

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 sean útiles para los cánceres en etapas más tempranas (cánceres más pequeños que no se han diseminado), pero también se pueden usar en otras situaciones. Los tipos de tratamientos locales utilizados para el cáncer colorrectal incluyen:

- [Cirugía contra el cáncer de colon](#)
- [Cirugía para el cáncer de recto](#)
- [Ablación y embolización para el cáncer colorrectal](#)
- [Radioterapia contra el cáncer colorrectal](#)

Tratamientos sistémicos

el cáncer colorrectal se puede tratar con medicamentos que pueden administrarse por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas opciones son referidas como *tratamientos sistémicos* porque pueden alcanzar las células cancerosas que pueden haberse propagado a través de todo cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer colorrectal, se pueden utilizar diferentes tipos de medicamentos, como:

- [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 quimioterapia o terapia dirigida de medicamentos

Puede que muchos otros especialistas también formen parte de su equipo de atención, incluyendo asistentes médicos, enfermeras con licencia para ejercer la medicina, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, y otros profesionales de la salud.

- [Profesionales de la salud relacionados con la atención del cáncer](#)

Tomar decisiones sobre el tratamiento

Es importante hablar con el médico sobre todas sus opciones de tratamiento, incluyendo sus objetivos y posibles efectos secundarios, para ayudarle a tomar una 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](#)

Thinking about taking part in a clinical trial

Clinical trials are carefully controlled research studies that are done to get a closer look at promising new treatments or procedures. Clinical trials are one way to get state-of-the-art cancer treatment. In some cases they may be the only way to get access to newer treatments. They are also the best way for doctors to learn better methods to treat cancer. Still, they're not right for everyone.

If you would like to learn more about clinical trials that might be right for you, start by asking your doctor if your clinic or hospital conducts clinical trials.

- [Clinical Trials](#)

Considering complementary and alternative methods

You may hear about alternative or complementary methods that your doctor hasn't mentioned to treat your cancer or relieve symptoms. These methods can include vitamins, herbs, and special diets, or other methods such as acupuncture or massage, to name a few.

Complementary methods refer to treatments that are used along with your regular medical care. Alternative treatments are used instead of a doctor's medical treatment. Although some of these methods might be helpful in relieving symptoms or helping you feel better, many have not been proven to work. Some might even be harmful.

Be sure to talk to your cancer care team about any method you are thinking about using. They can help you learn what is known (or not known) about the method, which can help you make an informed decision.

- [Complementary and Integrative Medicine](#)

Help getting through cancer treatment

People with cancer need support and information, no matter what stage of illness they may be in. Knowing all of your options and finding the resources you need will help you make informed decisions about your care.

Whether you are thinking about treatment, getting treatment, or not being treated at all, you can still get supportive care to help with pain or other symptoms. Communicating with your cancer care team is important so you understand your diagnosis, what treatment is recommended, and ways to maintain or improve your quality of life.

Different types of programs and support services may be helpful, and can be an important part of your care. These might include nursing or social work services, financial aid, nutritional advice, rehab, or spiritual help.

The American Cancer Society also has programs and services – including rides to treatment, lodging, and more – to help you get through treatment. Call our National Cancer Information Center at 1-800-227-2345 and speak with one of our trained specialists.

- [Palliative Care](#)
- [Programs & Services](#)

Choosing to stop treatment or choosing no treatment at all

For some people, when treatments have been tried and are no longer controlling the cancer, it could be time to weigh the benefits and risks of continuing to try new treatments. Whether or not you continue treatment, there are still things you can do to help maintain or improve your quality of life.

Some people, especially if the cancer is advanced, might not want to be treated at all. There are many reasons you might decide not to get cancer treatment, but it's important to talk to your doctors and you make that decision. Remember that even if you choose not to treat the cancer, you can still get supportive care to help with pain or other symptoms.

- [If Cancer Treatments Stop Working](#)

The treatment information given here is not official policy of the American Cancer Society and is not intended as medical advice to replace the expertise and judgment of your cancer care team. It is intended to help you and your family make informed decisions, together with your doctor. Your doctor may have reasons for suggesting a treatment plan different from these general treatment options. Don't hesitate to ask your

cancer care team any questions you may have about your treatment options.

Cirugía contra el cáncer de colon

- [Polipectomía y escisión local](#)
- [Colectomía](#)
- [Cirugía contra la propagación del cáncer de colon](#)
- [Efectos secundarios de la cirugía del colon](#)
- [Más información sobre cirugía](#)

La cirugía es a menudo el principal tratamiento contra el cáncer de colon en etapa inicial. El tipo de cirugía depende de la [etapa](#) (extensión) del cáncer, donde está localizado en el colon, y el objetivo de la cirugía.

Cualquier tipo de cirugía del colon requiere que el colon se encuentre vacío y limpio. Será necesario someterse a una dieta especial antes de la cirugía y puede que se requiera el consumo de bebidas laxantes y la aplicación de / enemas con el fin de expulsar toda la materia fecal de colon. Esta preparación intestinal es muy similar a la que se hace previamente a una [colonoscopia](#).

Polipectomía y escisión local

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](#) 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](#)) 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 **colostomía** y por lo general solo se requiere durante un plazo breve. En lugar del colon, a veces se conecta un extremo del intestino delgado (íleon) a un estoma en la piel. A esto se le llama **ileostomía**. En ambos casos se adhiere una bolsa recolectora al estoma en donde desembocan las heces fecales.

Una vez que el paciente se recupera, se realizará otra operación (conocida como colostomía inversa o ileostomía inversa) para adherir nuevamente los extremos del colon o para adherir el íleon al colon. Puede tomar de 2 a 6 meses después de que se hizo la ostomía por primera vez para que se realice esta cirugía de reversión debido a los tiempos de curación o incluso por necesidad de aplicar la quimioterapia. En ocasiones, si no se puede extirpar un tumor o colocar un tubo (stent), es posible que necesite una colostomía o una ileostomía permanente.

Para más información, consulte [Una guía sobre colostomía](#) y [Una guía sobre](#)

[ileostomía](#).

Cirugía contra la propagación del cáncer de colon

Algunos pacientes tienen cáncer de colon que se ha propagado hacia otras partes del cuerpo, además del tumor que está obstruyendo el colon. En tal caso, puede que se realice una cirugía para aliviar la obstrucción sin extraer la parte del colon que contiene el cáncer. En lugar de ello, el colon se corta por encima del tumor y se adhiere a un estoma (una abertura en la piel del abdomen) para permitir que las heces fecales salgan del cuerpo. Esta operación se llama **colostomía de derivación**. A menudo puede ayudar al paciente a recuperarse lo suficiente como para iniciar otros tratamientos (como la quimioterapia). También se puede realizar en los casos en que el cáncer no se haya propagado a áreas distantes.

