



ASCO[®]answers

Cáncer colorrectal

Información fiable para ayudar a manejar su atención médica
de la American Society of Clinical Oncology
(Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica)

Cancer.Net

Información al paciente aprobada por el médico
American Society of Clinical Oncology (ASCO[®])

ASCO® Cancer.Net

ACERCA DE LA AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY

Fundada en 1964, la American Society of Clinical Oncology, Inc. está comprometida a lograr un mundo de diferencia en la atención del cáncer. Como la organización líder en el mundo de su tipo, la American Society of Clinical Oncology representa a más de 45.000 profesionales de oncología que atienden personas que viven con cáncer. A través de la investigación, la educación y la promoción de la atención del paciente de la más alta calidad, la American Society of Clinical Oncology trabaja para vencer el cáncer y crear un mundo en el que el cáncer se prevenga o se cure, y donde cada sobreviviente esté sano.

La American Society of Clinical Oncology amplía su misión a través de Cancer.Net y su Conquer Cancer Foundation (Fundación para Vencer el Cáncer).

Cancer.Net (www.cancer.net) ofrece la experiencia y los recursos de la American Society of Clinical Oncology a las personas que viven con cáncer y a quienes los cuidan y se preocupan por ellos. Tanto la información como el contenido de Cancer.Net han sido desarrollados y aprobados por miembros de la American Society of Clinical Oncology, lo que convierte a este sitio en un recurso actualizado y confiable en cuanto a información sobre el cáncer.

Conquer Cancer (www.conquer.org) financia la investigación de cada faceta del cáncer para beneficiar a todos los pacientes, en todos lados. Conquer Cancer ayuda a que la ciencia sea un alivio para los pacientes de todo el mundo al respaldar la investigación y educación de vanguardia en un espectro completo del cáncer.

Obtenga más información en www.ASCO.org. Síguenos en Facebook, Twitter, LinkedIn y YouTube.

MILLONES DE PERSONAS CONFÍAN EN CANCER.NET PARA OBTENER LO SIGUIENTE:

- Información sobre más de 120 tipos de cáncer
- Información sobre la atención del cáncer
- Recursos de sobrevivencia y para sobrellevar la enfermedad

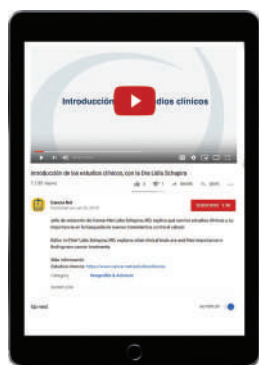


OBTENGA SU INFORMACIÓN SOBRE EL CÁNCER EN EL FORMATO QUE DESEE:

Descargue la aplicación



Mire videos



Navegue por el sitio web



Los programas de educación para pacientes de la American Society of Clinical Oncology están respaldados por:

CONQUER CANCER®
THE ASCO FOUNDATION

Cáncer colorrectal

Índice

Introducción	2	Atención de seguimiento	29
Mi equipo de atención médica	3	Pruebas de seguimiento recomendadas	29
Aspectos básicos del cáncer colorrectal	4	Programa de atención de seguimiento general	31
Anatomía del colon y el recto	4	Otras recomendaciones	31
Acerca de los pólipos colorrectales	4	Mi plan de atención de seguimiento	32
Tipos de cáncer colorrectal	5	Diccionario sobre el cáncer colorrectal	34
Genética del cáncer colorrectal	5		
Entienda su diagnóstico	7		
Pruebas y procedimientos	7		
Estadios	9		
Grado	10		
Tratamiento del cáncer colorrectal	12		
Cirugía	12		
Radioterapia	14		
Quimioterapia	15		
Terapia dirigida e inmunoterapia	17		
Ensayos clínicos	19		
Control de los síntomas y efectos secundarios	21		
Cómo desarrollar un plan de tratamiento	22		
Cómo sobrellevar los efectos secundarios	25		
Efectos físicos	25		
Efectos emocionales y sociales	27		

ASCO ANSWERS es una recopilación de materiales educativos para pacientes, aprobados por oncólogos y desarrollados por la American Society of Clinical Oncology (Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica) para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Las ideas y opiniones expresadas en *ASCO Answers: cáncer colorrectal* no reflejan necesariamente las opiniones de la American Society of Clinical Oncology ni de la Conquer Cancer Foundation (Fundación para Vencer el Cáncer) de la American Society of Clinical Oncology. La información incluida en esta guía no pretende servir como consejo médico o legal ni como sustituto de la consulta con un médico u otro proveedor de atención médica con licencia. Los pacientes que tengan preguntas relacionadas con la salud deben llamar o ver sin demoras al médico u otro profesional de la atención médica, y no deben desatender el consejo médico profesional ni retrasar la búsqueda de tal consejo debido a la información que se encuentra en esta guía. La mención de cualquier producto, servicio o tratamiento en esta guía no debe interpretarse como un aval de la American Society of Clinical Oncology. La American Society of Clinical Oncology no se responsabiliza de ninguna lesión o daño producido en personas o bienes que surja del uso de sus materiales educativos para pacientes o que se relacione con estos o con cualquier error u omisión.

Introducción

Es uno de los mayores miedos de muchas personas: sentarse en el consultorio del médico y escuchar la palabra “cáncer”. Las personas diagnosticadas con cáncer colorrectal a menudo dicen que se sintieron anonadadas por su diagnóstico y no pudieron escuchar, mucho menos recordar, lo que el médico les dijo luego. Sin embargo, asumir la noticia de un diagnóstico de cáncer es una parte clave del proceso de afrontamiento.

En las semanas posteriores, puede resultarle útil que los miembros de su familia o amigos asistan a las citas con usted. Ellos no solo le darán el apoyo que necesita, sino que también pueden ayudar a escuchar y recordar la información proporcionada por su equipo de atención médica. Usar esta guía *ASCO Answers* también puede resultarle útil. Esta guía fue diseñada para explicar algunos de los términos médicos que los profesionales pueden usar cuando hablan de su tipo de cáncer y ayudarle a mantener un registro de datos específicos de su diagnóstico de cáncer colorrectal y del plan de tratamiento. A lo largo de esta guía, encontrará preguntas para hacerle al médico, enfermero u otro profesional del equipo de atención médica, además de mucho espacio para escribir sus respuestas u otra información importante. También hay casillas que puede usar para identificar las pruebas, los procedimientos y los tratamientos que constituirán su plan de atención para el cáncer.



Independientemente de la manera que elija para llevar un registro de esta información, es importante que lo haga. Obtener los datos correctos sobre su diagnóstico le permitirá tomar las mejores decisiones según su situación en el futuro inmediato. Además, ser un paciente informado e involucrado que plantea preguntas e inquietudes los ayudará a usted y a su equipo de atención médica a trabajar en conjunto para su atención. Informe a su médico y enfermero la manera en que desea recibir información y cuánto quiere saber sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, que es la posibilidad de recuperación. No tema preguntar o hacerle saber a su equipo de atención médica que usted no sabe qué preguntas realizar.

Mi equipo de atención médica

Gastroenterólogo: _____

Información de contacto: _____

Oncólogo: _____

Información de contacto: _____

Radio oncólogo: _____

Información de contacto: _____

Cirujano/Cirujano oncólogo: _____

Información de contacto: _____

Médico de cabecera: _____

Información de contacto: _____

Enfermero de oncología: _____

Información de contacto: _____

Trabajador social de oncología: _____

Información de contacto: _____

Consejero/Terapeuta: _____

Información de contacto: _____

Nutricionista/Dietista: _____

Información de contacto: _____

Farmacéutico: _____

Farmacia: _____

Información de contacto: _____

OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO:

Nombre: _____

Especialidad: _____

Información de contacto: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Información de contacto: _____

Nombre: _____

Especialidad: _____

Información de contacto: _____

Aspectos básicos del cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal se origina cuando células sanas del revestimiento interno del colon o del recto cambian y crecen sin control, y forman una masa denominada tumor. Un tumor puede ser canceroso o benigno. Un tumor canceroso es maligno, lo que significa que puede crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno significa que el tumor puede crecer, pero no se diseminará. Estos cambios generalmente tardan años en desarrollarse. Los cambios pueden ser consecuencia de factores genéticos y ambientales. Sin embargo, cuando una persona tiene un síndrome hereditario poco frecuente, los cambios pueden producirse en meses o años.

El cáncer colorrectal generalmente comienza como pólipos que se pueden desarrollar en la pared interna del colon y del recto, a medida que las personas envejecen.

Anatomía del colon y el recto

El colon y el recto conforman el intestino grueso, que tiene un papel importante en la formación de los excrementos. Los primeros 150 a 180 centímetros del intestino grueso corresponden al colon, y los últimos 15 centímetros, al recto (que termina en el ano).

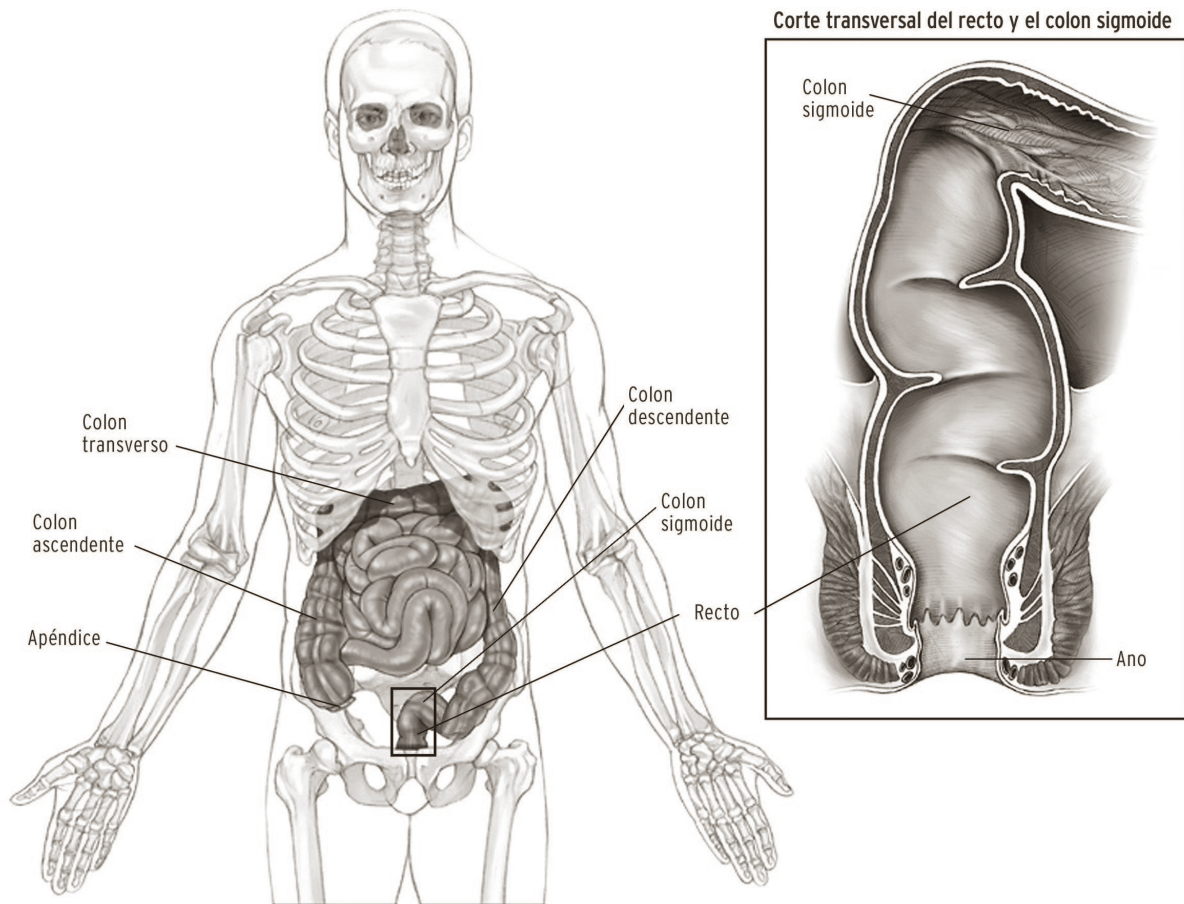


El colon y el recto tienen 5 secciones. El colon ascendente es la porción que se extiende desde una bolsa denominada ciego. El ciego es el comienzo del intestino grueso, en el cual se vacía el intestino delgado; se encuentra a la derecha del abdomen. El colon transversal cruza por la parte superior del abdomen. El colon descendente lleva los excrementos hacia abajo, a la izquierda. Finalmente, el colon sigmoide, ubicado en la parte final, conduce los excrementos unas pulgadas más abajo hacia el recto. El cuerpo elimina los excrementos a través del ano.

