



# Guía de práctica clínica (GPC) ..... para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia  
Versión para profesionales de la salud

2013 - Guía No. GPC-2013-20

Instituto Nacional de Cancerología ESE



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



Por el control del cáncer

©Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud (COLCIENCIAS)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto

Versión para profesionales de la salud - 2013 Guía No. GPC-2013-20

ISBN: 978-958-8838-15-1

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Este documento se ha elaborado en el marco de la convocatoria 500/2009 de Colciencias, bajo la dirección del Instituto Nacional de Cancerología ESE y Fedesalud, cuyo propósito fue la elaboración de una Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto, el cual contiene las recomendaciones de la guía completa de práctica clínica, para el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013.

Financiación: Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud. Colciencias, convocatoria 500/2009, contrato No. 257-2010, código de proyecto No. 2101-500-26589.

### **Independencia editorial**

El contenido de la presente guía fue desarrollado con total independencia editorial de Colciencias y del Ministerio de Salud y Protección Social. Este documento debe citarse como: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE-Fedesalud. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento integral, el seguimiento y la rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia. Versión para profesionales de la salud - 2013.

### **Ministerio de Salud y Protección Social**

**Dirección General de Aseguramiento, Riesgos Profesionales y Pensiones  
Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación  
(Colciencias)**

**Dirección de Fomento a la Investigación  
Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud**

**[www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)**

**Dirección: Carrera 13 No. 32-76, Bogotá, D. C.**

**PBX: (57-1) 330 50 00**

**Fax: (57-1) 330 50 50**

**Línea gratuita de atención al usuario:**

**Desde Bogotá (57-1), 330 50 00 ext. 3380/81**

**Desde otras ciudades del país: 018000-910097**

**Correo electrónico de atención al ciudadano:**

**[atencionalciudadano@minsalud.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minsalud.gov.co)**

**Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias)**

**[www.colciencias.gov.co](http://www.colciencias.gov.co)**

**Dirección: Carrera 7B Bis No. 132-28, Bogotá, D. C.**

**PBX: (57-1) 625 84 80**

**Fax: (57-1) 625 17 88**

**Correo electrónico: [contacto@colciencias.gov.co](mailto:contacto@colciencias.gov.co)**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**Ministerio de Salud y Protección Social**

*Alejandro Gaviria Uribe*

*Ministro de Salud y Protección Social*

*Fernando Ruiz Gómez*

*Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios*

*Norman Julio Muñoz Muñoz*

*Viceministro de Protección Social*

*Gerardo Burgos Bernal*

*Secretario General*

*José Luis Ortiz Hoyos*

*Jefe de la Oficina de Calidad*



*Carlos Fonseca Zárate*

*Director General*

*Paula Marcela Arias Pulgarín*

*Subdirectora general*

*Arleys Cuesta Simanca*

*Secretaria General*

*Alicia Ríos Hurtado*

*Directora de Redes de Conocimiento*

*Carlos Caicedo Escobar*

*Director de Fomento a la Investigación*

*Vianney Motavita García*

*Gestora del Programa de Salud en Ciencia, Tecnología e Innovación*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

**Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud**

*Héctor Eduardo Castro Jaramillo*

*Director Ejecutivo*

*Aurelio Mejía Mejía*

*Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud*

*Iván Darío Flórez Gómez*

*Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica*

*Diana Esperanza Rivera Rodríguez*

*Subdirectora de Participación y Deliberación*

*Raquel Sofía Amaya Arias*

*Subdirección de Difusión y Comunicación*



Por el control del cáncer



FEDESALUD

## **Grupo Desarrollador de la Guía (GDG)**

### **Líder del Grupo Desarrollador**

*Javier Alejandro Carrera Siachoque*

Médico coloproctólogo  
Asociación Colombiana de  
Coloproctología  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Hospital Militar Central  
Bogotá, Colombia

### **Coordinadora metodológica**

*Francy Licet Villamizar Gómez*

Instrumentadora quirúrgica  
Magíster en Epidemiología Clínica  
Especialista en Epidemiología General  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Profesora asistente de la Fundación  
Universitaria de Ciencias de la Salud-  
Hospital de San José  
Bogotá, Colombia

### **Coordinador de modelamiento**

*Óscar Andrés Gamboa Garay*

Coordinador de modelamiento  
Médico especialista en Estadística  
Magíster en Economía (candidato)  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia

### **Especialistas clínicos**

*Rafael García Duperly*

Médico coloproctólogo  
Asociación Colombiana de  
Coloproctología  
Asociación Colombiana de  
Gastroenterología  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Bogotá, Colombia

*Belén Elvira Mendoza de Molano*

Médica gastroenteróloga  
Fundación Santa Fe de Bogotá  
Asociación Colombiana de  
Gastroenterología, directora financiera  
Profesora clínica, Facultad de Medicina,  
Universidad de los Andes  
Bogotá, Colombia

*Juliana Rendón Hernández*

Tratamiento quirúrgico  
Médico cirujano, especialista en Cirugía  
General  
Asociación Colombiana de Cirugía  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Especialista en entrenamiento en Cirugía  
Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva  
Cirugía general  
Bogotá, Colombia

*Paola Muñoz Cabezas*

Tratamiento quirúrgico  
Médico en entrenamiento en Cirugía  
General  
Fundación Universitaria de Ciencias de la  
Salud-Hospital de San José  
Bogotá, Colombia