Si el cáncer se ha propagado a solo uno o a unos cuantos nódulos en los pulmones o el hígado (y no hacia otras partes), se puede realizar una cirugía para extraerlo. En la mayoría de los casos, esto solo se hace si también se extrajo el cáncer en el colon o el recto (o ya se había extraído). Dependiendo de la extensión del cáncer, esto podría ayudar al paciente a vivir más, o incluso podría combatir la enfermedad al curarse. La decisión de utilizar la cirugía para eliminar las áreas de propagación del cáncer dependerá del tamaño, el número y la ubicación de las mismas.

Efectos secundarios de la cirugía del colon

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](#) 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, fiebre y una sensación de endurecimiento del área abdominal. Puede que una fuga menor impida la evacuación de los intestinos, que se tenga pérdida del apetito y que no sea posible la recuperación tras la cirugía. Una fuga puede resultar en infecciones, y puede que se requiera de cirugía para solucionar este problema. También es posible que la incisión (corte) en el abdomen se abra causando una herida abierta que puede requerir atención especial a medida que sana.

Después de la cirugía, usted puede presentar tejido cicatricial en el abdomen que cause que algunos órganos o tejidos se adhieran entre sí. Estos tejidos cicatriciales son denominados adherencias. Normalmente los intestinos pueden deslizarse con libertad dentro del estómago. En raras ocasiones, las adherencias pueden ocasionar que los intestinos se tuerzan pudiendo incluso bloquear los intestinos. Esto provoca dolor e inflamación en el estómago que a menudo empeora después de comer. Puede que se requiera de otra operación para eliminar el tejido cicatricial.

Colostomía o ileostomía

algunas personas podrían necesitar una colostomía temporal o permanente (o ileostomía) después de la cirugía. Puede que tome tiempo acostumbrarse a esto y es posible que se requiera hacer algunos ajustes en el estilo de vida. Si se le hizo una 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](#) y [Una guía sobre ileostomía](#).

Más información sobre cirugía

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

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](#).

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
7. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/dolor.html
8. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html
9. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.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

Francone TD. Overview of surgical ostomy for fecal diversion. Weiser M and Chen W, eds. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on February 13, 2020. Updated May 9, 2019.)

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. (2020). *Colon Cancer Treatment (PDQ®)–Patient Version*. [online] Available at: https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colon-treatment-pdq#_93 [Accessed 12 Feb. 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 Jan 23, 2020.

Tong G, Zhang G, Liu J, et al. A meta-analysis of short-term outcome of laparoscopic surgery versus conventional open surgery on colorectal carcinoma. *Medicine* (Baltimore). 2017;96(48):e8957.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Cirugía para el cáncer de recto

- [Polipectomía y escisión local](#)
- [Escisión transanal \(TAE\)](#)
- [Microcirugía endoscópica transanal \(TEM\)](#)
- [Resección anterior baja](#)
- [Proctectomía con anastomosis coloanal](#)
- [Resección abdominoperineal \(APR\)](#)
- [Exenteración pélvica](#)
- [Colostomía de derivación](#)
- [Cirugía en caso de propagación del cáncer de recto](#)
- [Posibles efectos secundarios de rectal cirugía](#)
- [Más información sobre cirugía](#)

Generalmente la cirugía constituye el tratamiento principal contra el cáncer de recto. A menudo se administra [radioterapia](#) o [quimioterapia](#) antes o después de la cirugía. El

tipo de cirugía depende de la [etapa](#) (extensión) del cáncer, donde está localizado, y el objetivo de la cirugía.

Antes de realizar la cirugía, el médico necesitará saber qué tan cerca está el tumor del ano. Esto ayudará a decidir qué tipo de cirugía se deberá realizar. Esto también puede tener un efecto sobre el resultado en caso de que el cáncer se ha propagado hacia los músculos en forma de anillos alrededor del ano que impiden la salida de la materia fecal hasta que dichos músculos se relajan durante una evacuación intestinal.

Polipectomía y escisión local

Algunos casos de cáncer rectal en etapa inicial y la mayoría de los pólipos pueden extirparse durante una [colonoscopia](#). En este procedimiento se utiliza un tubo largo flexible con una pequeña cámara de video en el extremo que se introduce en el ano de la persona para llegar hasta el recto. 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 recto 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 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](#) 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](#) 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](#) 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](#) (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 colon se corta por encima del cáncer y se adhiere a un estoma (una abertura en la piel del abdomen) para permitir que las heces fecales salgan del cuerpo. Esta operación se llama *colostomía de derivación*. A menudo puede ayudar al paciente a recuperarse lo suficiente como para iniciar otros tratamientos (como la quimioterapia).

Cirugía en caso de propagación del cáncer de recto

Si el cáncer rectal se ha propagado y se han formado tan solo uno o algunos cuantos tumores en los pulmones o el hígado (y no hacia otras partes), se puede realizar una cirugía para extraer todo el cáncer. En la mayoría de los casos, esto se hace solo si se extrae también el cáncer en el recto (o si ya se había extraído). Dependiendo de la extensión del cáncer, esto podría ayudar al paciente a vivir más, o incluso podría combatir la enfermedad al curarse. La decisión de utilizar la cirugía para eliminar las áreas de propagación del cáncer dependerá del tamaño, el número y la ubicación de las mismas.

Posibles efectos secundarios de rectal cirugía

Los posibles riesgos y efectos secundarios de la cirugía dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y la salud general de la persona antes de la cirugía. Los problemas que se pueden presentar durante o poco después de la 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 apetito y que no sea posible la recuperación tras la cirugía. Una fuga puede resultar en infecciones, y puede que se requiera de cirugía para solucionar este problema. También es posible que la incisión (corte) en el abdomen se abra causando una herida abierta que puede requerir atención especial a medida que sana.

Después de la cirugía, puede que se forme tejido cicatricial en la región del abdomen, que cause que algunos órganos o tejidos se adhieran entre sí. Estos tejidos cicatriciales son denominados *adherencias*. Normalmente los intestinos pueden deslizarse con libertad dentro del estómago. En raras ocasiones, las adherencias pueden ocasionar que los intestinos se tuerzan pudiendo incluso bloquear los intestinos. Esto provoca dolor e inflamación en el estómago que a menudo empeora después de comer. Puede que se requiera de otra operación para eliminar el tejido cicatricial.

Colostomía o ileostomía

Algunas personas necesitan una colostomía (o ileostomía) temporal o permanente después de la cirugía. Acostumbrarse a esto puede tomar tiempo y puede requerir ciertos ajustes en el estilo de vida. Si se le hizo una 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 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 su operación, puede que le visiten en su casa o en un lugar de tipo ambulatorio 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 quienes ya pasaron por esta experiencia en el manejo de esta parte del tratamiento.

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

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](#).

Más información sobre cirugía

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

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](#).