Acerca de los pólipos colorrectales

El cáncer colorrectal generalmente comienza como pólipos, crecimientos no cancerosos que se pueden desarrollar en la pared interna del colon y del recto, a medida que las personas envejecen. Si no se los trata o extirpa, los pólipos se pueden convertir en cáncer que ponen en riesgo la vida. El cáncer colorrectal puede prevenirse mediante el reconocimiento y la extirpación de los pólipos precancerosos.

Existen diversas formas de pólipos. Los pólipos adenomatosos, o adenomas, son crecimientos que se pueden convertir en cancerosos. Pueden detectarse con una colonoscopia. Los pólipos se detectan con mayor facilidad durante una colonoscopia porque, en general, son una protuberancia en el colon y forman un bulto en la pared del colon que el médico puede hallar.



Para obtener ilustraciones médicas de los diversos tipos de cáncer, visite el sitio web www.cancer.net.

Alrededor del 10 % de los pólipos del colon son planos, y es difícil detectarlos mediante una colonoscopia, a menos que se utilice un medio de contraste para destacarlos. Estos pólipos planos tienen un alto riesgo de convertirse en cancerosos, independientemente del tamaño.

También pueden desarrollarse pólipos hiperplásicos en el colon y el recto. No se los considera precancerosos.

Tipos de cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal puede originarse tanto en el colon como en el recto. El cáncer que comienza en el colon se denomina cáncer de colon. El cáncer que comienza en el recto se denomina cáncer de recto.

La mayoría de los cánceres de colon y de recto son una clase de tumor denominado adenocarcinoma, que es un cáncer de las células que recubren el tejido interno del colon y el recto. Esta guía específicamente trata sobre el

adenocarcinoma. Otros tipos de cáncer que se desarrollan con mucha menos frecuencia, pero que pueden comenzar en el colon o el recto, incluyen el tumor carcinoide, el tumor estromal gastrointestinal (abreviado por sus siglas en inglés, gastrointestinal stromal tumor, GIST), el carcinoma de células pequeñas y el linfoma.

Genética del cáncer colorrectal

Se desconocen las causas que provocan el cáncer colorrectal, pero, parece que ciertos factores aumentan el riesgo de desarrollar esta enfermedad. Uno de estos factores son las mutaciones o los cambios genéticos que pueden ser transmitidos por los padres a los hijos.

Una persona tiene más probabilidades de desarrollar el cáncer colorrectal si sus padres, hermanos, o hijos han tenido este cáncer, en particular si al familiar se le diagnosticó antes de los 60 años. Los miembros de las familias con ciertas afecciones hereditarias poco frecuentes también tienen un aumento

considerable del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. Estos incluyen poliposis adenomatosa familiar (PAF), poliposis adenomatosa familiar atenuada (PAFA), síndrome de Gardner, síndrome de Lynch, síndrome de poliposis juvenil, síndrome de Muir-Torre, poliposis asociada al gen MYH (PAM), síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) y síndrome de Turcot. Los familiares de mujeres con cáncer de útero u ovario pueden encontrarse también en el grupo de mayor riesgo.

Solo los análisis genéticos pueden determinar si una persona tiene una mutación genética; sin embargo, estos análisis no se recomiendan para todas las personas. La mayoría de los expertos recomienda enfáticamente que las personas que estén considerando la realización de la evaluación genética hablen primero con un asesor genético. Un asesor genético es un experto capacitado para explicar los riesgos y los beneficios de la evaluación genética.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

- ¿Quiénes integrarán mi equipo de atención médica y qué hará cada integrante?
- Si tengo antecedentes familiares de cáncer colorrectal, ¿debo consultar a un asesor genético? ¿Y los miembros de mi familia?
- ¿Dónde puedo encontrar más información acerca del cáncer colorrectal?
- ¿Tiene este hospital o centro oncológico un centro de recursos de aprendizaje? En caso afirmativo, ¿dónde está ubicado?
- ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas o inquietudes?

NOTAS:

Entienda su diagnóstico

Los médicos realizan muchas pruebas para detectar o diagnosticar el cáncer. También realizan pruebas para averiguar si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo desde el lugar donde se inició. Si esto sucede, se denomina metástasis. Por ejemplo, las pruebas por imágenes pueden mostrar si el cáncer se ha diseminado. Las pruebas por imágenes muestran imágenes del interior del cuerpo. Los médicos también pueden hacer pruebas para determinar qué tratamientos podrían funcionar mejor.

En la mayor parte de los tipos de cáncer, una biopsia es la única manera segura para que el médico determine si un área determinada del cuerpo tiene cáncer. Durante una biopsia, el médico toma una pequeña muestra de tejido para hacerle pruebas en un laboratorio. Si no se puede realizar una biopsia, el médico puede sugerir que se lleven a cabo otras pruebas que ayuden a establecer un diagnóstico.

No todas las pruebas son adecuadas para todas las personas. Su médico puede considerar factores tales como su edad, afección, signos y síntomas, y resultados de pruebas anteriores al decidir si una prueba de diagnóstico específica es adecuada para usted. Hable con su médico acerca de las pruebas que le proporcionarán la información más útil sobre su afección.



Pruebas y procedimientos

Colonoscopia

Este procedimiento permite al médico observar el interior de todo el recto y colon, mientras el paciente está sedado. Se introduce un tubo flexible e iluminado denominado colonoscopio dentro del recto y el colon en su totalidad, para detectar pólipos o cáncer. Durante este procedimiento, el médico puede extraer pólipos u otros tejidos para realizar un examen posterior. Si se detecta cáncer colorrectal, probablemente no se pueda realizar un diagnóstico completo que describa con precisión la localización y la diseminación del cáncer hasta extraer quirúrgicamente el tumor.

Biopsia

Una biopsia es la extirpación de una cantidad pequeña de tejido para examinarla a través de un microscopio. Otras pruebas pueden sugerir la presencia de cáncer, pero solo la biopsia permite dar un diagnóstico definitivo del cáncer colorrectal. Luego, un patólogo analiza la(s) muestra(s). Un patólogo es un médico que se especializa en interpretar pruebas de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades. La biopsia se puede realizar durante una colonoscopia o en cualquier tejido extraído durante una cirugía. En algunos casos, para realizar una biopsia con

Los médicos utilizan muchas pruebas diferentes para diagnosticar el cáncer y determinar si se ha diseminado.

aguja, se utiliza la tomografía computarizada (TC) o la ecografía. La biopsia por punción extirpa tejido de la piel usando una aguja que se guía hasta el tumor.

Pruebas moleculares del tumor

Es posible que el médico recomiende realizar análisis de laboratorio en una muestra tumoral a fin de identificar genes específicos, proteínas y otros factores exclusivos del tumor. Si tiene cáncer colorrectal metastásico o recurrente, se prefiere una muestra de tejido de la zona donde se ha diseminado o regresó para analizar, si hay disponible. Los resultados de estas pruebas ayudarán a decidir si las opciones de tratamiento deben incluir un tipo de tratamiento denominado terapia dirigida.



Análisis de sangre

Debido a que con frecuencia el cáncer colorrectal sangra hacia el intestino grueso o recto, las personas enfermas de cáncer pueden tener niveles anormalmente bajos de

glóbulos rojos y se pueden volver anémicas. Como resultado, hacer un hemograma completo puede indicar si se produce sangrado.

Existe otro análisis de sangre que detecta los niveles de una proteína denominada antígeno carcinoembrionario (abreviado por sus siglas en inglés, carcinoembryonic antigen, CEA). Los niveles altos de CEA pueden indicar que el cáncer se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo. La prueba de CEA no es perfecta para la detección del cáncer colorrectal, ya que los niveles son altos solo en alrededor de un 60 % de las personas que padecen este tipo de cáncer y cuya enfermedad se ha diseminado a otros órganos. Además, otras afecciones médicas pueden aumentar los niveles de CEA. Generalmente, la prueba de CEA se usa para controlar el cáncer colorrectal en pacientes que ya están recibiendo tratamiento. No es eficaz como prueba de detección.

Obtenga más información sobre qué esperar al realizarse pruebas, procedimientos y estudios por imágenes frecuentes en www.cancer.net/pruebas.

PRUEBAS POR IMÁGENES

Exploración por TC

Una exploración por TC crea una imagen tridimensional del interior del cuerpo utilizando rayos X desde diferentes ángulos. Una computadora combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales que muestra anomalías o tumores. En personas con cáncer de colon, la exploración por TC puede detectar la diseminación del cáncer a los pulmones, el hígado u otros órganos. A menudo se realiza antes de la cirugía. Una exploración por TC también se puede utilizar para medir el tamaño del tumor. En ocasiones, antes de la exploración se administra un tinte especial, denominado medio de contraste, a fin de obtener mejores detalles en la imagen. Este tinte se puede inyectar en la vena del paciente o puede ser administrado en forma de pastilla para tragar.

Imágenes por resonancia magnética (IRM)

Las IRM usan campos magnéticos, en lugar de rayos X, para producir imágenes detalladas del cuerpo. Antes de la exploración, se administra un tinte especial denominado medio de contraste a fin de crear una imagen más clara.

Este tinte se puede inyectar en la vena del paciente o puede ser administrado en forma de pastilla para tragar. La IRM es la mejor prueba por imágenes para detectar el lugar donde ha crecido el cáncer colorrectal. También se pueden usar IRM para medir el tamaño del tumor.



Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras para crear una imagen de los órganos internos con el fin de averiguar si el cáncer se ha diseminado. La ecografía endorrectal se utiliza frecuentemente para determinar a qué profundidad se extendió el cáncer de recto y es útil como ayuda para planificar el tratamiento. Durante una ecografía endorrectal, se inserta una sonda en el recto. Sin embargo, no sirve para detectar con precisión el cáncer que se ha diseminado a ganglios linfáticos cercanos o más allá de la pelvis. Una ecografía tradicional también puede usarse para visualizar el hígado, aunque se prefieren las TC o las MRI porque son mejores para detectar tumores en el hígado.

□ Radiografía de tórax

Una radiografía es un modo de crear una imagen de las estructuras internas del cuerpo usando una pequeña cantidad de radiación. La radiografía de tórax ayuda a los médicos a determinar si el cáncer se ha diseminado hacia los pulmones.

□ Exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) o TEP-TC

Una exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) normalmente se combina con una exploración por TC, lo cual se denomina exploración por TEP-TC. Sin embargo, es posible que escuche al médico referirse a este procedimiento como simplemente una exploración por TEP. La exploración por TEP es una forma de crear imágenes de los órganos y los tejidos internos del cuerpo. Se inyecta una pequeña cantidad de una sustancia azucarada radiactiva en el cuerpo de un paciente. Esta sustancia azucarada es absorbida por las células que utilizan la mayor cantidad de energía. Debido a que el cáncer tiende a utilizar energía de manera activa, absorbe una cantidad mayor de la sustancia radioactiva. Luego, una exploración detecta esta sustancia para generar imágenes del interior del cuerpo. Las TEP no se usan regularmente para todos los pacientes con cáncer colorrectal, pero existen situaciones específicas en las que su médico puede encontrarlas útiles.

Estadios

A las personas con cáncer colorrectal a menudo se les da un estadio junto con su diagnóstico. El estadio describe el **tumor**, específicamente la profundidad del crecimiento del cáncer en el colon o la pared rectal (T); si el cáncer se ha diseminado a los ganglios (o **nódulos**) linfáticos cercanos y, de ser así, a cuántos (N); y si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo, que se define como **metástasis** (M). Los médicos utilizan pruebas de diagnóstico para determinar el estadio del cáncer, de manera que es posible que la estadificación no se establezca hasta que se hayan realizado todas las pruebas. Conocer el estadio ayudará a su médico a decidir qué plan de tratamiento será más eficaz y puede ayudar a predecir su pronóstico.