*Jaison Augusto Rodríguez Monguí*

Tratamiento quirúrgico  
Médico en entrenamiento en Cirugía  
General  
Fundación Universitaria de Ciencias de la  
Salud-Hospital de San José  
Bogotá, Colombia

*Gloria Antonieta Hurtado Grimaldo*

Imágenes diagnósticas  
Médico radiólogo oncólogo  
Asociación Colombiana de Radiología  
Bogotá, Colombia

*Grupo de Medicina Nuclear*

Estadaje y uso de PET-CT en cáncer de  
colon y recto  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia

*Carlos Eduardo Bonilla González*

*Oncología  
Médico internista, oncólogo clínico  
Asociación Colombiana de Hematología  
y Oncología  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Centro Javeriano de Oncología, Hospital  
Universitario San Ignacio  
Bogotá, Colombia*

*Ricardo Elías Bruges Maya*

*Oncología  
Médico internista, oncólogo clínico  
Asociación Americana de Oncología  
Asociación Europea de Oncología  
Asociación Colombiana de Hematología  
y Oncología  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Juan Andrés Rubiano Niño*

*Oncología  
Médico internista  
Especialista en entrenamiento en  
Oncología Clínica  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Clara Inés Serrano Falla*

*Radioterapia  
Médico oncólogo radioterápico  
Asociación Colombiana de Radioterapia  
Oncológica  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Jorge Andrés Rugeles Mindiola*

*Radioterapia  
Médico, magíster en Genética  
Epidemiológica con énfasis en Medicina  
Genómica  
Médico en entrenamiento en Oncología  
Radioterápica  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Jorge Andrés Mesa López de Mesa*

*Patología  
Médico patólogo oncólogo  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Sociedad Colombiana de Patología  
Bogotá, Colombia*

*Catalina Rivera Camacho*

*Patología  
Médico en entrenamiento en Patología  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Universidad Militar Nueva Granada  
Bogotá, Colombia*

*Fabián Alexander Leal Arenas*

*Rehabilitación  
Médico especialista en Medicina Física y  
Rehabilitación  
Especialista en entrenamiento en Dolor y  
Cuidados Paliativos  
Asociación Colombiana de Medicina  
Física y Rehabilitación  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Claudia Patricia Agámez Insignares*

*Cuidado paliativo  
Médico especialista en Dolor y Cuidados  
Paliativos  
Presidente Asociación Colombiana de  
Cuidados Paliativos  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Centro Javeriano de Oncología-Hospital  
Universitario San Ignacio  
Bogotá, Colombia*

*Rocío del Socorro Jaimes Villamizar*

*Enfermería oncológica  
Enfermera oncóloga, especialista en  
Auditoría en Salud  
Asociación Colombiana de Enfermeras  
Oncólogas  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Dennys del Rocío García Padilla*

Grupos focales de pacientes y cuidadores  
Psicóloga magíster en Psicología Clínica  
Profesora de la Facultad de Psicología,  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá, Colombia

*María del Pilar García Padilla*

Grupos focales de pacientes y cuidadores  
Psicóloga magíster en Psicología  
Especialista en Psicología Médica y de  
la Salud  
Profesora de la Facultad de Psicología,  
Pontificia Universidad Javeriana  
Bogotá, Colombia

**Representante de pacientes y cuidadores**

*Luis Enrique Rojas Valbuena*

Asociación de Usuarios y Familiares de  
Pacientes del INC-ESE (ASUFINC)  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia

**Expertos metodológicos**

*Francy Licet Villamizar Gómez*

Coordinadora metodológica  
Instrumentadora quirúrgica, magíster  
en Epidemiología Clínica  
Especialista en Epidemiología General  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Profesora asistente de la Fundación  
Universitaria de Ciencias de la Salud-  
Hospital de San José  
Bogotá, Colombia

*Magda Rocío Gamba Rincón*

Revisiones sistemáticas  
Nutricionista, magíster en Fisiología  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Profesora asistente de la Universidad  
Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia

*Claudia Irene Ibáñez Antequera*

Revisiones sistemáticas  
Médico cirujana  
Magíster en Epidemiología Clínica  
(candidata)  
Grupo de Investigación Clínica, Instituto  
Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia

*Ricardo Sánchez Pedraza*

Consenso de expertos  
Médico psiquiatra, magíster en  
Epidemiología Clínica  
Profesor titular de la Facultad de  
Medicina, Universidad Nacional de Colombia  
Médico especialista, Grupo de  
Investigación Clínica, Instituto Nacional  
de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia

*Andrés Leonardo González Rangel*

Revisiones sistemáticas y documentación  
Médico, magíster en Epidemiología Clínica  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia

**Expertos en economía de la salud**

*Óscar Andrés Gamboa Garay*

Coordinador de modelamiento  
Médico especialista en Estadística  
Magíster en Economía (candidato)  
Instituto Nacional de Cancerología  
(INC) ESE  
Bogotá, Colombia

*Mónica Ortegón Monroy*

Coordinadora de estudios económicos  
Médico, doctor en Epidemiología Clínica  
Investigador-docente  
Universidad del Rosario  
Bogotá, Colombia



*Álvaro Muñoz Escobar*

*Coordinador de costos  
Médico, doctor en Economía y Gestión de la Salud (candidato)  
Magíster en Dirección de Empresas  
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud  
Bogotá, Colombia*

*Teófilo Lozano Apache*

*Modelamiento  
Ingeniero de sistemas, especialista en Estadística  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Carlos Adolfo Gamboa Garay*

*Estimación de costos  
Economista  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Ana Milena Gil Quijano*