Hyperlinks

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

- [tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html](#)
8. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/urostomia.html
 9. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html
 10. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia.html
 11. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad.html
 12. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/cirugia.html
 13. 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: 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.

Ma B, Gao P, Wang H, et al. What has preoperative radio(chemo)therapy brought to 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](#)

Cuando el cáncer colon o de recto se ha propagado originando algunos pequeños tumores en el hígado o los pulmones, estas metástasis a veces se pueden extraer con cirugía o eliminar mediante otras técnicas, como ablación o 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.

Ablación

Las técnicas de ablación se usan para destruir tumores pequeños (menos de 4 cm de ancho) en lugar de extirparlos con cirugía. Existen muchos tipos diferentes de técnicas de ablación. También se pueden usar para tratar tumores en otros lugares.

Ablación por radiofrecuencia

La ablación por radiofrecuencia (RFA, por sus siglas en inglés) es uno de los métodos más comunes para tratar el cáncer que se ha propagado al hígado. Ondas de radio conformadas de rayos de alta energía se usan para destruir a las células cancerosas. Mediante una [tomografía por computadora](#) o una [ecografía](#) el médico coloca una sonda delgada parecida a una aguja a través de la piel y hacia el tumor. Luego se emite una corriente eléctrica hacia el extremo de la sonda, lo que libera ondas radiales de alta frecuencia que calientan el tumor destruyendo las células cancerosas.

Ablación por microondas

Esta técnica de ablación se usa para tratar el cáncer que se ha propagado al hígado. Los estudios por imágenes se usan para guiar la sonda con forma de aguja hacia el tumor. Microondas electromagnéticas se emiten a través de la sonda para generar altas temperaturas para combatir el cáncer con rapidez. Este tratamiento se ha usado contra tumores cancerosos de mayor tamaño (de hasta 6 cm de amplitud).

Ablación con etanol (alcohol)

En esta técnica, también conocida como *inyección percutánea de etanol*, se inyecta 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:

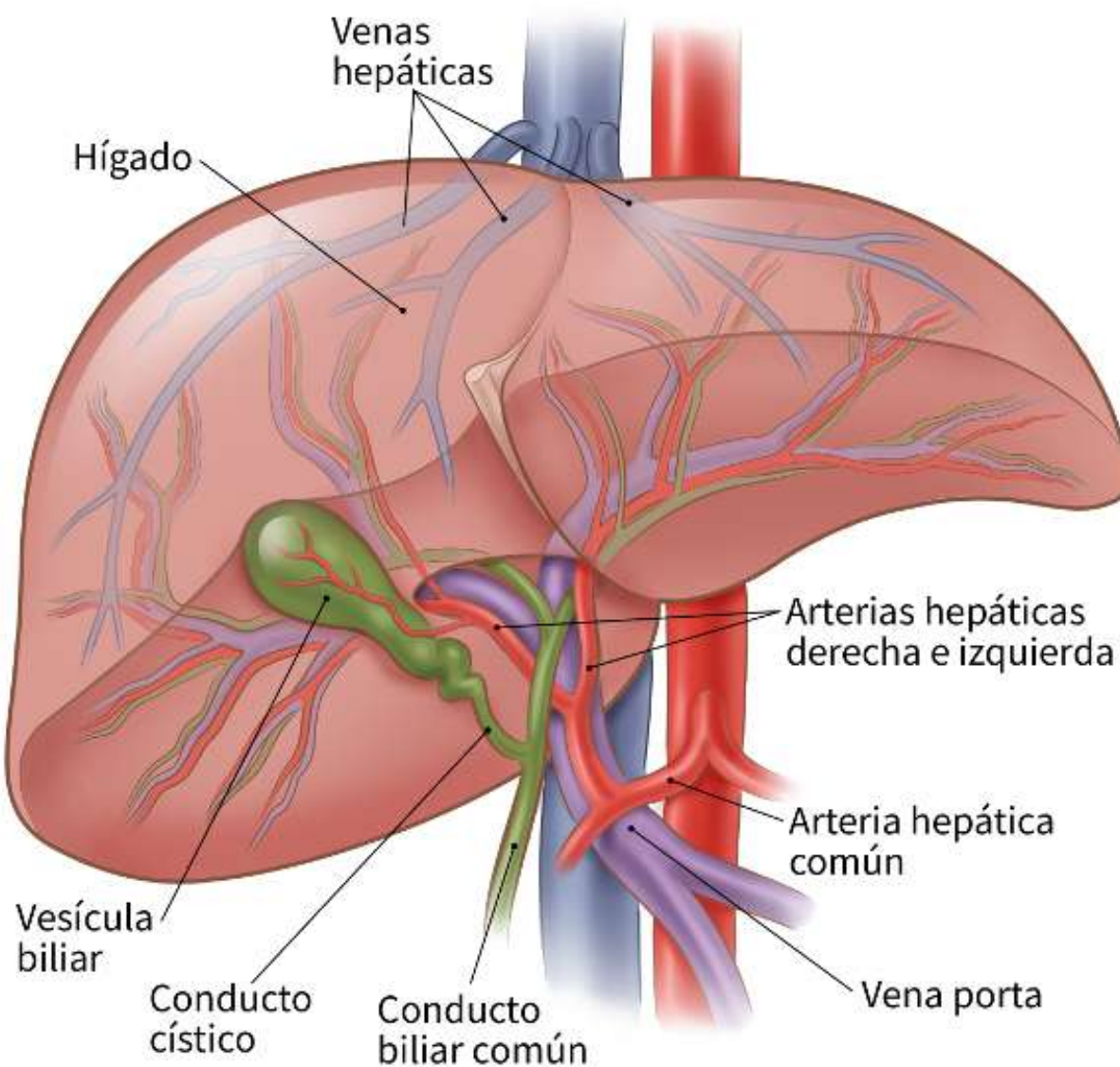
- Dolor abdominal
- Infección en el hígado
- Fiebre
- Sangrado en la cavidad torácica o en el abdomen
- Pruebas hepáticas con resultados anormales.

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](#). 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
3. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html

Referencias

Boas FE, Bodei L, Sofocleous CT. Radioembolization of Colorectal Liver Metastases: Indications, Technique, and Outcomes. *J Nucl Med.* 2017;58(Suppl 2):104S-111S.

Gruber-Rouh T, Marko C, Thalhammer A, et al. Current strategies in interventional oncology of colorectal liver metastases. *Br J Radiol.* 2016;89:20151060.

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.

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.

Li L, Wu K, Lai H, Zhang B. Clinical Application of CT-Guided Percutaneous Microwave Ablation for the Treatment of Lung Metastasis from Colorectal Cancer. *Gastroenterol Res Pract.* 2017;2017:9621585.

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 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.