Los médicos asignan el estadio del cáncer mediante la combinación de T, N y M. Luego se describe el estadio mediante un número que va de cero (0) a 4 (números romanos del I a IV) y a menudo una letra, tales como A, B o C. Los estadios del cáncer colorrectal son los siguientes:

Estadio 0. Se denomina cáncer in situ. Las células cancerosas se encuentran solo en la mucosa, o revestimiento interno, del colon o el recto.

Estadio I. El cáncer ha crecido, atravesado la mucosa e invadido la capa muscular del colon o el recto. No se ha diseminado a los tejidos cercanos o ganglios linfáticos.

Estadio IIA. El cáncer ha crecido, atravesado la pared del colon o del recto. No se ha diseminado a los tejidos cercanos o ganglios linfáticos.

Estadio IIB. El cáncer ha crecido a través de las capas musculares hasta llegar al revestimiento del abdomen, denominado peritoneo visceral. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos o a alguna otra parte del cuerpo.

Estadio IIC. El tumor se ha diseminado a través de la pared del colon o del recto y ha invadido estructuras cercanas. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos o a alguna otra parte del cuerpo.

Estadio IIIA. El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Se ha diseminado hacia 1 a 3 ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos. El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IIIB. El cáncer ha crecido y atravesado la pared intestinal o los órganos circundantes. Se ha diseminado hacia 1 a 3 ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto que no parecen ser ganglios linfáticos. Sin embargo, el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC. Independientemente de la profundidad con que se extendió el cáncer de colon, se ha diseminado a 4 o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.

Estadio IVA. El cáncer se ha diseminado a una sola parte distante del cuerpo, como el hígado o los pulmones.

Estadio IVB. El cáncer se ha diseminado a más de 1 parte distante del cuerpo.

Estadio IVC. El cáncer se diseminó al peritoneo. También se pudo haber diseminado a otros lugares u órganos.

Recurrente. El cáncer ha regresado después del tratamiento. La enfermedad puede hallarse en el colon, el recto o en otra parte del cuerpo. Si el cáncer regresa, se realizará otra serie de pruebas para obtener información sobre el alcance de la recurrencia. Estas pruebas y exploraciones a menudo son iguales a las que se realizan al momento del diagnóstico original.

Utilizado con el permiso del Colegio Estadounidense de Cirujanos (American College of Surgeons), Chicago, Illinois. La fuente original y principal de esta información es AJCC Cancer Staging Manual, octava edición (2017), publicado por Springer International Publishing.

Grado

Los médicos también pueden usar el término "grado" cuando se habla de cáncer colorrectal. El grado describe qué tan parecidas son las células cancerosas a las células sanas cuando se observan a través de un microscopio. El grado del cáncer colorrectal puede ayudar al médico a predecir qué tan rápido se diseminará el cáncer. Si el cáncer tiene un aspecto similar al tejido sano y contiene diferentes agrupaciones de células, se lo denomina tumor diferenciado o de bajo grado.

Si el tejido canceroso parece muy diferente del tejido sano, se lo denomina tumor poco diferenciado o de alto grado. En general, mientras más bajo es el grado del tumor, mejor es el pronóstico.



RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO

UBICACIÓN DEL TUMOR

PRIMARIO:

- Colon
- Recto

TIPO:

- Adenocarcinoma
- Tumor carcinoide
- Tumor estromal gastrointestinal (GIST)
- Linfoma

ESTADIO:

- Estadio 0
- Estadio I
- Estadio IIA
- Estadio IIB
- Estadio IIC
- Estadio IIIA
- Estadio IIIB
- Estadio IIIC
- Estadio IVA
- Estadio IVB
- Estadio IVC
- Recurrente

GRADO:

- GX: no se puede identificar el grado del tumor.
- G1: las células se asemejan más a las células normales, denominadas bien diferenciadas.
- G2: las células se asemejan en algo a las células normales, denominadas moderadamente diferenciadas.
- G3: las células se asemejan menos a las células normales, denominadas poco diferenciadas.
- G4: las células apenas se asemejan a las células normales, denominadas no diferenciadas.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE SU DIAGNÓSTICO

- ¿Dónde está ubicado el cáncer?
- ¿En qué estadio y grado se encuentra mi cáncer? ¿Qué significa esto?
- ¿Qué otras pruebas o procedimientos de diagnóstico pueden ser necesarios?
- ¿Cómo puedo prepararme para cada prueba o procedimiento?
- ¿A dónde debo ir para hacerme estas pruebas?
- ¿Cuándo me darán los resultados? ¿Cómo obtendré los resultados (por teléfono, en la próxima cita, etc.)?
- ¿Quién me explicará estos resultados?
- ¿Debo ver a otro médico para recibir una segunda opinión? ¿Pueden darme nombres de médicos para ver?
- ¿Necesitaré repetir las pruebas o los procedimientos si busco una segunda opinión?
- ¿Cuál es mi pronóstico?

NOTAS:

Tratamiento del cáncer colorrectal

En la atención del cáncer, a menudo trabajan juntos médicos de distintas especialidades para crear un plan de tratamiento general que combine diferentes tipos de tratamientos. Para el cáncer colorrectal, este equipo a menudo incluye un gastroenterólogo, que es un médico especializado en el funcionamiento y las alteraciones del tubo digestivo, un cirujano, un oncólogo clínico y un radiooncólogo. Los equipos de atención del cáncer incluyen una variedad de otros profesionales de la atención médica, por ejemplo, auxiliares médicos, personal de enfermería de oncología, trabajadores sociales, farmacéuticos, terapeutas, dietistas y otros.



Las opciones de tratamiento dependen de varios factores, entre ellos, el tipo y el estadio del cáncer, los efectos secundarios posibles, así como sus preferencias y su estado de salud general. Su plan de atención también puede incluir tratamiento para síntomas y efectos secundarios, una parte importante de la atención del cáncer.

Al momento de tomar decisiones relacionadas con el tratamiento, se lo alienta también a que considere participar en un ensayo clínico. Un ensayo clínico es un estudio de investigación para evaluar si un enfoque nuevo al tratamiento es seguro, eficaz y posiblemente mejor que el tratamiento estándar.

Antes de comenzar el tratamiento, es importante que analice los objetivos y los posibles efectos secundarios de su plan de tratamiento con su médico, incluida la probabilidad de que el tratamiento surta efecto y su posible efecto en su calidad de vida. Para comenzar una conversación con su médico, es posible que desee preguntar lo siguiente:

- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Necesitaré más de 1 tipo de tratamiento?
- En función de los resultados de las pruebas moleculares, ¿me recomienda la terapia dirigida? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Qué plan de tratamiento me recomienda? ¿Por qué?
- ¿Cuál es el objetivo del tratamiento recomendado? ¿Es eliminar el cáncer? ¿Aliviar los síntomas? ¿O ambos?
- ¿Cuál es el plazo de tiempo esperado para mi plan de tratamiento?
- ¿Cuándo debo tomar una decisión sobre el inicio del tratamiento?

Cirugía

La cirugía es la extirpación del tumor y de tejido circundante sano durante una operación. Este es el tratamiento que se utiliza con mayor frecuencia para tratar el cáncer colorrectal y suele denominarse extirpación quirúrgica. También se extirpa parte del recto o colon y los ganglios linfáticos circundantes sanos. Si bien la cirugía colorrectal puede ser llevada a cabo por cirujanos generales y especialistas, muchas personas consultan a los especialistas que tienen experiencia y capacitación adicional

MI PLAN DE TRATAMIENTO

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Terapia dirigida
- Inmunoterapia
- Ensayo clínico
- Cuidados paliativos

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Eliminar el cáncer
- Enlentecer el crecimiento o la diseminación del cáncer
- Reducir el tamaño del tumor
- Aliviar los síntomas
- Controlar los efectos secundarios
- Otro:

en cirugía colorrectal. Un cirujano especialista en cirugías colorrectales es un médico que ha recibido capacitación adicional para tratar enfermedades del colon, el recto y el ano. Anteriormente, a estos cirujanos especialistas se los llamaba proctólogos.

Además de la extirpación quirúrgica, las opciones quirúrgicas para el cáncer colorrectal incluyen:

- ❑ **Cirugía laparoscópica.** Algunos pacientes pueden someterse a una cirugía laparoscópica contra el cáncer colorrectal. Con esta técnica, se pasan varias cámaras de visualización por el abdomen, mientras el paciente está anestesiado. La anestesia es un medicamento que bloquea la conciencia del dolor. Las incisiones son más pequeñas y el tiempo de recuperación suele ser más corto que con la cirugía de colon estándar. La cirugía laparoscópica es tan eficaz como la cirugía de colon convencional para extirpar el cáncer. Los cirujanos que realizan cirugía laparoscópica han recibido entrenamiento especial en esa técnica. Existen otros métodos menos invasivos, como la cirugía robótica, que pueden usar en algunos casos cirujanos con conocimientos especializados.
- ❑ **Colostomía para el cáncer de recto.** Con menos frecuencia, una persona con cáncer de recto puede necesitar una colostomía. Esta consiste en una abertura quirúrgica, o estoma, a través de la cual el colon se conecta a la superficie abdominal para proporcionar una vía por la que puedan salir los excrementos del cuerpo. Los excrementos son recolectados en una bolsa que lleva el paciente. En ocasiones, la colostomía es solo temporal, para permitir que el recto sane. En otros casos, puede ser permanente. Gracias a las modernas técnicas quirúrgicas y al uso de radioterapia y quimioterapia antes de una cirugía, cuando es necesario, la mayoría de las personas que reciben tratamiento para el cáncer de recto no requieren de una colostomía permanente.
- ❑ **Ablación por radiofrecuencia (abreviada por sus siglas en inglés, RFA) o crioablación.** Algunos pacientes podrían someterse a una cirugía en el hígado o los pulmones para extirpar los tumores que se hayan diseminado a esos órganos. Otros métodos incluyen el uso de energía en forma de ondas de radiofrecuencia para destruir los tumores con calor, lo cual se denomina RFA, o para congelarlos, lo cual se denomina crioablación. No todos

los tumores de hígado o pulmón pueden tratarse con 1 de estos métodos. La RFA puede realizarse a través de la piel o durante la cirugía. Si bien así se puede evitar que se extirpen partes de tejido hepático y pulmonar que podrían extirparse en una cirugía convencional, también existe la posibilidad de que queden partes del tumor.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA CIRUGÍA

En general, los efectos secundarios de la cirugía incluyen dolores y sensibilidad en la zona de la operación. La operación también puede provocar estreñimiento o diarrea, que generalmente desaparece después de cierto tiempo. Las personas sometidas a una colostomía pueden sentir irritación alrededor del estoma. El médico, la enfermera o un especialista en colostomías, llamado estomaterapeuta, le pueden enseñar al paciente cómo limpiar el área y evitar una infección.

Muchas personas necesitan volver a entrenar el intestino después de una cirugía, lo cual puede requerir de cierto tiempo y asistencia. Los pacientes deben consultar al médico si no logran un buen control de la función intestinal.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA CIRUGÍA

- ¿Qué tipo de cirugía recomienda? ¿Por qué?
- ¿Cuál es el objetivo de esta cirugía?
- ¿Deben extirparse los ganglios linfáticos o algún otro tejido?
- ¿Será necesario que quede hospitalizado por esta operación? De ser así, ¿durante cuánto tiempo permaneceré en el hospital?
- ¿Se almacenará mi tumor? ¿Dónde se almacenará? ¿Por cuánto tiempo? ¿Cómo se puede acceder en el futuro?
- ¿Se me deberá realizar una colostomía? En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?
- ¿Tendré dificultades para controlar la función intestinal después de la cirugía? Si es así, ¿cómo se tratará este efecto secundario?
- ¿Qué tipo de dolor debo esperar sentir después de la cirugía? ¿Qué puede hacerse para controlar este dolor?