*Coordinadora operativa de investigación  
Documentalista-trazabilidad  
Fonoaudióloga, magíster en Salud y Seguridad en el Trabajo (candidato)  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Érika León Guzmán*

*Evaluación económica  
Odontóloga, especialista en Epidemiología  
Magíster en Epidemiología Clínica (candidata)  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

**Expertos en implementación**

*Carlos Eduardo Castro Hoyos*

*Implementación  
Médico, magíster en Salud Pública  
Profesor asociado de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia  
Consultor de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud)  
Bogotá, Colombia*

*Carolina Wiesner Ceballos*

*Implementación  
Médico, magíster en Salud Pública  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

**Personal de apoyo**

*Astrid González Bonilla*

*Auxiliar administrativa  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

*Milady García Pérez*

*Apoyo a búsqueda de literatura, comunicaciones y eventos  
Psicóloga  
Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

**Instituciones de pacientes y cuidadores participantes.**

*Azufinc: Asociación de Usuarios y Familiares de Pacientes del INC-ESE  
Asociación Colombiana de Ostomizados  
Fundación Simmon: Sinergias Integradas para el Mejoramiento Oncológico  
Remos: Red de Mejoramiento y Acceso a la salud del Paciente con Cáncer Gastrointestinal  
Fundación Santa Fe de Bogotá*

---

**Consultores Internacionales**

*Luz Myriam Reynales Shigematsu  
Asesora internacional de evaluaciones económicas  
Médica, doctora en Salud Pública  
Magíster en Ciencias y especialista en Medicina del Trabajo  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México*

### **Revisores internacionales**

#### *Mario Di Luca*

*Evaluador externo de la guía de práctica clínica*

*Médico, especialista en Gestión de Calidad en Servicios de Salud, Instituto Tecnológico de Buenos Aires*

*Candidato a magíster del Programa de Efectividad Clínica (UBA-HIBA-Harvard SPH). Coordinador de Efectividad Clínica y Desarrollo Académico (OSECAC). Buenos Aires, Argentina*

#### *Jaume Piug Junoy*

*Evaluador externo de las evaluaciones económicas*

*Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la UAB, Barcelona*

*Experiencia economía de la salud: evaluación económica de programas y servicios sanitarios; política sanitaria; gestión de servicios sanitarios; análisis de decisiones clínicas; reformas de sistemas de salud; economía del medicamento; evaluación del impacto de las políticas sanitarias.*

*Director del Máster Internacional en Economía de la Salud y el Medicamento (UPF), desde 2002 (edición española e Internacional), Barcelona, España*

### **Seguimiento técnico e interventoría**

#### **Ministerio de Salud y Protección Social Consultores Dirección General de Aseguramiento, Riesgos Profesionales y Pensiones**

*Johanna Castrillón Correa  
(Hasta julio de 2011)*

*Efraín Meneses Góngora  
(Desde agosto de 2011)*

*Leonardo Arregocés Castillo  
(Desde noviembre de 2011)*

### **Colciencias**

#### **Programa Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud**

*Sonia Constanza Laverde Cañón  
Gina Alexandra Vargas Sandoval*

### **Coordinación editorial**

#### *Andrés Leonardo González Rangel*

*Médico, magíster en Epidemiología Clínica  
Grupo de Investigación Clínica, Instituto  
Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

#### *Francy Licet Villamizar Gómez*

*Instrumentadora quirúrgica, magíster  
en Epidemiología Clínica  
Especialista en Epidemiología General  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Profesora asistente de la Fundación  
Universitaria de Ciencias de la Salud-  
Hospital de San José  
Bogotá, Colombia*

#### *Magda Rocío Gamba Rincón*

*Nutricionista, magíster en Fisiología  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Profesora asistente de la Universidad  
Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia*

#### *Claudia Irene Ibáñez Antequera*

*Médico cirujana, magíster en  
Epidemiología Clínica (candidata)  
Grupo de Investigación Clínica,  
Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE  
Bogotá, Colombia*

### **Corrección de estilo**

*Gustavo Patiño Díaz*

### **Diseño y diagramación**

*Mónica Correa Valderrama  
Camilo Ayala*

## Declaración de conflictos de interés

La declaración de conflictos de interés se realizó por el grupo desarrollador de la guía (GDG) al inicio del proceso de elaboración, y por los expertos clínicos y participantes al iniciar el consenso nacional de expertos. Todos los conflictos fueron revisados y analizados por una terna del GDG, con el fin de establecer cuáles profesionales quedarían excluidos de una parte o de todo el proceso de elaboración, y cuáles profesionales podían participar en la votación durante el consenso de expertos.

## Agradecimientos

El Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), el Instituto Nacional de Cancerología (INC) ESE, agradecen sinceramente a todas las personas que con sus aportes contribuyeron al desarrollo de la presente guía de práctica clínica, quienes se mencionan en los listados de participantes.

Así mismo, agradecen a la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud) y a las siguientes asociaciones y sociedades por la participación de sus representantes en el grupo desarrollador: Asociación Colombiana de Coloproctología, Asociación Colombiana de Gastroenterología, Asociación Colombiana de Cirugía, Asociación Colombiana de Radiología, Asociación Colombiana de Hematología y Oncología, Asociación Colombiana de Radioterapia Oncológica, Sociedad Colombiana de Patología, Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos, Asociación Colombiana de Enfermeras Oncólogas, Asociación de Usuarios y Familiares de Pacientes del Instituto Nacional de Cancerología ESE (Asufinc), Asociación Colombiana de Ostomizados, Fundación Simmon (Sinergias Integradas para el Mejoramiento Oncológico), Remos (Red de Mejoramiento y Acceso a la Salud del Paciente con Cáncer Gastrointestinal) y Fundación Santa Fe de Bogotá.