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](#)

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos de alta energía (por ejemplo, rayos X) o partículas para destruir las células cancerosas. Se usa más a menudo para tratar a las personas con cáncer de recto que aquellas con cáncer de colon. Para algunos casos de cáncer de recto y de colon, añadir [quimioterapia](#) de manera conjunta puede hacer que la radioterapia resulte más eficaz. La terapia que hace uso de estas dos formas de tratamiento conjuntamente es referida como **quimiorradiación**.

Radiación para el cáncer de colon

La radioterapia no se emplea a menudo para tratar el **cáncer de colon**, aunque puede que se use en ciertos casos:

- Antes de la cirugía (usualmente junto con quimioterapia) para tratar de reducir el tamaño del tumor y facilitar su extracción.
- Después de la cirugía, si es que el cáncer se ha adherido a un órgano interno o a la capa del recubrimiento en el interior de la región estomacal (abdomen). Si esto ocurre, el cirujano no tiene forma de determinar con certeza si el cáncer ha sido extraído en su totalidad. La radioterapia se puede emplear para tratar de destruir 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 EBRT](#) más recientes, como la radioterapia conformada tridimensional (3D-CRT), la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radioterapia corporal estereotáctica (SBRT), se ha demostrado que ayudan a los médicos a tratar los cánceres colorrectales que se han propagado a los pulmones o al hígado más con precisión mientras se reduce la exposición a la radiación de los tejidos sanos cercanos. Por lo general, se usan si solo hay una pequeña cantidad de tumores y si el tumor está causando síntomas y la cirugía no es una opción.

Radioterapia interna (braquiterapia)

La bra podría usarse para tratar ciertos casos de cáncer rectal, pero se requiere de más investigación para entender cómo y cuándo mejor emplear la braquiterapia.

Para este tratamiento, una fuente radiactiva se coloca dentro de su recto al lado o dentro del tumor. Esto permite que la radiación llegue al recto sin pasar a través de la piel y otros tejidos del abdomen, haciendo que sea menos propensa a afectar los tejidos circundantes.

Radioterapia endocavitaria: tratamiento en el que se coloca un pequeño dispositivo en el recto a para administrar radiación de alta intensidad por varios minutos. Esto normalmente se hace en cuatro tratamientos (o menos), permitiendo cerca de dos semanas entre cada tratamiento. Esto les permite a algunos pacientes, particularmente a los pacientes de edad avanzada, evitar la cirugía mayor y una colostomía. Este tipo de tratamiento se usa para algunos cánceres de recto pequeños o en casos en los que ya se administró radiación en el área pélvica y el cáncer de recto ha regresado. Algunas veces, también se puede administrar la radiación externa.

Braquiterapia intersticial: para este tratamiento, se coloca un tubo en el recto

directamente en el tumor. Luego se colocan pequeñas semillas o gránulos de material radiactivo en el tubo durante varios minutos. La radiación se desplaza solamente a una distancia corta, lo que limita los efectos nocivos a los tejidos sanos circundantes. Algunas veces la radiación interna se usa para tratar a las personas con cáncer de recto que no están lo suficientemente saludables como para someterse a una cirugía o que tienen cáncer recurrente rectal. Esta terapia se puede realizar varias veces a la semana durante un par de semanas, aunque también es un procedimiento que se hace una sola vez.

Radioembolización

La radiación también se puede administrar durante un procedimiento de embolización. Puede consultar más información al referirse al contenido sobre [ablación y embolización para tratar el cáncer colorrectal](#).

Posibles efectos secundarios de la radioterapia

En caso de que la radioterapia esté por comenzar a ser suministrada, es importante corroborar con el médico sobre los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo que se podría esperar que surjan. Los posibles efectos secundarios de la radioterapia para el cáncer de colon y de recto pueden incluir:

- Irritación de la piel en el sitio donde se dirigieron los haces de radiación que puede ir desde enrojecimiento hasta ampollas y descamación
- Dificultad para que las heridas cicatricen si la radiación se administró antes de la cirugía.
- Náuseas
- Irritación rectal que puede causar diarrea, evacuaciones dolorosas, o sangre en las heces fecales
- Incontinencia intestinal (fuga de heces fecales)
- Irritación de la vejiga que puede causar problemas como sensación de tener que orinar frecuentemente, ardor o dolor al orinar o sangre en la orina
- Cansancio (agotamiento)
- Problemas sexuales (dificultades para lograr erecciones en los hombres e irritación vaginal en las mujeres)
- Cicatrización, fibrosis (endurecimiento) y adherencias que ocasionan que los tejidos del área tratado se peguen entre sí.

La mayoría de los efectos secundarios deben mejorar con el tiempo tras haber

finalizado el tratamiento, aunque es posible que algunos problemas no desaparezcan completamente. Si usted nota cualquier efecto secundario, informe a su médico inmediatamente para que se puedan tomar medidas que reduzcan o alivien estos problemas.

Más información sobre radioterapia

Para acceder a información sobre cómo se usa la radioterapia en el tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [radioterapia contra el cáncer](#).

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](#).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
2. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/radioterapia/radioterapia-externa.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-emoblizacion.html
4. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/radioterapia.html
5. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios.html

Referencias

Buckley H, Wilson C, Ajithkumar T. High-Dose-Rate Brachytherapy in the Management of Operable Rectal Cancer: A Systematic Review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2017;99(1):111-127.

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.

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.

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, 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 18, 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 18, 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 18, 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 18, 2020.

Ma B, Gao P, Wang H, et al. What has preoperative radio(chemo)therapy brought to 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;141(5):1052-1065.

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

Actualización más reciente: junio 29, 2020

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.

- **Quimioterapia sistémica:** los medicamentos se administran a la sangre a través de una vena o se toman por vía oral. Estos medicamentos ingresan a su torrente sanguíneo, alcanzando casi todas las áreas del cuerpo.
- **Quimioterapia regional:** Los medicamentos se administran directamente a la arteria que conduce hasta la parte del cuerpo con el cáncer. Este método enfoca la quimioterapia a las células cancerosas de dicha área. Además, reduce los efectos secundarios al limitar la cantidad de medicamento que alcanza el resto de su cuerpo. La **infusión arterial hepática**, o quimio que se administra directamente en la arteria hepática, es un ejemplo de quimioterapia regional que algunas veces se usa para tratar un cáncer que se ha propagado al hígado.

Por lo general, los medicamentos de quimioterapia contra el cáncer de colon o de recto son suministrados a través de una vena (vía intravenosa o IV), como una inyección que termina de aplicarse en minutos o como infusión cuyo tiempo de aplicación es más prolongado. La quimioterapia se puede administrar en un consultorio médico, en un centro de infusión, o en un hospital.