Radioterapia

La radioterapia es el uso de rayos X de alta potencia para destruir células cancerosas. Habitualmente, se utiliza para tratar el cáncer de recto debido a que este tipo de tumor tiende a aparecer nuevamente cerca del lugar donde se originó. El médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer se denomina radiooncólogo. Un régimen o programa de radioterapia, normalmente consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran durante un período determinado.

- ❑ **En la radioterapia con haz externo**, se utiliza una máquina para administrar radiación en la zona en que se encuentra el cáncer. El tratamiento con radiación generalmente se realiza 5 días a la semana durante varias semanas y se puede realizar en el consultorio del médico o en un hospital.
- ❑ **La radioterapia estereotáctica** es un tipo de radioterapia con haz externo que se puede usar cuando el tumor se diseminó al hígado o los pulmones. Este tipo de radioterapia permite aplicar una gran dosis de radiación precisa en un área pequeña. Esta técnica puede ayudar a preservar tejido hepático y pulmonar que de otro modo podría extirparse durante la cirugía. Sin embargo, no todos los cánceres que se han diseminado al hígado o a los pulmones pueden recibir este tratamiento.

OTROS TIPOS DE RADIOTERAPIA

Para algunas personas, las técnicas de radioterapia especializada, como la radioterapia intraoperatoria o la braquiterapia, pueden ayudar a eliminar algunas áreas pequeñas del tumor que no podrían ser extirpadas con la cirugía.

- ❑ **La radioterapia intraoperatoria** utiliza una sola dosis elevada de radioterapia durante la cirugía.
- ❑ **La braquiterapia** es la colocación de "semillas" radiactivas dentro del cuerpo. En 1 tipo de braquiterapia, se inyectan mínimas cantidades de una sustancia radiactiva llamada itrio 90 en el hígado para tratar el cáncer colorrectal que se ha diseminado al hígado cuando no es posible realizar una cirugía. Algunos estudios sugieren que este tratamiento puede ayudar a enlentecer el crecimiento de las células cancerosas.



RADIOTERAPIA PARA EL CÁNCER DE RECTO

Para el cáncer de recto, la radioterapia puede usarse antes de una cirugía, lo que se denomina terapia neoadyuvante, para reducir el tamaño del tumor y simplificar la extirpación. La radioterapia también puede usarse después de la cirugía, como terapia adyuvante, para destruir cualquier resto de células cancerosas. La quimioterapia a menudo se administra simultáneamente con la radioterapia, lo cual se denomina quimiorradiación, para aumentar su efectividad. La quimiorradiación se usa generalmente en el cáncer de recto antes de una cirugía para evitar la colostomía o reducir la posibilidad de que el cáncer reaparezca.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir fatiga, reacciones leves en la piel, malestar estomacal y deposiciones líquidas. También puede producir obstrucción intestinal o materia fecal con sangre, debido a una hemorragia a través del recto. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen poco tiempo después de finalizado el tratamiento. Después de la radioterapia en la pelvis, pueden originarse efectos secundarios a largo plazo, como problemas sexuales e infertilidad (incapacidad para tener un bebé) tanto en hombres como en mujeres. Antes de comenzar el tratamiento, hable con su médico acerca de los posibles efectos secundarios y las opciones disponibles para su prevención y control.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA RADIOTERAPIA

- ¿Qué tipo de radioterapia recomienda? ¿Por qué?
- ¿Con qué frecuencia se harán mis radioterapias y durante cuánto tiempo recibiré tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo demorará cada tratamiento?
- ¿Qué sentiré cuando reciba la radioterapia? ¿Me producirá alguna lesión o molestia?

NOTAS:

Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al poner fin a su capacidad para crecer y dividirse. Generalmente, la quimioterapia es administrada por un oncólogo clínico, un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer con medicamentos.

La quimioterapia sistémica se traslada por el torrente sanguíneo para alcanzar las células cancerosas de todo el cuerpo. Algunos de los métodos frecuentes para administrar quimioterapia incluyen un tubo intravenoso (IV) que se coloca en una vena con una aguja, o una pastilla o cápsula que se traga (por vía oral).

Un régimen o programa de quimioterapia, por lo general consiste en una cantidad específica de ciclos que se administran durante un período determinado. Un paciente puede recibir 1 fármaco por vez o combinaciones de diferentes fármacos al mismo tiempo.

La quimioterapia se puede administrar después de la cirugía para eliminar las células cancerosas restantes. En algunas



personas con cáncer de recto, el médico administrará quimioterapia y radioterapia antes de la cirugía para reducir el tamaño de un tumor en el recto y reducir al mínimo la posibilidad de que el cáncer reaparezca después del tratamiento.

Hay varios tratamientos y combinaciones frecuentes basados en quimioterapia para el cáncer colorrectal. Su médico puede recomendarle 1 o varios de ellos en diferentes momentos durante el tratamiento:

- Fluorouracilo (5-FU, Adrucil)
- Capecitabina (Xeloda), forma de 5-FU de administración oral
- Irinotecán (Camptosar)
- Nivolumab (Opdivo)
- Oxaliplatino (Eloxatin)
- Pembrolizumab (Keytruda)
- Regorafenib (Stivarga)
- Trifluridina/tipiracilo (TAS-102, Lonsurf)
- 5-FU con leucovorina (Wellcovorin), una vitamina que mejora la efectividad de 5-FU
- Capecitabina, una forma de 5-FU de administración oral
- 5-FU con leucovorina y oxaliplatino, una combinación denominada FOLFOX
- 5-FU con leucovorina e irinotecán, una combinación denominada FOLFIRI
- Capecitabina con irinotecán (XELIRI/CAPIRI)
- Capecitabina con oxaliplatino (XELOX/CAPEOX)
- Cualquiera de los anteriores con bevacizumab (Avastin), cetuximab (Erbix) o panitumumab (Vectibix)
- FOLFIRI con ziv-aflibercept (Zaltrap) o ramucirumab (Cyramza)

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA QUIMIOTERAPIA

La quimioterapia puede provocar vómitos, náuseas, diarrea y llagas en la boca. No obstante, hay medicamentos para evitar estos efectos secundarios. Por la forma en la que se administran los medicamentos, estos efectos secundarios son menos graves que en el pasado para la mayoría de los pacientes. Además, los pacientes pueden sentirse demasiado cansados y existe un mayor riesgo de que contraigan una infección. Con algunos medicamentos, también se puede producir una neuropatía, que es el cosquilleo, dolor o adormecimiento de los pies o las manos. La caída importante

del cabello es un efecto secundario poco frecuente de muchos de los medicamentos usados para tratar el cáncer colorrectal, salvo el irinotecán.

Es importante que le informe a su médico si tiene alguno de estos u otros efectos secundarios, de modo que se puedan controlar sus síntomas. Si los efectos secundarios son particularmente difíciles, se puede reducir la dosis del medicamento o posponer una sesión del tratamiento. La mayoría de los efectos secundarios de la quimioterapia suelen desaparecer una vez finalizado el tratamiento.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA QUIMIOTERAPIA

- ¿Qué tipo de quimioterapia recomienda? ¿Por qué?
- ¿Durante cuánto tiempo deberé someterme a quimioterapia?
- ¿Cómo se administrará el tratamiento?
- ¿Cómo sabremos si surte efecto?
- ¿De qué forma la quimioterapia afectará mi vida diaria? ¿Podré trabajar, hacer ejercicio y realizar mis actividades habituales?
- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de cada medicamento, tanto a corto como a largo plazo?
- ¿Dónde puedo obtener más información acerca de los medicamentos que usaré?
- Si me preocupa el costo del tratamiento, ¿quién me puede ayudar con esta inquietud?

NOTAS:

Terapia dirigida e inmunoterapia

La terapia dirigida es un tipo de tratamiento farmacológico que se dirige a los genes o a las proteínas específicos del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y la supervivencia del cáncer. Este tipo de tratamiento bloquea el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño a las células sanas.

Estudios de investigación demuestran que no todos los tipos de cáncer colorrectal tienen los mismos blancos. Para determinar cuál es el tratamiento más efectivo, el médico puede realizar pruebas especializadas para identificar los genes, las proteínas y otros factores específicos del tumor. Estos resultados ayudan a encontrar la opción de tratamiento más eficaz.

Actualmente, hay 3 tipos principales de terapia dirigida usados para tratar el cáncer colorrectal: la terapia antiangiogénica, los inhibidores del receptor del factor de crecimiento epidérmico (abreviado por sus siglas en inglés, epidermal growth factor receptor, EGFR) y los inhibidores de puntos de control (inmunoterapia).

□ Terapia antiangiogénica

Este tratamiento dirigido se enfoca en detener la angiogénesis, que es el proceso de formación de vasos sanguíneos nuevos. Dado que el tumor necesita los nutrientes transportados por los vasos sanguíneos para crecer y diseminarse, el objetivo de la terapia antiangiogénica es “matar de hambre” al tumor.



□ **Bevacizumab (Avastin):** el bevacizumab es un tipo de terapia antiangiogénica denominada anticuerpo monoclonal. Cuando se lo administra con quimioterapia, el bevacizumab alarga el tiempo de vida de los pacientes con cáncer colorrectal avanzado. Este fármaco puede utilizarse como terapia de primera línea o segunda línea, junto con la quimioterapia.

□ **Regorafenib (Stivarga):** este medicamento fue aprobado en 2012 por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para pacientes con cáncer colorrectal metastásico que ya hayan recibido ciertos tipos de quimioterapia y otras terapias dirigidas.

□ **Ziv-aflibercept (Zaltrap) y ramucirumab (Cyramza):** Ziv-aflibercept y ramucirumab son otros tipos de terapias antiangiogénicas. Cualquiera de estos se puede combinar con la quimioterapia FOLFIRI como tratamiento de segunda línea para el cáncer colorrectal metastásico.

□ Inhibidores del EGFR

Los investigadores han descubierto que los medicamentos que bloquean el EGFR, como cetuximab (Erbix) y panitumumab (Vectibix), pueden ser eficaces para detener o retrasar el crecimiento del cáncer colorrectal. Sin embargo, estudios recientes demuestran que el cetuximab y el panitumumab no dan muy buenos resultados en tumores que tienen mutaciones o cambios específicos de un gen denominado *RAS*. La American Society of Clinical Oncology recomienda que todos los pacientes con cáncer colorrectal metastásico que podrían recibir un inhibidor del EGFR, como cetuximab y panitumumab, se hagan pruebas de detección de mutaciones del gen *RAS* en los tumores. Si el tumor tiene una forma mutada del gen *RAS*, la American Society of Clinical Oncology no recomienda el uso de inhibidores del EGFR. Además, la FDA recomienda que tanto el cetuximab como el panitumumab solo se administren a pacientes con tumores sin mutaciones genéticas del gen *RAS*, en ocasiones denominado “en estado natural”.

□ Inhibidores de puntos de control (inmunoterapia)

La inmunoterapia es una forma de estimular las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer. Por ejemplo, el pembrolizumab (Keytruda) está dirigido al anticuerpo humanizado que actúa sobre el PD-1, un receptor en las células tumorales, que previene que las células tumorales se escondan del sistema inmunitario. Un anticuerpo humanizado

combina un anticuerpo humano con una pequeña parte de un anticuerpo de ratón o rata. La parte animal se une al objetivo y la parte humana hace menos probable ser destruidas por el sistema inmunitario del cuerpo. El pembrolizumab está aprobado para tratar los tipos de cáncer colorrectal metastásico que tienen una característica molecular llamada inestabilidad de microsatélites (IMS-H) o deficiencia de reparación de desajuste (abreviada por sus siglas en inglés, mismatch repair deficiency, dMMR). El nivolumab (Opdivo) es otro inhibidor de puntos de control aprobado para tratar a pacientes de 12 años en adelante que tienen cáncer colorrectal metastásico IMS-H o con dMMR que ha crecido o se diseminó después del

tratamiento con quimioterapia con fluoropirimidina, (como la capecitabina y el fluorouracilo), oxaliplatino e irinotecán.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA TERAPIA DIRIGIDA Y LA INMUNOTERAPIA

Las terapias dirigidas y la inmunoterapia a menudo producen efectos secundarios diferentes respecto de la quimioterapia. Por ejemplo, los efectos secundarios de los tratamientos dirigidos pueden incluir una erupción cutánea en la cara y la parte superior del cuerpo, que puede prevenirse o aliviarse con diversos tratamientos. Hable con el médico sobre otros posibles efectos secundarios y sobre cómo se pueden controlar.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA TERAPIA DIRIGIDA Y LA INMUNOTERAPIA

- ¿Se evaluó mi tumor para inestabilidad de microsatélites y otras características moleculares?
- En función de los resultados de mis pruebas, ¿me beneficiaré con la terapia dirigida o la inmunoterapia? ¿Por qué sí o por qué no?
- ¿Durante cuánto tiempo deberé recibir este tratamiento?
- ¿Cómo se administrará el tratamiento?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios posibles de este tratamiento? ¿Cómo se controlarán estos efectos secundarios?
- ¿Cómo se controlará mi tratamiento?
- Si me preocupa cómo afrontar el costo del tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

NOTAS:



Ensayos clínicos

Los médicos y científicos siempre buscan mejores métodos para tratar a las personas que tienen cáncer colorrectal. Para realizar avances científicos, los médicos desarrollan estudios de investigación, que se denominan ensayos clínicos, en los que participan voluntarios.