Igualmente, merecen un agradecimiento la Universidad del Rosario y el Instituto Nacional de Salud Pública de México, por su participación en las evaluaciones económicas.

# Contenido

## 15 Introducción

- 16 Alcance y objetivos de la guía de práctica clínica
- 16 Objetivos
- 16 Población a la que se dirige
- 17 Usuarios diana de la guía y ámbito asistencial

## 21 1. Detección temprana

- 21 Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con riesgo promedio para esta condición
- 22 Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario
- 25 Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con poliposis adenomatosa familiar y familiares en primer grado
- 26 Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos en riesgo o con historia familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario
- 27 Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal
- 28 Estrategia óptima de vigilancia para cáncer de colon y recto e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon
- 32 Estrategia óptima de vigilancia para cáncer de colon y recto e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon

## 34 2. Diagnóstico

- 33 Procedimiento diagnóstico en individuos con sospecha de cáncer de colon y recto
- 34 Estándares de calidad de la colonoscopia para ser considerada óptima
- 35 Procedimiento diagnóstico recomendado para cáncer de colon y recto en caso de que la colonoscopia no se pueda realizar o sea incompleta
- 36 Estudios para estadificación (de extensión) en pacientes con cáncer de colon y recto
- 37 Imágenes de metástasis hepáticas

- 38 Imágenes de metástasis extrahepáticas
- 38 Uso de PET en cáncer de colon y recto
- 39 Efecto de la demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento del cáncer de colon y recto sobre la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes

### **40 3. Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto**

- 40 Perfiles de los miembros del grupo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes con cáncer de colon y recto
- 40 Preparación preoperatoria de los pacientes con cáncer de colon y recto que van a cirugía electiva
- 40 Transfusiones sanguíneas perioperatorias en los pacientes con cáncer de colon y recto
- 41 Tipo de cirugía indicada según la localización del tumor rectal
- 41 Manejo quirúrgico indicado en pacientes con cáncer de colon y recto estadio 0 (TisN0) y estadio I
- 44 Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer de colon y recto estadios II y III
- 45 Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción
- 46 Indicación de la cirugía abierta o cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer de colon y recto

### **48 4. Oncología y radioterapia**

- 48 Tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de recto
- 50 Indicación de la quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de colon y recto estadio II
- 51 Opciones de quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de colon y recto estadio II y III
- 52 Indicación de la radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de recto
- 52 Opciones de tratamiento sistémico en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico
- 55 Opciones de tratamiento inicial en pacientes con cáncer de colon y recto irreseccable no metastásico
- 56 Factores predictivos de respuesta al tratamiento sistémico en pacientes con cáncer de colon y recto avanzado y estudios de biología molecular del espécimen quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon y recto

### **57 5. Seguimiento**

- 57 Estrategia de seguimiento en pacientes con cáncer de colon y recto tratado

## **60 6. Rehabilitación**

**60** Estrategia de rehabilitación para los pacientes con cáncer de colon y recto

## **61 7. Calidad de vida**

**61** Calidad de vida después de una cirugía por cáncer de colon y recto, quimioterapia o radioterapia

## **62 8. Cuidado paliativo**

**62** Manejo paliativo de los síntomas más comunes del paciente con cáncer de colon y recto

## **63 9. Aspectos de patología**

**63** Estándares de calidad del reporte histopatológico en el cáncer de colon y recto en biopsias diagnósticas, resección de pólipos, piezas quirúrgicas y otros

## **66 Referencias**

### **Lista de figuras**

- 21** **Figura 1.** Clasificación del riesgo de cáncer de colon y recto
- 24** **Figura 2.** Estrategia de tamización en individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario
- 29** **Figura 3.** Clasificación de riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en individuos con pólipos adenomatosos
- 31** **Figura 4.** Vigilancia colonoscópica luego de la clasificación de riesgo de desarrollo de cáncer de colon y recto
- 62** **Figura 5.** Manejo del cuidado paliativo en el paciente oncológico

## Introducción

La “Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto —versión de referencia— 2013” siguió los procedimientos metodológicos descritos en la “Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano” (1).

El desarrollo de la presente guía está consignado en tres documentos:

- a. Guía completa: Contiene capítulos de epidemiología del cáncer de colon y recto, el proceso metodológico desarrollado, capítulos por cada aspecto clínico clave, evaluaciones económicas, perspectivas de pacientes y cuidadores, y plan de implementación para las recomendaciones prioritarias. Al final del documento, se presentan las tablas de evidencia de cada pregunta clínica.
- b. Guía para pacientes y cuidadores: Contiene las recomendaciones descritas con un lenguaje sencillo, para pacientes y cuidadores.
- c. Guía rápida: Contiene las recomendaciones clave y los algoritmos (figuras 1-5) principales para el manejo del paciente de cáncer de colon y recto.

## Alcance y objetivos de la guía de práctica clínica (GPC)

La guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto se encuentra centrada en los tópicos descritos a continuación.