A menudo, se requiere de [una vía intravenosa ligeramente más grande](#) y resistente en el sistema venoso para administrar la quimioterapia. Estas vías se conocen como catéteres venosos centrales (CVC) pero también se les conoce como dispositivos de acceso venoso central o líneas centrales. Se utilizan para administrar medicamentos, productos sanguíneos, nutrientes o fluidos directamente en la sangre. También se pueden usar para extraer sangre para el análisis sanguíneo. Hay muchos tipos diferentes de CVC. Los tipos más comunes son la vía central de acceso y la línea PICC.

La quimioterapia se administra en ciclos, seguido de un periodo de descanso para permitir que usted se recupere de los efectos secundarios de los medicamentos. Por lo general, los ciclos duran 2 o 3 semanas. El plan varía en función de los medicamentos que se usen. Por ejemplo, con algunos medicamentos, la quimioterapia se administra solamente el primer día del ciclo. Otros medicamentos se administran por varios días consecutivos, o una vez por semana. Luego, al final del ciclo, el programa de quimioterapia se repite para comenzar el próximo ciclo.

La quimioterapia adyuvante o neoadyuvante a menudo se administra por un total de 3 a 6 meses dependiendo de los medicamentos que se usen. La duración del tratamiento contra cáncer colorrectal en etapa avanzada puede tomar más tiempo dependiendo de cuán bien esté surtiendo efecto y qué efectos secundarios usted presente.

Medicamentos de quimioterapia usados en el tratamiento contra el

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)**
- **Oxaliplatino (Eloxatin)**
- **Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)**, un par de medicamentos combinados en una pastilla.

Con más frecuencia, se usan combinaciones de dos o tres de estos medicamentos. Algunas veces, los medicamentos de quimioterapia se administran junto con un medicamento de [terapia dirigida](#).

Posibles efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, como aquellas en folículos y en el revestimiento de la boca y los intestinos, también se reproducen rápidamente. La quimioterapia también puede afectar a estas células, y ocasionar efectos secundarios.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen del tipo y de la dosis de los medicamentos suministrados y de por cuánto tiempo los toma. Algunos efectos secundarios comunes de la quimioterapia son:

- Caída de pelo
- Úlceras (llagas) en la boca
- Pérdida de apetito y pérdida de peso
- Náuseas y vómitos
- Diarrea
- Cambios en las uñas
- Cambios en la piel

La quimioterapia también puede afectar las células productoras de sangre de la médula ósea, lo que puede causar:

- 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 quimioterapia para reducir las posibilidades de que le salgan llagas en la boca.

No dude en hacer todas sus preguntas sobre los efectos secundarios a los especialistas en cáncer que le atienden. También no deje de informar cualquier efecto secundario o cambio que note mientras le están administrando los medicamentos en la quimioterapia para que puedan ser tratados con prontitud. Es posible que en algunos casos se deban reducir las dosis de medicamentos de quimioterapia o que se deba retrasar o suspender el tratamiento para ayudar a prevenir que los problemas empeoren.

Las personas de edad avanzada parecen ser capaces de tolerar bastante bien algunos tipos de quimioterapia contra el cáncer colon o de recto. La edad no debe ser una razón para dejar de ofrecer tratamiento a personas que por lo demás se encuentran saludables.

Más información sobre quimioterapia

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

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](#).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/tubos-y-vias-de-acceso-intravenoso.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-

[dirigida.html](#)

3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html
4. 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.

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 12, 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 12, 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 Jan 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 10, 2020.

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 y bajar la presión arterial.

Medicamentos cuyo objetivo es dirigir su efecto en células cancerosas con cambios en el EGFR

El receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es una proteína que contribuye

al crecimiento de las células cancerosas. Se pueden usar medicamentos cuyo objetivo es dirigir su efecto al EGFR (**inhibidores EGFR**) para tratar algunos cánceres de colon o de recto en etapa avanzada. Entre las opciones se incluye:

- **Cetuximab (Erbix)**
- **Panitumumab (Vectibix)**

Ambos medicamentos se administran por infusión intravenosa, ya sea una vez a la semana o cada dos semanas.

Estos medicamentos no son eficaces por sí solos en casos de cáncer colorrectal con mutaciones (defectos) en los genes *KRAS*, *NRAS* o *BRAF*. Antes del tratamiento, los médicos hacen comúnmente una prueba al tumor para determinar si estos cambios genéticos están presentes, y solamente usan estos medicamentos en las personas cuyas células cancerosas no tienen estas mutaciones.

Una excepción a esto es cuando un inhibidor del EGFR se combina con el inhibidor de BRAF encorafenib (detalles más adelante). La combinación de estos dos medicamentos parece ayudar a las personas con cáncer colorrectal avanzado a vivir más tiempo, incluso cuando las células tienen una de estas mutaciones genéticas.

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

Los efectos secundarios más comunes de estos medicamentos son problemas en la piel, como una erupción parecida al acné en el rostro y el pecho durante el tratamiento, lo que algunas veces puede causar infecciones. Puede que se requiera el uso de un antibiótico de uso tópico (ungüento) para ayudar a limitar la erupción y las infecciones relacionadas. El desarrollo de esta erupción a menudo significa que el cáncer está respondiendo al tratamiento. Las personas que desarrollan este sarpullido a menudo viven más tiempo, y aquellas que desarrollan erupciones más graves también parecen responder mejor que aquellas con un sarpullido más leve. Otros efectos secundarios son:

- Dolor de cabeza
- Cansancio
- Fiebre
- Diarrea

Aunque poco común, el efecto secundario más grave de estos medicamentos es una

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 medicamentos 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](#). 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 colorectal 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.

Actualmente, solo el tucatinib ha sido aprobado por la FDA específicamente para que pueda considerarse en el tratamiento contra el cáncer colorrectal. Los demás medicamentos de este tipo han sido aprobados para otros tipos de cáncer, por lo que los médicos pueden prescribirlos usando la denominación genérica [sin marca](#) para emplearlos en el tratamiento contra el cáncer colorrectal. Aún así, es importante comprobar con las compañías de seguros de gastos médicos antes de obtener estos medicamentos para asegurarse de que estén cubiertos.

Lo **efectos secundarios** de los medicamentos dirigidos contra HER2 tienden a ser leves en general, aunque existe la posibilidad de que algunos sean de mayor gravedad, aunando a que los efectos secundarios pueden variar entre diferentes medicamentos. Consulte con su médico sobre lo que debe anticipar con este tratamiento.

Algunos de estos medicamentos pueden causar **daños al corazón** durante o después del tratamiento, debido a que podrían generar insuficiencia cardíaca congestiva. Debido a esto, puede que el médico realice revisiones en la función cardíaca (con un ecocardiograma o un estudio MUGA) antes del tratamiento, y con cierta frecuencia mientras el medicamento se suministra. Los pacientes deben informar a su médico en cuanto surjan ciertos síntomas como dificultad para respirar y taquicardia (aceleración en el ritmo cardíaco), hinchazón de las piernas y cansancio intenso.