Muchos ensayos clínicos se centran en tratamientos nuevos. Los investigadores buscan determinar si un tratamiento nuevo es seguro, eficaz y posiblemente mejor que el tratamiento que los médicos usan en la actualidad. Estos tipos de estudios evalúan fármacos nuevos, diferentes combinaciones de tratamientos existentes, enfoques nuevos de radioterapia o cirugía, y métodos nuevos de tratamiento. También se realizan estudios clínicos que evalúan nuevas formas de aliviar los síntomas y los efectos secundarios durante el tratamiento, y de controlar los efectos tardíos que pueden presentarse después de este.

Los pacientes que participan en los ensayos clínicos pueden ser algunos de los primeros en recibir un tratamiento antes de que esté disponible al público en general. Sin embargo, existen ciertos riesgos en los ensayos clínicos, incluidos posibles efectos secundarios, y que el nuevo tratamiento no funcione. Se recomienda a las personas que hablen con su equipo de atención médica acerca de las ventajas y las desventajas de participar en un estudio en particular.

Las personas deciden participar en los estudios clínicos por muchos motivos. Para algunas personas con cáncer colorrectal, un ensayo clínico es la mejor opción de tratamiento disponible. Debido a que los tratamientos estándares no son perfectos, los pacientes con frecuencia están dispuestos a enfrentar un mayor grado de incertidumbre relacionado con un ensayo clínico, con la esperanza de obtener un mejor resultado. Otras personas se presentan voluntariamente para participar en ensayos clínicos porque saben que estos estudios son una forma de contribuir con el progreso del tratamiento del cáncer colorrectal. Aunque el ensayo clínico no las beneficie directamente, la participación puede beneficiar a otras personas con cáncer colorrectal en el futuro.

La cobertura de seguro de los costos de los ensayos clínicos difiere según la ubicación y el estudio. En algunos programas, se reembolsa parte de los gastos del paciente generados al participar en el ensayo clínico. En otros, esto no sucede. Es importante hablar primero con el equipo de investigación y con su aseguradora para conocer si el tratamiento en un ensayo clínico se cubrirá y de qué forma. A veces, a las personas les preocupa que, al participar en un estudio clínico, no reciban tratamiento y, en su lugar, reciban un placebo ("pastilla



de azúcar”). Generalmente, los placebos se combinan con un tratamiento estándar en la mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer. Cuando se usa un placebo en un estudio, se hace con el pleno conocimiento de los participantes.

Para ingresar en un ensayo clínico, los pacientes deben participar en un proceso conocido como consentimiento informado. Durante el consentimiento informado, el médico debe hacer lo siguiente:

- Describir todas las opciones del paciente, de modo que la persona comprenda de qué manera el nuevo tratamiento se diferencia del tratamiento estándar.
- Enumerar todos los riesgos del tratamiento nuevo, que pueden o no ser diferentes de los riesgos del tratamiento estándar.
- Explicar qué se requerirá de cada paciente para participar en el ensayo clínico, incluso la cantidad de visitas al médico, las pruebas y el régimen del tratamiento.

Los ensayos clínicos también tienen ciertas reglas denominadas “requisitos de elegibilidad”, que ayudan a estructurar la investigación y mantener la seguridad de los pacientes. Usted y el equipo de investigación revisarán detenidamente estos requisitos.

Tenga en cuenta que, incluso si decide participar en un ensayo clínico, puede dejar de hacerlo en cualquier momento por motivos personales o médicos.

Para obtener más información sobre los ensayos clínicos, visite www.cancer.net/ensayosclinicos.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LOS ENSAYOS CLÍNICOS

- ¿De qué forma los ensayos clínicos ayudan a las personas con cáncer colorrectal?
- ¿En qué ensayos clínicos puedo participar? ¿Dónde están ubicados y cómo averiguo más sobre ellos?
- ¿Qué sucede durante un ensayo clínico?
- ¿Cómo se comparan los costos de participar en un ensayo clínico con los costos del tratamiento estándar?
- ¿Dónde puedo obtener más información sobre los ensayos clínicos?

NOTAS:

Control de los síntomas y efectos secundarios

Además del tratamiento para retrasar, detener o eliminar el cáncer colorrectal, un aspecto importante de su atención es aliviar los síntomas y los efectos secundarios. Este enfoque se denomina cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son cualquier tipo de tratamiento que se centra en reducir los síntomas de una persona, mejorar la calidad de vida y brindar apoyo a los pacientes y sus familiares. Cualquier persona, independientemente de la edad o del tipo y estadio del cáncer, puede recibir cuidados paliativos. Lo ideal es que los cuidados paliativos comiencen lo más pronto posible en el proceso del tratamiento del cáncer y continúen durante todos los estadios de la enfermedad. Se pueden administrar al mismo

tiempo que el tratamiento dirigido a la enfermedad o por sí solos.

Los tratamientos paliativos varían ampliamente y, con frecuencia, incluyen medicamentos, cambios nutricionales, técnicas de relajación, apoyo emocional y otras terapias. Usted también puede recibir tratamientos paliativos similares a los utilizados para eliminar el cáncer, como quimioterapia, cirugía o radioterapia, así que es importante comprender los objetivos de cada tratamiento en su plan de tratamiento.

Antes de comenzar el tratamiento, hable con su equipo de atención médica acerca de los posibles efectos secundarios de su plan de tratamiento específico y las opciones de cuidados paliativos. Durante el tratamiento y después de este, asegúrese de informar a su médico o a otro integrante del equipo de atención médica si experimenta un problema, de modo que pueda abordarse tan pronto como sea posible.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

- ¿Qué puedo hacer para controlar los síntomas y efectos secundarios que pueda presentar?
- ¿Puede recomendarme a alguien que se especialice en cuidados paliativos?
- ¿Dónde puedo recibir servicios de cuidados paliativos?
- ¿Qué otros servicios de apoyo tengo a mi disposición? ¿Y a disposición de mi familia?
- Si me preocupa cómo afrontar el costo del tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

NOTAS:

Para obtener más información acerca de los cuidados paliativos, visite www.cancer.net/cuidadospaliativos.

Cómo desarrollar un plan de tratamiento

En general, el cáncer colorrectal que ha sido diagnosticado como en estadio 0, I, II o III generalmente se puede curar con cirugía. Sin embargo, muchos pacientes con cáncer colorrectal en estadio III y algunos en el estadio II reciben quimioterapia después de la cirugía para aumentar las probabilidades de eliminar la enfermedad. Los pacientes con cáncer de recto en estadio II y III también recibirán radioterapia con quimioterapia, ya sea antes o después de la cirugía. Rara vez puede curarse el estadio IV, pero sí tratarse, y es posible controlar el crecimiento del cáncer y los síntomas de la enfermedad de modo satisfactorio. Los ensayos clínicos también son una opción de tratamiento para cada estadio.

ESTADIO 0

El tratamiento habitual es una polipectomía, o extirpación de un pólipo, durante una colonoscopia. No se necesita una cirugía adicional a menos que el pólipo no se pueda extirpar completamente.



ESTADIO I

En general, el único tratamiento necesario es la extirpación quirúrgica del tumor y los ganglios linfáticos.

ESTADIO II

La cirugía suele ser el primer tratamiento. Los pacientes con cáncer de colon en estadio II deben hablar con el médico para determinar la necesidad de otro tratamiento después de la cirugía, ya que algunos pacientes reciben quimioterapia adyuvante. La quimioterapia adyuvante es un tratamiento posterior a la cirugía con el objetivo de destruir cualquier resto de células cancerosas. Sin embargo, la tasa de curación para la cirugía por sí misma son bastante buenas y los tratamientos adicionales ofrecen pocos beneficios para las personas con cáncer de colon en este estadio. Los ensayos clínicos también son una opción después de la cirugía.

En el caso de los pacientes con cáncer de recto en estadio II, la radioterapia suele administrarse en combinación con quimioterapia, ya sea antes o después de la cirugía. También es posible que se administre quimioterapia adicional después de la cirugía.

ESTADIO III

El tratamiento suele incluir la extirpación quirúrgica del tumor seguida de quimioterapia adyuvante. Un ensayo clínico también es una opción. Para los pacientes con cáncer de recto, la radioterapia puede administrarse en combinación con quimioterapia, ya sea antes o después de la cirugía junto con quimioterapia adyuvante.

ESTADIO IV (METASTÁSICO)

En esta etapa, el cáncer se ha diseminado a otro lugar en el cuerpo, tales como el hígado, los pulmones, el peritoneo o los ovarios de una mujer. Se aconseja a los pacientes con este diagnóstico que hablen con médicos experimentados en el tratamiento de este estadio del cáncer, puesto que quizás haya diferentes opiniones respecto del mejor plan de tratamiento.

Si bien en este estadio la cirugía destinada a extirpar la porción del colon donde se inició el cáncer no suele eliminar la enfermedad, puede ser útil para aliviar la obstrucción del colon u otras complicaciones. La cirugía también puede usarse para extraer partes de otros órganos que contengan cáncer, lo que

se denomina extirpación, y puede curar a algunas personas si una cantidad limitada del cáncer se disemina a un solo órgano, como el hígado o el pulmón. Aun cuando la cura del cáncer no sea posible, la cirugía puede agregar meses o aun años de vida para la persona. Determinar quién puede beneficiarse de la cirugía para el cáncer que se ha diseminado al hígado suele ser un proceso complejo que requiere de la colaboración de médicos de diversas especialidades para elaborar el mejor plan.



Su equipo de atención médica podría recomendar un plan de tratamiento que incluya una combinación de cirugía, radioterapia, inmunoterapia y quimioterapia para reducir la velocidad de diseminación de la enfermedad y, a menudo, reducir de forma temporal un tumor canceroso. Además, los cuidados paliativos serán importantes para ayudar a aliviar los síntomas y los efectos secundarios.

Para la mayoría de los pacientes, un diagnóstico de cáncer metastásico es muy estresante y, a veces, difícil de soportar. Se recomienda que pacientes y familiares hablen acerca de cómo se están sintiendo con los médicos, el personal de enfermería, los trabajadores sociales u otros integrantes del equipo de atención médica. También puede ser útil hablar con otros pacientes, posiblemente a través de un grupo de apoyo.

CÁNCER COLORRECTAL RECURRENTE

Si el cáncer colorrectal regresa después del tratamiento original, se denomina "cáncer recurrente". El cáncer reaparece porque pequeñas áreas de células cancerosas son difíciles de ver y, a veces, pueden permanecer en el cuerpo después del tratamiento. Con el tiempo, estas células pueden multiplicarse y crecer lo suficientemente como para que se encuentren y dar un diagnóstico. El cáncer colorrectal puede reaparecer en el mismo lugar (recurrencia local), en áreas cercanas (recurrencia regional) o en otro lugar (recurrencia a distancia).