## Objetivos

- a. Generar recomendaciones para la detección temprana que ayuden a disminuir la incidencia de cáncer colon y recto en individuos con riesgo promedio y grupos con factores de riesgo para cáncer de colon y recto en Colombia.
- b. Generar recomendaciones para mejorar la calidad en el diagnóstico, tratamiento quirúrgico, tratamiento radioterápico, tratamiento oncológico, seguimiento y rehabilitación, con el fin de aumentar la supervivencia global de pacientes diagnosticados con cáncer de colon y recto en Colombia.

## Población a la que se dirige

Hombres y mujeres colombianos con alguna de las siguientes características:

- a. Individuos con riesgo promedio: edad mayor o igual a 50 años y sin factores de riesgo para cáncer de colon y recto.
- b. Individuos con factores de riesgo para cáncer de colon y recto, como:
  - Antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.
  - Antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa familiar (PAF).
  - Individuos con riesgo o con historia familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario (CCRNPH).
  - Individuos con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).
  - Individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon.
  - Individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon.
- c. Adultos con diagnóstico de lesiones premalignas o iniciales de cáncer de colon y recto.
- d. Adultos con diagnóstico de cáncer de colon y recto avanzado.

La población de hombres y mujeres colombianos con cáncer de colon y recto no primario no fueron incluidos para la generación de las recomendaciones de la presente guía.

## Usuarios diana de la guía y ámbito asistencial

El ámbito asistencial de actuación de la presente GAI en individuos con y sin factores de riesgo, y en pacientes con cáncer de colon y recto, incluye a los asegura-



dores de planes de beneficios y su red de oferta de servicios de atención, como son: coloproctología, gastroenterología, cirugía general, radiología, oncología clínica, radioterapia, patología, cuidados paliativos, medicina física y rehabilitación, enfermería oncológica, psicología clínica, salud pública, epidemiología clínica, medicina familiar y medicina general. Los diferentes profesionales de la salud pueden utilizar esta guía para una mejor orientación en la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y/o la planificación de la asistencia sanitaria, de acuerdo con los resultados de las evaluaciones económicas y los indicadores de gestión que surgen del proceso de implementación.

## Niveles de evidencia y grados de recomendación de las guías adaptadas

**Guía: U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)**  
**Grades Mean and Suggestions for Practice**

GRADO	DEFINICIÓN	SUGERENCIAS PARA LA PRÁCTICA
A	El USPSTF recomienda el servicio. Hay una alta certeza de que el beneficio neto es sustancial.	Ofrecer/proveer este servicio
B	El USPSTF recomienda el servicio. Hay una alta certeza de que el beneficio neto es moderado o hay moderada certeza de que el beneficio neto es moderado a sustancial.	Ofrecer/proveer este servicio
C	El USPSTF recomienda en contra de proveer el servicio de manera rutinaria. Puede haber consideraciones que apoyen proveer el servicio en un paciente a manera individual. Hay certeza moderada a alta de que el beneficio neto es pequeño.	Ofrecer/proveer este servicio solo si otras consideraciones apoyan ofrecer o proveer el servicio a un paciente de manera individual
D	El USPSTF recomienda en contra del servicio. Hay certeza moderada o alta de que el servicio no tiene beneficio neto o de que los daños sobrepasan el beneficio neto.	Desalentar el uso de este servicio
I	El USPSTF concluye que la evidencia actual es insuficiente para valorar el balance de los beneficios y daños del servicio. La evidencia está ausente, es de baja calidad, conflictiva, y el balance de los daños y los beneficios no puede determinarse.	Si el servicio es ofrecido, los pacientes deberían entender la incertidumbre acerca del balance entre los beneficios y los daños

## Guía: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Diagnosis and management of colorectal cancer\*

NIVELES DE EVIDENCIA	DEFINICIÓN
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados con muy pocas probabilidades de sesgos.
1+	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados con pocas probabilidades de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados o ensayos clínicos controlados con altas probabilidades de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte o casos y controles. Estudios de cohorte o casos y controles de alta calidad, con muy pocas probabilidades de confusión, sesgos o azar, y con altas probabilidades de que la relación sea causal.
2+	Estudios de cohorte o casos y controles bien conducidos, con pocas probabilidades de confusión, sesgos o azar, y con moderadas probabilidades de que la relación sea causal.
2-	Estudios de cohorte o casos y controles, con altas probabilidades de confusión, sesgos o azar, y con probabilidades significativas de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, por ejemplo, reporte o series de caso.
4	Opinión de expertos.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN**	DEFINICIÓN
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayos clínicos controlados, con un nivel de evidencia 1++, y directamente aplicable a la población blanco. Una revisión sistemática de ensayos clínicos controlados o un cuerpo de evidencia que proviene principalmente de estudios con nivel de evidencia 1+, directamente aplicable a la población blanco y con una consistencia global demostrada de los resultados.
B	Un cuerpo de evidencia que proviene de estudios con nivel de evidencia 2++, directamente aplicable a la población blanco y con consistencia global demostrada de los resultados. Evidencia extrapolada de estudios con nivel de evidencia 1++ o 1+.

*Continúa*

Continuación

<b>C</b>	Un cuerpo de evidencia que proviene de estudios con nivel de evidencia 2+, directamente aplicable a la población blanco y con consistencia global demostrada de los resultados.
	Evidencia extrapolada de estudios con nivel de evidencia 2++.
<b>D</b>	Nivel de evidencia 3 o 4.
	Evidencia extrapolada de estudios con nivel de evidencia 2+.

\*La guía del Instituto Nacional de Cancerología utiliza el sistema SIGN para graduación de evidencia y recomendaciones.