El lapatinib y el neratinib pueden causar **diarrea grave**, por lo que es muy importante que le notifique al equipo de profesionales que atiende su salud sobre cualquier cambio

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 tratamiento contra los casos en etapa avanzada cuyo tumor presenta un cambio en el gen *NTRK* lo cual deja que el cáncer siga desarrollándose aún tras haber empleado otros tratamientos.

Estos medicamentos vienen en forma de pastilla, y se toman una o dos veces al día.

Los **efectos secundarios** comunes de estos medicamentos pueden incluir mareos, cansancio, náusea, vómito, estreñimiento, subida de peso y diarrea.

Los efectos secundarios menos comunes pero graves pueden incluir pruebas hepáticas anormales, problemas cardíacos, y confusión.

Otros medicamentos de terapia dirigida

El **regorafenib (Stivarga)** es un tipo de terapia dirigida conocido como *inhibidor de multikinasa*. Las cinasas son proteínas que están en la superficie de una célula o cerca

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

Para saber más sobre cómo se usan para los medicamentos para las terapias dirigidas contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [la terapia dirigida contra el cáncer](#).

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](#).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
2. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-piel-de-celulas-basales-y-escamosas.html
3. www.cancer.org/es/cancer/managing-cancer/treatment-types/biosimilar-drugs/list.html
4. www.cancer.org/es/cancer/managing-cancer/treatment-types/off-label-drug-use.html
5. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/terapia-dirigida.html
6. 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.

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](#)
- [Posibles efectos secundarios de la inmunoterapia](#)
- [Más información sobre inmunoterapia](#)

La inmunoterapia es el uso de medicinas para ayudar al sistema inmunitario de una persona para que reconozca y destruya las células cancerosas más eficazmente. Esta terapia se puede utilizar para tratar a algunas personas con cáncer colorrectal avanzado.

Inhibidores de puestos de control inmunitarios

Una característica importante del sistema inmunitario es su capacidad de evitar que él mismo ataque a las células normales del cuerpo. Para hacer esto, el sistema inmunitario utiliza “puestos de control” para referirse a proteínas en las células inmunitarias que necesitan activarse (desactivarse) para iniciar una respuesta inmunitaria. En ocasiones, las células de los tumores originados por el cáncer colorrectal usan estos puestos de control para evitar ser atacadas por el sistema inmunitario. Los medicamentos cuyo efecto se dirige a estos puestos de control ayudan a restaurar la respuesta inmunitaria contra estas células.

Los medicamentos clasificados como **inhibidores de puestos de control** pueden usarse solamente en las personas cuyas células del cáncer colorrectal [hayan dado positivo a cambios genéticos específicos](#), tales como un alto nivel de *inestabilidad de microsatélites (MSI-H)*, o cambios en uno de los genes de *reparación de discordancias (MMR)*. Estos medicamentos podrían emplearse para tratar a personas cuyo cáncer no puede ser extraído mediante cirugía, que ha regresado (recurrencia) o que se ha propagado hacia otras partes del cuerpo (metástasis).

Inhibidores de la PD-1

El **pembrolizumab (Keytruda)** y el **nivolumab (Opdivo)** son medicamentos que atacan a la PD-1, una proteína en las células del sistema inmunitario llamadas células T que normalmente ayudan a evitar que estas células ataquen a otras células en el cuerpo. Al bloquear la PD-1, estos medicamentos refuerzan la respuesta inmunitaria contra las células cancerosas.

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 la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [inmunoterapia contra el cáncer](#).

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](#).

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/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/inmunoterapia.html
4. 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/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.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

- [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 recurrente](#)

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

La [cirugía](#) es usualmente el primer tratamiento o el tratamiento principal para las personas con cánceres de colon que no se han propagado a partes distantes. Puede que también administre [quimioterapia](#) tras la cirugía (referida como un *tratamiento adyuvante*) En la mayoría de los casos, la terapia adyuvante se administra por aproximadamente 6 meses.

Tratamiento del cáncer de colon en etapa 0

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](#), 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 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. Sin embargo, su médico puede recomendar quimioterapia adyuvante (quimio después de la cirugía) si su cáncer tiene un mayor riesgo de regresar (recurrir) debido a ciertos factores, como si:

- El cáncer luce con un aspecto muy anormal (grado alto) durante su análisis en el laboratorio.
- El cáncer ha crecido hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos cercanos.
- El cirujano no extirpó al menos 12 ganglios linfáticos.
- Se encontró cáncer en o cerca del margen (borde) del tejido extraído, lo que significa que algo de cáncer pudo haber quedado.
- El desarrollo del cáncer ha resultado en la obstrucción (bloqueo) del colon.
- El cáncer causó una perforación (orificio) en la pared del colon.

El médico también podría analizar su tumor en busca de cambios genéticos específicos, llamados MSI o MMR, para ayudar a determinar si la quimioterapia adyuvante sería útil.

No todos los médicos concuerdan acerca de cuándo deben usar quimioterapia para los cánceres de colon en etapa II. Es importante que consulte con su médico sobre los riesgos y beneficios de la quimioterapia, incluyendo qué tanto pudiera reducir su riesgo de recurrencia y cuáles efectos secundarios podrían ser propensos a surgir.

Si se emplea la quimioterapia, las principales opciones incluyen 5-FU, leucovorín, oxaliplatino o capecitabina, aunque también se pueden usar otras combinaciones.

Tratamiento del cáncer de colon en etapa III

Los cánceres de colon en etapa III se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos, pero aún no se han extendido a otras partes del cuerpo.

El tratamiento convencional para esta etapa consiste de cirugía para extirpar la sección 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.

Para algunos casos de cáncer de colon en etapa avanzada que impida la extracción total mediante cirugía, la quimioterapia neoadyuvante suministrada junto con [radioterapia](#) (el conjunto de ambas es referido *quimiorradiación*) podría ser la alternativa recomendable a seguir para reducir el tamaño del tumor, generando posteriormente la posibilidad de extirpar el tumor con cirugía. Para algunos cánceres

avanzados que se extirparon mediante cirugía, en los cuales se descubrió que estaban adheridos a algún órgano cercano o aquélso en cuyas pruebas médicas den resultado positivo de presencia de cáncer (cáncer remanente o que no fue extraído tras la cirugía), la radiación adyuvante podría ser recomendable. La radioterapia, la quimioterapia, o ambas, pueden ser opciones para las personas que no están lo suficientemente saludables como para someterse a cirugía.

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. Es común que tras la operación la siguiente parte del tratamiento sea suministrar quimioterapia. En algunos casos, se puede usar la [infusión arterial hepática](#) si el cáncer se propagó al hígado.

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. Para los tumores en el hígado, puede ser otra opción destruirlos con [ablación o embolización](#).