Si la enfermedad vuelve a aparecer, volverá a comenzar un nuevo ciclo de pruebas para obtener toda la información posible sobre la recurrencia. Después de realizadas estas pruebas, usted y su médico hablarán sobre sus opciones de tratamiento. Generalmente, las opciones de tratamiento para el cáncer recurrente son las mismas que para el metastásico e incluyen cirugía, quimioterapia, radioterapia y cuidados paliativos. Sin embargo, quizás se combinen de un modo distinto o se administren con un ritmo distinto. Su médico también puede sugerir ensayos clínicos que estén estudiando métodos nuevos para tratar este cáncer colorrectal recurrente.

Las personas con cáncer recurrente a menudo sienten emociones como incredulidad o temor. Los pacientes deben hablar con el equipo de atención médica respecto a estos sentimientos y sobre los servicios de apoyo que los ayuden a sobrellevar la situación.

Para obtener más información sobre el tratamiento del cáncer colorrectal, visite www.cancer.net/colorrectal.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE SU PLAN DE TRATAMIENTO

- ¿Quién se encargará de coordinar mi tratamiento general y la atención de seguimiento?
- ¿Cuál es el objetivo de mi plan de tratamiento?
- ¿En qué ensayos clínicos puedo participar?
- ¿Cuál es mi pronóstico?
- ¿Con quién debo comunicarme para obtener apoyo y ayuda emocional para mí? ¿Para mi familia?

NOTAS:

Cómo sobrellevar los efectos secundarios

El temor a los efectos secundarios del tratamiento para el cáncer colorrectal es frecuente, pero puede ser útil saber que la prevención y el control de los efectos secundarios es uno de los principales objetivos de su equipo de atención médica. Antes de comenzar el tratamiento, hable con su equipo de atención médica sobre los efectos secundarios con más probabilidades de producirse y cuáles no. Luego, una vez que empiece el tratamiento, informe a su equipo de atención médica qué efectos secundarios tiene para que puedan ayudarlo a controlarlos.



Los efectos secundarios específicos que pueda tener durante y después del tratamiento para el cáncer colorrectal dependerán de una serie de factores, incluidos la ubicación del cáncer, la duración y dosis del tratamiento, y su salud general. Algunos de los posibles efectos físicos, emocionales y sociales que se presentaron en personas que están siendo tratadas por cáncer colorrectal se describen en esta sección.

Para obtener más información acerca del control de los efectos secundarios, visite www.cancer.net/efectossecundarios.

Efectos físicos

Fatiga. El cáncer y su tratamiento a menudo causan sensación persistente de cansancio o agotamiento físico, emocional y/o mental. La mayoría de las personas que reciben tratamiento para el cáncer tienen algún tipo de fatiga, que puede hacer que incluso un pequeño esfuerzo, tal como caminar a través de una habitación, parezca demasiado. La fatiga puede afectar gravemente todos los aspectos de la vida de una persona, desde sus relaciones con amigos y familia hasta la capacidad de realizar su trabajo. Es importante que le informe a su médico si tiene fatiga porque hay cosas que su equipo de atención médica puede hacer para ayudarlo.

Cambios en la función intestinal. El cáncer colorrectal y su tratamiento pueden causar problemas intestinales, como diarrea, gases, pérdida del control de evacuaciones intestinales y aumento de la urgencia para evacuar. La gravedad de estos problemas por lo general disminuye a medida que el tiempo pasa y la mayoría de las personas siente que llegan a nueva normalidad después del tratamiento. Lo mismo se aplica para las personas que tienen una colostomía como parte de su cirugía. Si bien es posible que se tome el tiempo necesario para adaptarse, una colostomía no debe impedirle realizar las actividades de la vida diaria. Si usted tiene inquietudes acerca de su función intestinal, hable con un miembro de su equipo de atención médica para recibir asesoramiento sobre cómo tratar estos problemas.



Dolor. El dolor puede venir del tumor en sí, ser un efecto secundario del tratamiento para el cáncer o deberse a causas no relacionadas con el cáncer. A causa del dolor no tratado, otros aspectos del cáncer pueden parecer más graves, como la fatiga, la debilidad, las náuseas, el estreñimiento, los trastornos del sueño, la depresión, la ansiedad y la confusión. Sin

embargo, es importante que sepa que hasta el 95 % del dolor por cáncer puede tratarse con éxito usando medicamentos u otras estrategias. Su médico o un especialista en dolor pueden ayudarlo a encontrar una estrategia eficaz para el alivio del dolor.

Para obtener más información sobre cómo tratar el dolor relacionado con el cáncer, visite www.cancer.net/dolor.

Problemas sexuales. Tanto los hombres como las mujeres que reciben tratamiento para el cáncer colorrectal pueden tener problemas sexuales, que incluyen disminución o pérdida de la libido (deseo sexual); incapacidad para alcanzar o mantener la excitación sexual, tales como la lubricación en mujeres o una erección en hombres; demora o ausencia de orgasmo después de la excitación normal, tales como eyaculación precoz en los hombres; y dolor durante las relaciones sexuales. Incluso aunque es posible que se sienta incómodo, es importante analizar estos temas con su equipo de atención médica. Además, el asesoramiento para parejas puede ayudar a tener conversaciones productivas con su cónyuge o pareja acerca de cómo tratar los efectos secundarios sexuales y respaldarse mutuamente.

Infertilidad. Algunos tratamientos para el cáncer colorrectal pueden causar infertilidad permanente o temporal. Si esto le preocupa, antes de comenzar el tratamiento, hable con su médico sobre los posibles efectos secundarios relacionados con la fertilidad y las opciones existentes para preservar la fertilidad.

Náuseas y vómitos. Las náuseas y los vómitos son efectos secundarios frecuentes de muchos tratamientos contra el cáncer. Las náuseas son la sensación urgente de vomitar. Los vómitos pueden suceder como consecuencia de la ansiedad antes del tratamiento, dentro de las 24 horas posteriores al tratamiento o 2 o más días después del tratamiento. Las náuseas y los vómitos leves pueden ser bastante molestos, pero, en general, no provocan problemas graves. Los vómitos intensos, por otro lado, pueden causar deshidratación, desequilibrio electrolítico (pérdida de los minerales que hay en el cuerpo, como potasio y sodio), pérdida de peso y depresión. Además de los medicamentos que ayudan a controlar las náuseas y los vómitos, muchas personas descubren que los tratamientos de la conducta pueden ayudar a controlar estos efectos secundarios. Hable con su equipo de atención médica sobre las maneras de cambiar la expectativa y el miedo de tener náuseas y vómitos.



Quimiocerebro. Los sobrevivientes de cáncer en general usan el término "quimiocerebro" para describir las dificultades para pensar claramente después del tratamiento para el cáncer. Los efectos secundarios cognitivos varían y a veces dificultan la realización de las actividades cotidianas. Las personas que tienen graves problemas para concentrarse, realizar varias tareas al mismo tiempo o comprender o recordar cosas deben hablar con el médico o con otro integrante del equipo de atención médica para obtener información sobre medicamentos, rehabilitación cognitiva y capacitación, y otras maneras de manejar estos desafíos.

Efectos emocionales y sociales

Además de los efectos secundarios físicos, es posible que también tenga efectos emocionales y sociales. Para muchas personas, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer colorrectal es estresante y puede desencadenar emociones difíciles. Los cambios físicos que pueden producirse durante el tratamiento, tales como tener una colostomía, pueden hacer que se sienta incómodo e inhibido. También puede sentirse de forma distinta respecto de sí mismo y su cuerpo debido a los cambios que no sean visibles para otras personas, como la fatiga, la infertilidad o los efectos secundarios sexuales.



Las investigaciones han demostrado que compartir los miedos y la ansiedad con familiares, amigos, consejeros, clérigos o grupos de apoyo ayuda a fortalecer a los pacientes emocionalmente e incluso, quizá, físicamente. Si no le resulta fácil compartir sus emociones con los demás, quizá quiera expresar sus sentimientos de otras maneras, por ejemplo, al realizar lo siguiente:

- Escribir en un diario o comenzar un blog.
- Realizar proyectos artísticos, como pintar.
- Rezar o meditar.
- Leer.
- Calmarse y reflexionar.

Sin embargo, aun con canales para expresar sus sentimientos, en ocasiones, las personas con cáncer colorrectal y aquellas personas más cercanas continúan teniendo desafíos emocionales y sociales. Si siente ansiedad, depresión o estrés por su diagnóstico y tratamiento, hable con un miembro de su equipo de atención médica, como un enfermero de oncología. Los enfermeros de oncología tienen mucha experiencia y conocimiento sobre el cáncer, el tratamiento para el cáncer y los efectos secundarios. También pueden brindarle apoyo emocional y social, así como ayudarlo a desarrollar estrategias eficaces de afrontamiento.

Un trabajador social de oncología también puede ser de mucha ayuda. Este profesional de la atención médica puede ayudarlo a analizar el sistema de atención médica; encontrar apoyo para manejar las dificultades cotidianas de vivir con cáncer; y proporcionar asesoramiento, educación, servicios de información, alta hospitalaria y servicios de planificación de atención domiciliar y remisiones a los recursos de la comunidad para usted, su familia y amigos. Los trabajadores sociales de oncología ejercen en muchos entornos, incluidos centros oncológicos, hospitales, consultorios médicos, organismos relacionados con el cáncer, centros de cuidados para enfermos terminales y consultorios privados. Si no hay un trabajador social de oncología en el lugar donde recibe tratamiento, llame al centro oncológico más cercano o a una universidad/hospital universitario y pregunte si hay uno en el equipo.

Obtenga más información acerca de cómo sobrellevar los efectos físicos y emocionales del cáncer colorrectal en www.cancer.net/asimilación. Para obtener una lista de las organizaciones de apoyo y demás recursos, visite www.cancer.net/buscarapoyo.

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS

- ¿Cuáles son los posibles efectos secundarios, a corto y largo plazo, de mi plan de tratamiento?
- ¿Existen formas en las que me pueda preparar para el tratamiento a fin de reducir las posibilidades de presentar efectos secundarios?
- ¿Qué puedo hacer para controlar los efectos secundarios que pueda presentar?
- ¿Qué servicios de apoyo tengo a mi disposición? ¿Y a disposición de mi familia?
- ¿Podría mi plan de tratamiento afectar mi vida sexual? De ser así, ¿cómo y durante cuánto tiempo?
- ¿Podría mi plan de tratamiento afectar mi capacidad de quedar embarazada o de tener hijos? De ser así, ¿debería hablar con un especialista en fertilidad antes del comienzo del tratamiento?

NOTAS:

Atención de seguimiento

Después de finalizado el tratamiento contra el cáncer colorrectal, elabore con el médico su plan de atención de sobrevivencia. Este plan incluirá exámenes físicos y pruebas médicas regulares para monitorear su recuperación durante los próximos meses y años. También implicará el control de cualquier efecto tardío o en curso del tratamiento.

Las pruebas que le recomiende su médico y con qué frecuencia debe realizarlas se basará en su riesgo de recurrencia y su salud general. En general, usted visitará a su médico y recibirá pruebas de detección de seguimiento más a menudo durante las primeras etapas de su recuperación.

La American Society of Clinical Oncology ha desarrollado una lista de las recomendaciones de la atención de seguimiento. Estas recomendaciones se centran principalmente en personas que tuvieron cáncer colorrectal en estadio II o estadio III. No está bien definido qué pruebas deben hacerse a las personas que tuvieron cáncer colorrectal en etapa I, porque este tipo de cáncer es menos probable que vuelva a producirse. Si se le realizó una cirugía por cáncer colorrectal metastásico, es importante que hable con su médico sobre un plan de atención de sobrevivencia diseñado específicamente para usted, ya que actualmente no hay un programa de atención de seguimiento estandarizado para esta etapa del cáncer colorrectal. También es importante recordar que estas recomendaciones de atención de seguimiento son para las personas que tuvieron cáncer colorrectal no hereditario.



La atención del cáncer colorrectal no termina cuando termina el tratamiento activo.

Pruebas de seguimiento recomendadas

Visitas periódicas al médico. Las visitas al médico se recomiendan cada 3 a 6 meses. Las citas programadas regularmente ayudan a aumentar la probabilidad de encontrar una recurrencia tratable, al igual que estar atento para detectar signos de que el cáncer ha regresado.

