por sí solos o junto con un medicamento de terapia dirigida
- Capecitabina, sola o con un medicamento de terapia dirigida
- Irinotecan, solo o con un medicamento de terapia dirigida
- Cetuximab solo
- Reglumfenib gsF BT 1 0 0 1 87.6 3ab [A BT ety

Para las personas cuyas células cancerosas presenten niveles elevados de inestabilidad de microsatélites (MSI) o cambios en uno de los genes MMR, una opción después de la quimioterapia inicial podría ser el tratamiento con un [medicamento de inmunoterapia](#)

que se realiza la cirugía (*radioterapia intraoperatoria*), mientras que en otros puede que se suministre después. También la quimio se puede administrar después de la cirugía. Podría ser que también se aplique radiación en caso de que no se haya empleado antes.

Recurrencia a distancia

Si el cáncer regresa en una parte distante del cuerpo, el tratamiento dependerá de si el cáncer se puede remover mediante cirugía.

Si el cáncer se puede remover, se hace una cirugía. Puede que se suministre quimioterapia **antes** de la cirugía (consulte el listado de posibles opciones de medicamentos al remitirse al tratamiento contra el cáncer rectal en etapa IV, cuya contenido podrá ubicar anteriormente a esta). También es posible que **después** de la operación se suministre quimioterapia. Cuando el cáncer se ha propagado al hígado, se puede administrar quimioterapia a la arteria hepática que llega al hígado.

Si el cáncer no se puede extraer mediante cirugía, se puede administrar quimioterapia y/o [medicamentos de terapia dirigida](#). Para las personas con ciertos cambios genéticos en las células cancerosas, otra opción después podría ser el tratamiento con un medicamento de [inmunoterapia](#). Los medicamentos que se usen durante el tratamiento

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
4. www.cancer.org/es/cancer/supervivencia/preocupaciones-de-salud-a-largo-plazo/recurrencia-del-cancer/como-hacer-frente-a-la-recurrencia-del-cancer.html

Referencias

Kelly SR and Nelson H. Chapter 75 – Cancer of the Rectum. En: Niederhuber JE, Armitage JO, Dorshow JH, Kastan MB, Tepper JE, eds. *Abeloff's Clinical Oncology*. 6th ed. Philadelphia, pa: Elsevier: 2020.

Libutti SK, Willett CG, Saltz LB, and Levine RA. Ch 63 - Cancer of the Rectum. En: DeV Tmro5 T, Hly m MBS, Rosenr Jg SAeds.

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

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

cancer.org | 1.800.227.2345