Si el cáncer se ha propagado demasiado como para tratar de curarlo con cirugía, la quimioterapia es el tratamiento principal. Puede que aún sea necesario realizar una cirugía si el cáncer está bloqueando el colon o es probable que lo haga. Algunas veces, se puede evitar tal cirugía al insertar una endoprótesis o stent (un tubo hueco de metal) en el colon durante una colonoscopia con el fin de mantenerlo abierto. De lo contrario, puede que en algunos casos se lleven a cabo operaciones, tales como una colectomía o una colostomía de derivación (cortar el colon sobre el nivel del cáncer y se adhiere el extremo a una abertura en la piel del estomacal para permitir que los desechos salgan

del cuerpo).

Para los casos de cáncer colorrectal en etapa IV, si el médico determina que la cirugía es recomendable, es muy importante que el paciente comprenda cuál es la razón por la cual se estaría sometiendo a esta operación, ya sea que tenga como objetivo la cura, o bien, que el objetivo sea aliviar algún malestar o algunos síntomas debido al desarrollo del tumor.

La mayoría de la gente con cáncer en etapa IV recibirá quimioterapia y/o [terapias dirigidas](#) para controlar el cáncer. Algunos de los regímenes más comúnmente usados son:

- 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 [Erbix] 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
- Panitumumab solo
- Regorafenib (Stivarga) solo
- Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)

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 microsátélites (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 (Keytruda) o nivolumab (Opdivo).

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 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 hígado. La cirugía podría ser una opción para algunas personas. De no ser así, puede que la quimioterapia se use para intentar reducir el tamaño del tumor (o tumores), la cual puede que sea seguida por cirugía para extraerlo(s). Las técnicas de [ablación o embolización](#) también podrían ser una opción para el tratamiento de algunos tumores hepáticos.

Si el cáncer se ha propagado demasiado como para ser tratado con cirugía, se puede usar quimioterapia, [terapias dirigidas](#), o ambas. Los planes de tratamiento posibles serán los mismos que los que se emplean para tratar la enfermedad en etapa IV.

Para las personas cuyos cánceres presentan ciertos cambios genéticos, otra opción podría ser el tratamiento con [inmunoterapia](#).

Sus opciones dependen de cuáles medicamentos de quimioterapia se le administraron (si así fuera) antes de que el cáncer regresara y cuánto tiempo hace desde que los recibió, así como de su estado general de salud. Puede que en algún punto usted necesite cirugía para aliviar o prevenir el bloqueo del colon u otras complicaciones

locales. Además, puede que la [radioterapia](#) sea una opción para aliviar síntomas.

Los cánceres recurrentes a menudo pueden ser difíciles de tratar. Por lo tanto, podría querer consultar con su médico si hay [estudios clínicos](#) que sean adecuados a su situación de tratamientos más recientes.

Para obtener más información, refiérase al contenido sobre la [recurrencia del cáncer](#).

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/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-del-colon.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
4. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-del-colon.html
5. www.cancer.org/es/cancer/diagnosis-staging/tests/understanding-your-pathology-report/colon-pathology/adenocarcinoma-starting-in-a-colon-polyp.html
6. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/radioterapia.html
7. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
8. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-emoblizacion.html
9. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
10. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
11. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html
12. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/radioterapia.html
13. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-emoblizacion.html
14. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html

[dirigida.html](#)

15. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-recto/tratamiento/inmunoterapia.html
16. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-recto/tratamiento/radioterapia.html
17. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
18. 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; 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 20, 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.

Actualización más reciente: enero 26, 2023

Tratamiento del cáncer de recto según la

etapa

- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa 0](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa I](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa II](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa III](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto en etapa IV](#)
- [Tratamiento del cáncer de recto recurrente](#)

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

Las personas con cánceres rectales que no se han extendido a sitios distantes se tratan generalmente con [cirugía](#). Puede que la [radioterapia](#) y la [quimioterapia](#) también se suministren antes o después de la cirugía.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa 0

Los cánceres de recto en etapa 0 no han crecido fuera del revestimiento interno del recto. Por lo general, todo lo que se necesita hacer es la extracción y destrucción del tumor canceroso. Normalmente el tratamiento consistirá en realizar una cirugía, como la polipectomía (extirpación de pólipos), la escisión local o la resección transanal. En casos poco comunes, podría ser que la cirugía requiera ser más extensa.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa I

Los cánceres de recto en etapa I han crecido en las capas más profundas de la pared del recto, pero no se han propagado al exterior del recto en sí.

Esta etapa incluye cánceres que fueron parte de un pólipo. Si el pólipo se extrae completamente durante una colonoscopia, sin cáncer en los bordes, puede que no sea necesario administrar otro tratamiento. Si el cáncer en el pólipo resultó ser de grado alto (consulte el contenido sobre la [estadificación \(clasificación de la etapa\) del cáncer colorrectal](#)), o si se detectó la presencia de células cancerosas en los bordes del pólipo, se podría determinar como adecuada la realización de más cirugía

. Es posible que también se recomiende más cirugía si el pólipo no pudo ser extirpado completamente o si tuvo que ser extraído en muchos fragmentos, dificultando ver si había células cancerosas en los bordes (márgenes).

Para otros cánceres en etapa I, la cirugía usualmente es el tratamiento principal. Algunos cánceres pequeños en etapa I se pueden extraer a través del ano sin necesidad de hacer un corte en el abdomen (región del estómago), y usando una 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 consista de un régimen de quimioterapia conformado ya sea por FOLFOX (oxaliplatino, 5-FU, y leucovorín), 5-FU y leucovorín, CAPEOX (capecitabina y oxaliplatino) o capecitabina por sí sola, en donde la mejor opción es determinada en función de las necesidades y circunstancias de cada paciente.

Otra opción podría ser recibir primero quimioterapia por sí sola, seguida por quimioterapia más radioterapia, seguido esto después por cirugía.

Para pacientes cuyas circunstancias no las haga aptas para la quimiorradiación, se podría determinar que hacer algún tipo determinado de cirugía (como la operación LAR, la proctectomía con anastomosis coloanal o la operación APR) sea lo conforme la primera parte del plan de tratamiento. Puede que después de la cirugía se suministre quimioterapia y algunas veces radioterapia.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa III

Los cánceres rectales en etapa III se han propagado a los ganglios linfáticos adyacentes, pero no a otras partes de su cuerpo.

La mayoría de las personas con cáncer rectal en etapa III se tratará con quimioterapia, radioterapia y cirugía, aunque puede que se realicen en distinto orden (cronología) en algunos pacientes.

Con más frecuencia, se administra la quimioterapia y la radioterapia en conjunto (procedimiento referido como *quimiorradiación*). Esto puede reducir el tamaño del cáncer, lo que a menudo facilita la extracción de los tumores de mayor tamaño. También reduce la probabilidad de que el cáncer regrese en la pelvis. Administrar radiación antes de la cirugía también tiende a causar menos problemas que cuando se administra después de la cirugía.