Los síntomas de una posible recurrencia incluyen los siguientes:

- Cambio en los hábitos intestinales.
- Diarrea, estreñimiento o sensación de que los intestinos no se vacían totalmente.
- Sangre muy oscura o roja intensa en la materia fecal.
- Materia fecal menos gruesa o más líquida de lo normal.
- Molestias en el abdomen, incluidos dolores frecuentes por gases, hinchazón, sensación de saciedad y cólicos.
- Pérdida de peso sin razón aparente.
- Cansancio o fatiga constantes.
- Anemia por deficiencia de hierro inexplicable.

Consulte a su médico si estos síntomas duran varias semanas o empeoran. No obstante, también es posible que estos síntomas puedan deberse a una afección médica que no sea cáncer, especialmente por los síntomas generales de molestia abdominal, hinchazón y deposiciones irregulares.

Prueba de CEA. Esta es un análisis de sangre que detecta los niveles de proteína CEA. Los niveles altos de CEA pueden indicar que el cáncer se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo. Se recomienda hacer la prueba de CEA cada 3 a 6 meses durante 5 años.

Exploración por TC. Se recomienda hacer estudios de TC del abdomen y el tórax cada año durante 3 a 5 años. Si tiene un alto riesgo de recurrencia, es posible que su médico recomiende TC cada 6 a 12 meses durante los primeros 3 a 5 años. Si tuvo cáncer rectal, también es probable que se le recomiende una TC pélvica, pero la frecuencia con que deba hacerse esta prueba dependerá de su riesgo de recurrencia.

Colonoscopia. Esta prueba permite que el médico busque pólipos o tipos de cáncer secundarios en todo el recto y el colon. Se prevé que le harán una colonoscopia 1 año después de la cirugía. Con qué frecuencia necesita esta prueba posteriormente depende de los resultados. Por ejemplo, si se encontraron pólipos, es posible que deba hacerse otra colonoscopia pronto. En general, esta prueba se hace cada 3 a 5 años. Algunas personas, como aquellas con afecciones hereditarias específicas, pueden requerir la colonoscopia de detección con más frecuencia. Consulte a su médico sobre un programa adecuado para la prueba de colonoscopia, en función de sus antecedentes médicos y el riesgo de recurrencia.

Rectosigmoidoscopia. Esta prueba ayuda a un médico a controlar el recto para detectar pólipos, cáncer y otras anomalías. Si tuvo cáncer rectal, pero no recibió radioterapia en la pelvis, se recomienda hacer esta prueba cada 6 meses. Sin embargo, si bien la rectosigmoidoscopia puede recomendarse incluso si recibió radioterapia para el cáncer rectal, esta prueba dependerá de su riesgo de recurrencia.



Programa de atención de seguimiento general

PRIMER AÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- Examen físico y prueba de CEA cada 3 a 6 meses
- Estudios de TC en el abdomen y tórax cada 6 a 12 meses para las personas con un alto riesgo de recurrencia
- Para los sobrevivientes del cáncer rectal, una TC pélvica cada 6 a 12 meses
- Colonoscopia 1 año después de la cirugía
- Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer rectal que no recibieron radioterapia en la pelvis

SEGUNDO AÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- Examen físico y prueba de CEA cada 3 a 6 meses
- Estudio de TC cada 6 a 12 meses para las personas con un alto riesgo de recurrencia
- Para los sobrevivientes del cáncer rectal, una TC pélvica cada 6 a 12 meses
- Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer rectal que no recibieron radioterapia en la pelvis

TERCER AÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- Examen físico y prueba de CEA cada 3 a 6 meses
- Estudio de TC cada 6 a 12 meses para las personas con un alto riesgo de recurrencia
- Para los sobrevivientes del cáncer rectal, una TC pélvica cada 6 a 12 meses
- Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer rectal que no recibieron radioterapia en la pelvis

CUARTO AÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- Examen físico y prueba de CEA cada 3 a 6 meses
- Exploración por TC anual, si se recomienda
- Para sobrevivientes del cáncer rectal, una TC pélvica todos los años
- Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer rectal que no recibieron radioterapia en la pelvis

QUINTO AÑO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

- Examen físico y prueba de CEA cada 3 a 6 meses
- Exploración por TC anual, si se recomienda
- Para sobrevivientes del cáncer rectal, una TC pélvica todos los años
- Rectosigmoidoscopia cada 6 meses para personas con cáncer rectal que no recibieron radioterapia en la pelvis



Otras recomendaciones

Se aconseja a las personas en recuperación del cáncer colorrectal que sigan las pautas establecidas para una buena salud, entre ellas, mantener un peso saludable, no fumar, reducir al mínimo el consumo de alcohol, tener una alimentación equilibrada y realizarse los estudios de detección para el cáncer recomendados. Hable con su médico para desarrollar un plan que mejor se adapte a sus necesidades. El ejercicio moderado puede ayudarlo a recobrar sus fuerzas y energía. Además, algunos estudios sugieren que el ejercicio regular puede reducir el riesgo de recurrencia, pero es necesario realizar más investigaciones. Su equipo de atención médica puede ayudarlo a diseñar un plan de ejercicios seguro según sus necesidades, sus aptitudes físicas y su nivel físico.

Mi plan de atención de seguimiento

Use esta página para hablar sobre su atención de seguimiento con su médico y llevar un registro de sus recomendaciones. Hable con un miembro de su equipo de atención médica si tiene una pregunta.

Necesidad de tratamiento continuo (adjuvante) para el cáncer: Sí No

Nombre del tratamiento adicional	Propósito	¿Por cuánto tiempo?

PROGRAMA DE VISITAS DE SEGUIMIENTO

Nombre del médico	Cuándo/con qué frecuencia

VIGILANCIA DEL CÁNCER U OTRAS PRUEBAS RECOMENDADAS

Prueba/procedimiento	Cuándo/con qué frecuencia

Es importante continuar consultando a su médico de atención primaria para toda la atención médica general recomendada para una persona de su edad, incluidas pruebas de detección para otros tipos de cáncer, cuando corresponda. También debe informar a su médico sobre lo siguiente:

1. cualquier cosa que pueda ser un síntoma nuevo;
2. cualquier cosa que continúe como síntoma persistente;
3. cualquier cosa que le preocupe que pueda estar relacionada con el regreso del cáncer.

Signos o síntomas sobre los que debe informar al médico de inmediato:

Posibles efectos a largo plazo y tardíos: _____

¿Qué inquietudes tiene durante la transición a la etapa de sobrevivencia?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salud mental y emocional | <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria o concentración | <input type="checkbox"/> Dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Cómo ser padres | <input type="checkbox"/> Oscilaciones en el peso |
| <input type="checkbox"/> Fertilidad | <input type="checkbox"/> Desempeño físico | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento o asistencia financieros | <input type="checkbox"/> Salud sexual | _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro | <input type="checkbox"/> Escuela/trabajo | _____ |

PREGUNTAS PARA HACERLE AL EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA SOBRE LA ATENCIÓN DE SEGUIMIENTO

- ¿Cuál es la probabilidad de que reaparezca el cáncer después del tratamiento?
- ¿Hay algo que pueda hacer para reducir el riesgo de recurrencia?
- ¿Qué pruebas de seguimiento necesitaré y con qué frecuencia?
- ¿Quién estará a cargo de mi atención de seguimiento?
- ¿Qué signos o síntomas debo informar de inmediato?
- Si me mudo o necesito cambiar de médicos, ¿cómo me aseguro de que continuaré con mi programa recomendado de atención de seguimiento?
- ¿Qué tipo de atención de seguimiento necesito una vez que hayan pasado 5 años después de finalizar el tratamiento?

NOTAS:

Diccionario sobre el cáncer colorrectal

Ablación por radiofrecuencia (Radiofrequency ablation, RFA): cirugía contra el cáncer en la que se usa energía en forma de ondas de radiofrecuencia para quemar los tumores; consulte también crioablación.

Análisis de laboratorio: procedimiento que evalúa una muestra de sangre, orina u otra sustancia del organismo para realizar un diagnóstico, planificar el tratamiento, controlar si el tratamiento está funcionando u observar una enfermedad con el tiempo.

Benigno: tumor que no es canceroso. El tumor no suele invadir el tejido circundante ni diseminarse a otras partes del cuerpo.

Biopsia: la extirpación de una pequeña cantidad de tejido para su examen con microscopio. Otras pruebas pueden sugerir la presencia de cáncer colorrectal, pero solo una biopsia puede permitir formular un diagnóstico definitivo.

Braquiterapia: radioterapia administrada colocando pequeñas "semillas" o cápsulas radioactivas en el interior del cuerpo cerca del tumor. También se denomina radioterapia interna.

Calidad de vida: una sensación generalizada de bienestar y satisfacción con la vida.

Cáncer invasivo: cáncer que se ha diseminado fuera de la capa de tejido en la que se originó y que tiene la capacidad de crecer en otros tejidos u otras partes del cuerpo. También se denomina cáncer infiltrante.

Cáncer secundario: describe un nuevo cáncer primario (un tipo diferente de cáncer) que se desarrolla después del tratamiento del primer tipo de cáncer o el cáncer que se ha diseminado a otras partes del cuerpo desde el lugar en el que se originó (consulte **metástasis**).

Células: las unidades básicas que constituyen el cuerpo humano.

Centro de recursos de aprendizaje: un lugar en un hospital o centro de cáncer en el que los pacientes y las familias pueden recibir información sobre temas relacionados con la salud y obtener información sobre recursos de apoyo. También denominado biblioteca médica u hospitalaria.

Cirugía: la extirpación del tejido canceroso del cuerpo mediante una operación.

Colonoscopia: prueba de detección o diagnóstico que permite al médico observar el interior de todo el recto y el colon mientras el paciente está sedado. Se introduce un tubo flexible e iluminado denominado colonoscopio dentro del recto y el colon en su totalidad, para detectar pólipos o cáncer. Durante este procedimiento, el médico puede extraer pólipos u otros tejidos para realizar un examen posterior.

Colostomía: abertura quirúrgica que conecta el intestino grueso a la superficie abdominal y proporciona una vía para que los excrementos salgan del cuerpo. Los excrementos son recolectados en una bolsa que lleva el paciente.

Crioablación: cirugía contra el cáncer en la que se usa energía en forma de ondas de radiofrecuencia para congelar los tumores; consulte también ablación por radiofrecuencia (radiofrequency ablation, RFA).

Cuidados paliativos: cualquier tipo de tratamiento que se concentra en aliviar los síntomas de un paciente o reducir los efectos secundarios del tratamiento, a fin de mejorar la calidad de vida y brindar apoyo a los pacientes y sus familiares. También recibe el nombre de control de los síntomas y atención médica de apoyo.

Cura: la salud restaurada por completo. Este término a veces se usa cuando el cáncer no ha reaparecido durante, al menos, 5 años después del tratamiento. Sin embargo, el concepto de "cura" es difícil de aplicar al cáncer, ya que las células cancerosas sin detectar, a veces, pueden permanecer en el organismo después del tratamiento y hacer que el cáncer vuelva a aparecer más tarde. La recurrencia después de 5 años aún es posible.

Detección: el proceso de verificar si una persona tiene una enfermedad o una mayor probabilidad de tener una enfermedad cuando la persona no presenta síntomas.

Efecto secundario: resultado no deseado del tratamiento, como fatiga, náuseas, vómitos o erupción en la piel.

Efectos psicosociales: inquietudes emocionales y sociales relacionadas con el cáncer y el tratamiento para el cáncer que pueden afectar considerablemente el bienestar de los pacientes. Estos pueden incluir la falta de información y apoyo; dificultades emocionales, que incluyen la depresión y la ansiedad; falta de transporte; interrupciones en el trabajo, la escuela y la vida familiar; y recursos financieros insuficientes.

Efectos tardíos: efectos secundarios del tratamiento para el cáncer que se producen meses o años después de que haya finalizado el tratamiento.

Ensayo clínico: un estudio de investigación que involucra a voluntarios. En muchos ensayos clínicos se prueban nuevos métodos de tratamientos o prevención para averiguar si son seguros, efectivos y tal vez mejores que el estándar de atención actual, que es el mejor tratamiento conocido.