\*\*El grado de recomendación se relaciona con la fuerza de la evidencia sobre la cual se basa la recomendación. No refleja la importancia clínica de la recomendación.

### Guía: International Agency for Research on Cancer (IARC). Correspondencia entre el nivel de evidencia y la fuerza de las recomendaciones

La presente clasificación de la fuerza de las recomendaciones no requiere una correspondencia rígida con los niveles de evidencia. Por ejemplo, el grado A fue dado a intervenciones para las cuales había evidencia de nivel I (ECA múltiples o RS de ECA), pero también a las intervenciones que no podrían ser evaluadas por ECA (por ejemplo, los aspectos psicológicos, la importancia de una información precisa a los pacientes, etc.). El grado B se les dio a las intervenciones con nivel de evidencia bajo (II o III), pero también a las intervenciones con nivel de evidencia I, pero con incertidumbre acerca de su impacto en la población o de su implementación práctica (por ejemplo, la falta de recursos para la ejecución, las barreras sociales, la supuesta falta de aceptabilidad por parte de la población objetivo). El grado C se otorgó a las intervenciones para las que la evidencia no estuvo disponible o fue de bajo grado (es decir, IV, V), o que no hayan sido consideradas de gran importancia por otras razones (por ejemplo, los aspectos psicológicos o sociales). Los grados D y E fueron asignados a las intervenciones para las que había evidencia de no beneficio para los participantes, o para las que el daño sobrepasaba los beneficios.

		FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES					
		A	B	C	D	E	
Niveles de evidencia	I	C	C		C	C	
	II	Nc	C		C	C	
	III	Nc	C	C	C	Nc	
	IV	Nc	Nc	C	Nc	Nc	
	V	Nc	Nc	C	Nc	Nc	
	VI	Nc	Nc	C	Nc	Nc	

C: Coherencia entre el nivel de evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

Nc: No coherencia entre el nivel de evidencia y la fuerza de las recomendaciones.

## Sistema GRADE (The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)

NIVELES DE EVIDENCIA	DEFINICIÓN
Alto	Con investigaciones adicionales, es muy poco probable que cambie la confianza de la estimación del efecto.
Moderado	Con investigaciones adicionales, es probable que tenga un impacto importante en la confianza de la estimación del efecto y puede cambiar la estimación.
Bajo	Con investigaciones adicionales, es muy probable que tenga un impacto importante en la confianza de la estimación del efecto y es probable que cambie la estimación.
Muy bajo	Cualquier estimación del efecto es incierta.
GRADOS DE RECOMENDACIÓN	DEFINICIÓN
Fuerte	Existe información relevante que soporta un balance claro hacia cualquiera de los efectos deseables de una intervención (recomendación fuerte a favor de la intervención) o efectos indeseables (recomendación fuerte en contra de la intervención).
	Una recomendación fuerte implica que la mayoría de los individuos tendrán mejor atención si se sigue la recomendación.
Débil	No existe información relevante que soporta un balance claro hacia cualquiera de los efectos deseables de una intervención (recomendación débil a favor de la intervención) o efectos indeseables (recomendación débil en contra de la intervención).
	Una recomendación débil implica que no todos los individuos tendrán mejor atención si se sigue la recomendación. En estos casos, se deben considerar con más cuidado las circunstancias del paciente, sus preferencias y valores.

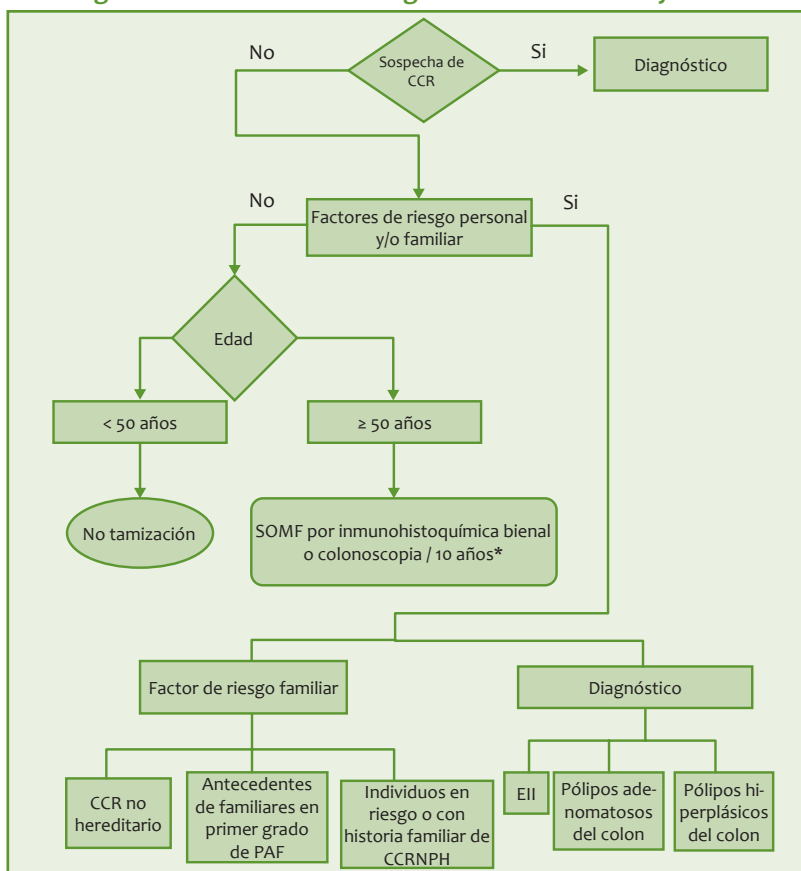
## 1. Detección temprana

### Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con riesgo promedio para esta condición

#### Estrategia de tamización

Véase la figura 1, relacionada con la clasificación del riesgo de cáncer de colon y recto.