La quimiorradiación es seguida por cirugía para extraer el cáncer rectal y los ganglios linfáticos adyacentes, por lo general mediante 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 el cáncer ha alcanzado los órganos cercanos, puede que se necesite una operación más extensa, conocida como exenteración pélvica.

Después de la cirugía, se administra quimioterapia, usualmente por aproximadamente 6 meses. Los regímenes más comunes incluyen FOLFOX (oxaliplatino, 5-FU, y leucovorín), 5-FU y leucovorín, CAPEOX (capecitabina y oxaliplatino), o capecitabina sola. Su médico recomendará el tratamiento que resulte más adecuado para sus necesidades de salud.

Otra opción podría ser recibir primero quimioterapia por sí sola, seguida por quimioterapia más radioterapia, seguido esto después por cirugía.

Para las personas que no pueden recibir quimioterapia más radiación por algún motivo, el primer tratamiento puede ser cirugía (una LAR, proctectomía con anastomosis coloanal), o APR. Puede que después de esto se suministre quimio y algunas veces con radioterapia.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa IV

Los cánceres de recto en etapa IV se han propagado a órganos y tejidos distantes, como por ejemplo el hígado o los pulmones. Las opciones de tratamiento para los casos en etapa IV depende hasta cierta medida de qué tanto se ha propagado el cáncer.

Si existe una probabilidad de que todo el cáncer pueda ser extirpado (por ejemplo, sólo hay algunos tumores en el hígado o los pulmones), las opciones de tratamiento más comunes incluyen:

- Cirugía para extraer el cáncer en el recto y en otras partes distantes, seguida por quimioterapia (y/o radioterapia en algunos casos)
- Quimioterapia, seguida por cirugía para extraer el tumor rectal y los tumores distantes, usualmente continuando con más quimioterapia, aunque esta vez en conjunto con radioterapia (quimiorradiación)
- Quimioterapia seguida por la quimiorradiación y luego por cirugía para extraer cáncer en el recto y en partes distantes. Puede que después de esto se administre más quimioterapia.
- Quimiorradiación, seguida por cirugía para extirpar el cáncer rectal y los cáncer distantes. Podría ser que después se administre quimioterapia.

Estos enfoques puede que ayuden al paciente a vivir por más tiempo. La cirugía para extraer el cáncer rectal sería normalmente una resección anterior baja, una proctectomía con anastomosis coloanal o una resección abdominoperineal, dependiendo de donde esté localizado.

Si el único lugar de propagación del cáncer es el hígado, podría recibir tratamiento con quimioterapia administrada directamente en la arteria que llega al hígado ([infusión en la 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 [Erbix] 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
- Panitumumab solo
- Regorafenib (Stivarga) solo
- Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)

Los medicamentos, ya sea en combinación o por sí solos, que se elijan para emplearse en los tratamientos depende de varios factores, incluyendo cualquier tratamiento previo y el estado general de salud del paciente, incluyendo cuán apto se encuentre su cuerpo para poder tolerar el tratamiento específico que se esté considerando.

Si la quimioterapia suministrada genera un encogimiento del tumor, en algunos casos puede que esta reducción resulte suficiente como para considerar la extracción del cáncer en su totalidad mediante cirugía. Luego se puede volver a administrar quimioterapia.

Si no se reduce el tamaño del cáncer, se puede intentar una combinación de diferentes medicamentos.

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 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](#) como pembrolizumab (Keytruda) o nivolumab (Opdivo).

Para los casos en los que no se haya conseguido un encojamiento del tumor mediante la quimioterapia, al igual que para los casos de propagación amplia y que por consecuencia generen malestar o algunos síntomas, este tratamiento entonces tendrá el objetivo de aliviar estos síntomas, incluyendo los casos de bloqueo intestinal (impacto rectal) y hemorragia (sangrado) en los intestinos. Puede que con los tratamientos se incluya una o más de las siguientes cosas:

- Extracción del cáncer rectal mediante cirugía
- Cirugía para colostomía cuyo fin sea esquivar el tumor canceroso en el recto (colostomía de desviación)
- Uso de un rayo láser especial para aniquilar el cáncer dentro del recto
- Colocación de un “stent” (tubo hueco de metal) dentro del recto para mantenerlo abierto; esto no requiere cirugía
- Quimiorradioterapia
- Quimioterapia por sí sola

Si no es posible extraer los tumores cancerosos mediante cirugía por ser de mayor tamaño o más numerosos en cantidad, puede que se pueda eliminar estos tumores (ya sea total o parcialmente) mediante la [ablación o embolización](#).

Tratamiento del cáncer de recto recurrente

Un cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento. Puede que surja cáncer recurrente (la recurrencia del cáncer se refiere a un regreso de la enfermedad en el paciente) cerca del lugar de origen del tumor inicial (recurrencia local), o bien, puede que la recurrencia surja en otras partes distantes en el cuerpo, como en los pulmones o en el hígado. Si el cáncer regresa, esto usualmente ocurre dentro de los primeros 2 a 3 años después de la cirugía, aunque también puede regresar mucho tiempo después.

Recurrencia local

Si el cáncer regresa en la pelvis (localmente), se trata con cirugía para extraer el cáncer, si es posible. Con frecuencia, esta operación es más extensa que la cirugía inicial. En algunos casos, la radioterapia puede que se suministre al mismo tiempo en 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 se determinará en función de diversos factores, entre los cuales se incluye el estado general de salud del paciente, así como los tratamientos que hayan sido previamente aplicados. Si no se reduce el tamaño del cáncer, se puede intentar una combinación de diferentes medicamentos.

Al igual que con el cáncer de recto en etapa IV, se puede hacer una cirugía, administrar radioterapia, o emplear otros métodos en algún momento para aliviar los síntomas y evitar problemas de largo plazo, como sangrado o bloqueo de los intestinos.

Estos cánceres a menudo pueden ser difíciles de tratar. Por lo tanto, tal vez sea buena idea preguntar a su doctor si hay algún [estudio clínico](#) adecuado para su situación que use tratamientos más recientes.

Para más información, ponemos a su disposición contenido adicional acerca de [la recurrencia del cáncer](#).

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/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/cirugia-rectal.html
3. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/radioterapia.html
4. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
5. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
6. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/quimioterapia.html
7. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
8. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
9. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html
10. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-emoblizacion.html
11. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
12. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html
13. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
14. 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:

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). Rectal Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 12, 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 10, 2020.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Escrito por

The American Cancer Society medical and editorial content team
(<https://www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html>)

Our team is made up of doctors and oncology certified nurses with deep knowledge of cancer care as well as journalists, editors, and translators with extensive experience in medical writing.

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer 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