Estadio: una manera de describir dónde está ubicado el cáncer, si se ha diseminado y hacia dónde, y si está afectando otras partes del cuerpo.

Estándar de atención: atención que los expertos acuerdan o que las investigaciones demuestran que es más adecuada o eficaz para una enfermedad específica.

Estoma: abertura hecha quirúrgicamente, como una colostomía.

Estomaterapeuta: profesional de la atención médica que se especializa en el cuidado de pacientes con una colostomía u otro estoma.

Exploración por tomografía computarizada (TC) o por tomografía axial computarizada (TAC): técnica de diagnóstico por imágenes que crea una imagen en 3D del interior del cuerpo mediante una máquina de rayos X. Una computadora combina estas imágenes en una vista detallada de cortes transversales que muestra anomalías o tumores.

Exploración por tomografía por emisión de positrones (TEP) o TEP-TC: prueba de diagnóstico usada para crear imágenes de los órganos y los tejidos internos del cuerpo. Una exploración por TEP normalmente se combina con una exploración por TC, lo cual se denomina exploración por TEP-TC. Sin embargo, es posible que escuche al médico referirse a este procedimiento como simplemente una exploración por TEP.

Ganglios linfáticos o nódulos linfáticos: órganos minúsculos con forma de guisante que ayudan a combatir las infecciones.

Grado: manera de describir en qué medida un tumor tiene el mismo aspecto que el tejido colorrectal sano cuando se observa con un microscopio. Normalmente, el tejido sano contiene diferentes tipos de células agrupadas. Si el cáncer tiene un aspecto similar al tejido sano y contiene diferentes agrupaciones de células, se lo denomina tumor diferenciado o de bajo grado. Si el tejido canceroso luce muy diferente al tejido sano, se lo denomina tumor poco diferenciado o de alto grado. El grado del cáncer puede ayudar al médico a predecir qué tan rápido se diseminará el cáncer.

In situ: en el lugar. Se refiere al cáncer que no se ha diseminado al tejido circundante, también denominado cáncer localizado o no invasivo.

Inhibidores de puntos de control: fármacos contra el cáncer a menudo hechos de anticuerpos que usan el sistema inmunitario del cuerpo para combatir las células cancerosas. Los inhibidores de puntos de control son un tipo de inmunoterapia.

Inmunoterapia: tipo de tratamiento que estimula las defensas naturales del cuerpo para combatir el cáncer.

Lugar primario: el área del cuerpo donde se originó el cáncer.

Maligno: se refiere a un tumor que es canceroso. Puede invadir el tejido sano circundante o diseminarse a otras partes del cuerpo.

Metástasis: diseminación del cáncer desde su lugar de origen hacia otra parte del cuerpo. Se produce cuando las células cancerosas se separan del tumor primario y viajan a través de la sangre o del sistema linfático a los ganglios linfáticos, los pulmones, los huesos, el hígado u otros órganos.

Oncólogo: médico que se especializa en el tratamiento del cáncer

Patólogo: médico que se especializa en interpretar análisis de laboratorio y evaluar células, tejidos y órganos para diagnosticar enfermedades.

Polipectomía: extirpación quirúrgica de un pólipo.

Pólipo: crecimiento no canceroso que se puede desarrollar en la pared interna del colon y del recto, a medida que las personas envejecen. Si no se trata o extirpa, un pólipo puede convertirse en cáncer. Existen diversas formas de pólipos. Los pólipos adenomatosos, o adenomas, son formaciones que pueden convertirse en cancerosas. Estos pólipos se pueden detectar con una colonoscopia.

Pronóstico: la posibilidad de recuperación; una predicción del resultado de una enfermedad.

Prueba de antígeno carcinoembrionario (carcinoembryonic antigen, CEA): análisis de sangre que detecta los niveles de una proteína denominada antígeno carcinoembrionario (CEA). Los niveles altos de CEA pueden indicar que el cáncer se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo. La prueba de CEA no es definitiva para la detección del cáncer colorrectal, ya que los niveles son altos solo en alrededor de un 60 % de las personas que padecen este tipo de cáncer y cuya enfermedad se ha diseminado a otros órganos. Generalmente, las pruebas de CEA se usan para controlar el cáncer colorrectal en pacientes que ya reciben un tratamiento y no como examen de detección.

Prueba por imágenes: procedimiento que crea imágenes de las partes internas del cuerpo, los tejidos o los órganos para realizar un diagnóstico, planificar el tratamiento, controlar si el tratamiento es eficaz u observar una enfermedad con el tiempo.

Quimiorradiación: quimioterapia que se administra simultáneamente con la radioterapia para aumentar la efectividad de la radiación.

Quimioterapia: uso de medicamentos para destruir las células cancerosas.

Radioterapia: uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para eliminar las células cancerosas. También denominada terapia de radiación.

Radioterapia con haz externo: este tipo de radioterapia se administra desde una máquina fuera del cuerpo.

Radioterapia intraoperatoria: terapia oncológica que utiliza una sola dosis elevada de radioterapia durante la cirugía.

RAS: gen que puede mutar, o cambiar, en algunos de los tumores colorrectales. Las personas que tienen un tumor con una mutación en el gen *RAS* no deben recibir inhibidores del EGFR.

Receptor del factor de crecimiento epidérmico (epidermal growth factor receptor, EGFR): en células sanas, el EGFR permite que las células crezcan y se dividan. Sin embargo, cuando hay demasiados de estos receptores causados por una mutación genética, las células cancerosas continúan creciendo y dividiéndose. Los investigadores han descubierto que los medicamentos que inhiben el EGFR pueden ser eficaces para detener o retrasar el crecimiento del cáncer colorrectal.

Rectosigmoidoscopia: prueba que ayuda a un médico a controlar el recto para detectar pólipos, cáncer y otras anomalías.

Recuento sanguíneo completo (complete blood count, CBC): un hemograma completo (CBC) es un análisis de sangre frecuente que proporciona información importante acerca de la cantidad de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. Se usa para ayudar a diagnosticar algunos tipos de cáncer, determinar si el cáncer se ha diseminado a la médula ósea y ayudar a determinar de qué forma su cuerpo reacciona a los tratamientos para el cáncer. Si está siendo tratado con quimioterapia, su médico probablemente controlará con regularidad sus recuentos de células sanguíneas mediante CBC.

Recurrencia: el cáncer que ha vuelto a aparecer después de un período en el que el cáncer no se podía detectar. "Recurrencia local" significa que el cáncer ha vuelto a aparecer en la misma área general en la que se ubicaba el cáncer original. "Recurrencia regional" se refiere al cáncer que ha vuelto a aparecer en los ganglios linfáticos u otros tejidos cercanos al sitio original del cáncer, por lo general, por diseminación directa. "Recurrencia distante" se refiere al cáncer que ha vuelto a aparecer y se ha diseminado a otras partes del cuerpo, por lo general, al viajar por el sistema linfático o el torrente sanguíneo.

Régimen: plan de tratamiento que incluye los tratamientos y los procedimientos que se realizarán, los medicamentos y sus dosis, el programa de los tratamientos y la duración del tratamiento.

Respuesta: cómo reacciona el cáncer al tratamiento; que tan eficaz es el tratamiento.

Riesgo: la probabilidad de que un evento suceda.

Sigmoidoscopia: prueba de diagnóstico o detección que permite a un médico visualizar el interior de las 20 pulgadas inferiores del colon sigmoide y el recto.

Sistema linfático: red de pequeños vasos, conductos y órganos que transportan fluidos hacia y desde el torrente sanguíneo y los tejidos corporales. El cáncer puede extenderse hacia otras partes del cuerpo por el sistema linfático.

Terapia adyuvante: tratamiento que se administra después del tratamiento principal para reducir la probabilidad de recurrencia del cáncer al eliminar cualquier resto de células cancerosas. Se suele referir a la quimioterapia y/o la radioterapia que se administran después de la cirugía.

Terapia de segunda línea: tratamiento administrado si el primer tratamiento no funciona o deja de funcionar.

Terapia neoadyuvante: tratamiento que se administra antes del tratamiento principal. Puede incluir quimioterapia y/o radioterapia que se administran antes de la cirugía para reducir el tamaño de un tumor y simplificar la extirpación.

Tratamiento de primera línea: el primer tratamiento administrado para eliminar el cáncer.

Tratamiento dirigido: tratamiento que está dirigido a los genes, las proteínas u otras moléculas específicos que contribuyen al crecimiento y la supervivencia del cáncer.

Tumor: masa que se forma cuando las células sanas cambian y crecen sin control. Un tumor puede ser canceroso o benigno. Un tumor canceroso es maligno, lo cual significa que puede diseminarse a otras partes del cuerpo. Un tumor benigno significa que el tumor no se diseminará.

Para obtener más definiciones de términos frecuentes que posiblemente pueda escuchar antes, durante y después del tratamiento, visite www.cancer.net/conceptosbasicos.

NOTAS:

NOTAS:

¿Busca otros recursos de información para pacientes?

Cancer.Net ofrece una variedad de guías, folletos y hojas de datos para ayudar a los pacientes a obtener más información acerca de su enfermedad y tratamiento.

GUÍAS ASCO ANSWERS

Las guías *ASCO Answers* cuentan con información extensa acerca del diagnóstico, el tratamiento, los efectos secundarios y efectos psicosociales de un determinado tipo de cáncer, así como información práctica para pacientes y familias. Los temas incluyen:

- Cáncer de mama
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de pulmón de células no pequeñas
- Cáncer de pulmón de células pequeñas
- Cáncer de próstata
- Supervivencia
- Cuidado del paciente

HOJAS INFORMATIVAS ASCO ANSWERS

Las hojas informativas *ASCO Answers* proporcionan una introducción de una página (frente y reverso) a un determinado tipo de cáncer o a un tema relacionado con el cáncer. Cada una incluye una descripción general, una ilustración, palabras a saber y preguntas a formular al equipo de atención médica. Cancer.Net tiene más de 65 hojas informativas disponibles (incluso algunas en español), que tratan temas acerca de distintos tipos de cáncer, diagnóstico y tratamiento, y efectos secundarios. Algunos títulos disponibles son:

- Cáncer de riñón
- Leucemia linfoblástica aguda
- Pérdida del apetito
- Qué es la quimioterapia

FOLLETOS ASCO ANSWERS

Los folletos *ASCO Answers* proporcionan guías detalladas y prácticas acerca de temas específicos relacionados con la atención del cáncer. Obtenga más información acerca de:

- Planificación de la atención del cáncer avanzado
- Manejo del dolor relacionado con el cáncer
- Administración del costo de la atención del cáncer
- Controlar el peso después del diagnóstico de cáncer
- Cuidados paliativos
- Dejar de consumir tabaco después de un diagnóstico de cáncer

Para pacientes y cuidadores: si le interesa obtener otros materiales de educación, visite www.cancer.net/ascoanswers para encontrar todos nuestros materiales disponibles en formato electrónico.

Para profesionales oncológicos: existen grandes cantidades de materiales impresos de alta calidad disponibles para la compra. Visite www.cancer.net/estore o llame al 1 888 273 3508 para hacer su pedido. Para solicitar materiales de promoción gratuitos para su consultorio, envíe un correo electrónico a contactus@cancer.net.

Cancer.Net

Información al paciente aprobada por el médico
American Society of Clinical Oncology (ASCO®)

QUEREMOS SABER SU OPINIÓN

Si este material le pareció útil o si tiene comentarios o sugerencias acerca de cómo podríamos mejorarlo, puede comunicarse con nosotros a la dirección contactus@cancer.net.

American Society of Clinical Oncology

2318 Mill Road, Suite 800 | Alexandria, VA 22314

Teléfono: 571 483 1300 | Fax: 571 366 9530

www.asco.org | www.cancer.net

Para obtener más información sobre los recursos de información para pacientes de la American Society of Clinical Oncology, llame sin cargo al 888 651 3038 o envíe un correo electrónico a contactus@cancer.net.

© 2018 American Society of Clinical Oncology.

Para obtener información sobre permisos, escriba a permissions@asco.org.

PGCC18