Figura 1. Clasificación del riesgo de cáncer de colon y recto



\*Recomendación generada a partir del Consenso Nacional de Expertos.

CCR: cáncer de colon y recto; SOMF: sangre oculta en materia fecal; PAF: poliposis adenomatosa familiar; CCRNPH: cáncer de colon y recto no polipósico hereditario; EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

Adaptado y modificado de: Asociación Española de Gastroenterología (2).

## Recomendaciones

1.1 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que la estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto en la población colombiana con riesgo promedio sea sangre oculta en materia fecal inmunoquímica cada dos años o colonoscopia cada diez años, cuando esta se encuentre disponible.	Débil a favor
1.2 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que la edad de inicio de la tamización para cáncer de colon y recto en la población colombiana con riesgo promedio sea a los 50 años de edad.	Débil a favor
1.3 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que la edad de finalización de la tamización para cáncer de colon y recto en la población colombiana con riesgo promedio sea a los 75 años de edad.	Débil a favor

## Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario

Los individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario son clasificados de acuerdo con su historia familiar de cáncer de colon y recto en una de las tres categorías, en relación con el estimado de vida útil para el desarrollo de cáncer de colon y recto, en comparación con el riesgo promedio de vida de la población en general (3). Véase la figura 2, relacionada con la estrategia de tamización en individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario.

Se consideran tres categorías de riesgo (4):

Categoría 1: individuos con un ligero incremento de riesgo de cáncer de colon y recto. Individuos asintomáticos con las siguientes características:

- a. Sin historia personal de cáncer de colon, adenoma avanzado o colitis ulcerativa crónica.
- b. Sin familiares cercanos con cáncer de colon y recto o con un familiar en primer o segundo grados, diagnosticado con cáncer de colon y recto a los 55 años o de mayor edad.

Los individuos con familiares en primer grado (padres, hermanos e hijos) diagnosticados tienen doble riesgo respecto al promedio, aunque la mayor parte de ese riesgo se expresa después de los 60 años. Cuando el diagnosticado es familiar en segundo

grado (ejemplo: abuelo/a, tíos/as o sobrinos/as), el riesgo a lo largo de la vida solo se incrementa 1,5 veces.

Categoría 2: individuos con un moderado incremento de riesgo de cáncer de colon y recto. Individuos asintomáticos con las siguientes características:

- a. Individuos con un familiar en primer grado diagnosticado con cáncer de colon y recto antes de los 55 años de edad (sin las características de alto riesgo).
- b. Individuos con dos familiares en primer grado o un familiar en primer grado y un familiar en segundo grado, en la misma rama de familia, con cáncer de colon diagnosticado a cualquier edad (sin los factores de alto riesgo potencial descritos en la categoría 3).

El riesgo relativo en estos dos casos se incrementa de tres a seis veces.

Categoría 3: individuos con un alto potencial de riesgo (50%) de cáncer de colon y recto o aquellos afectados con uno de los síndromes heredados de manera dominante. Individuos asintomáticos con las siguientes características:

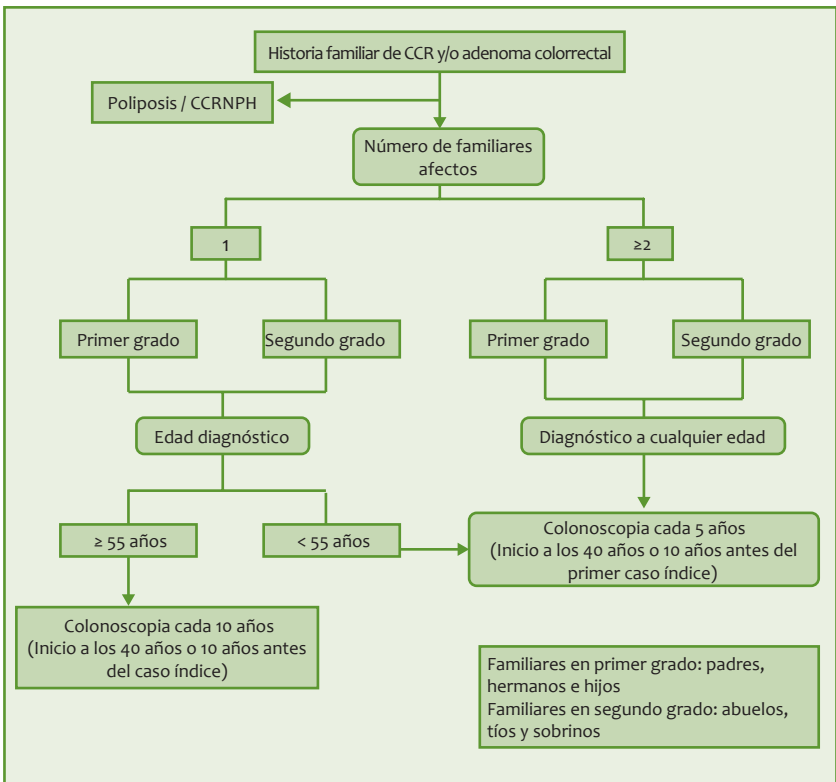
- a. Tres o más familiares en primer grado o una combinación de familiares en primer y segundo grado, de la misma rama de familia, diagnosticados con cáncer de colon (sospecha de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario).
- b. Dos o más familiares en primer y segundo grado, de la misma rama de familia, diagnosticados con cáncer de colon, incluyendo cualquiera de los siguientes factores de riesgo:
  - Cáncer de colon múltiple (sincrónico o metacrónico) en una sola persona.
  - Cáncer de colon antes de los 50 años.
  - Por lo menos un familiar con cáncer de endometrio, ovarios, estómago, intestino delgado, renal, pélvico, de uréter, tracto biliar o cerebro (sospecha de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario).
- c. Por lo menos un familiar en primer grado con gran número de adenomas a lo largo del intestino grueso (sospecha de poliposis adenomatosa familiar).
- d. Alguien en la familia en quien se ha detectado un riesgo alto de mutación en el gen APC (*adenomatous poliposis coli*) o se ha identificado uno de los genes de reparación de errores de apareamiento (MMR).

## Recomendaciones

1.4 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo bajo, es decir, con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario con caso índice en primer o segundo grado diagnosticado a los 55 años o mayor, sea la colonoscopia cada cinco años; debe iniciar a los 40 años o diez años antes del caso índice diagnosticado.	Débil a favor

1.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC INC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere que la estrategia de tamización para individuos con riesgo moderado, es decir, la población con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario, con un caso índice en primer grado diagnosticado antes de los 55 años o dos o más casos diagnosticados en primer grado o en primer y segundo grado a cualquier edad, sea la colonoscopia cada cinco años; debe iniciar a los 40 años o diez años antes del caso índice diagnosticado.</p>	<p>Débil a favor</p>

**Figura 2. Estrategia de tamización en individuos con antecedentes familiares de cáncer de colon y recto no hereditario**



CCR: Cáncer de colon y recto; CCRNPH: Cáncer de colon y recto no polipósico hereditario; EII: Enfermedad inflamatoria intestinal.  
 Adaptado y modificado de: Asociación Española de Gastroenterología (2).



## Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con poliposis adenomatosa familiar y familiares en primer grado

La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad hereditaria incluida en los síndromes de poliposis intestinal; se caracteriza por un alto grado de heterogeneidad fenotípica de mutaciones germinales en el gen APC (*adenoma touspolyposiscoli*), y recientemente, en el gen MUTYH (5). Dentro de las variantes de la PAF se encuentran la PAF clásica y la PAF atenuada. La PAF clásica se caracteriza por la presencia de más de 100 pólipos distribuidos a lo largo del colon. La PAF atenuada constituye una variante que se caracteriza por un menor número de pólipos (20-100), localizados preferentemente en el colon derecho, y con una edad de presentación de CCR aproximadamente de diez años más tardía que en la PAF clásica (4).

### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC INC)

Considere ofrecer pruebas genéticas a personas con poliposis adenomatosa familiar y a sus familiares, previa consejería genética.

Considere ofrecer pruebas genéticas en las familias con algún miembro afectado por poliposis adenomatosa familiar, si la mutación específica de la familia ha sido identificada.

## Recomendaciones

1.6 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC INC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que en individuos con antecedentes familiares en primer grado de poliposis adenomatosa familiar clásica con prueba genética positiva o en aquellas familias con criterios clínicos en las que no se ha identificado la mutación causal, la estrategia de tamización sea colonoscopia anual a partir de los 12 a 15 años, hasta los 30-35 años de edad, y luego se sugiere continuar la tamización cada cinco años.	Débil a favor
1.7 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si hay diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar atenuada se sugiere realizar colonoscopia anual desde los 15 años hasta la realización del tratamiento definitivo.	Débil a favor

## Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos en riesgo o con historia familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario

El cáncer de colon y recto hereditario no asociado con poliposis (CCRNPH) incluye el síndrome de Lynch. Para su diagnóstico, en la actualidad se utilizan los criterios de Bethesda, de los cuales debe cumplirse alguno de ellos (6,7) . A continuación se describen los criterios:

- a. CCR diagnosticado antes de los 50 años.
- b. Presencia de CCR sincrónico o metacrónico, o con otro tumor asociado CCRNPH. CCR, endometrio, estómago, ovario, páncreas, uréter y pelvis renal, tracto biliar, intestino delgado, cerebral (frecuentemente glioblastoma, síndrome de Turcot), adenomas sebáceos y queratoacantomas (síndrome de Muir-Torre), independientemente de la edad al diagnóstico.
- c. CCR con histología de tumor de IMS-alta (presencia de linfocítico infiltrantes, reacción Crohn-like, diferenciación mucinosa/anillo de sello o crecimiento medular) diagnosticado antes de los 60 años.
- d. CCR y uno o dos familiares de primer grado con un tumor asociado con CCRNPH diagnosticados antes de los 50 años.
- e. CCR y dos o más familiares de primer o segundo grado con un tumor asociado con CCRNPH, independientemente de la edad al diagnóstico.

### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC INC)

Considere ofrecer pruebas genéticas a personas con sospecha de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario y a sus familiares, previa consejería genética.

Considere ofrecer pruebas genéticas a las familias con algún miembro afectado de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario, si la mutación específica de la familia ha sido identificada.

## Recomendación

1.8 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En la población con sospecha o antecedente familiar de cáncer de colon y recto no polipósico hereditario, se sugiere que la estrategia de tamización sea colonoscopia cada dos años, desde los 20 a 25 años, o cinco a diez años antes de la edad del caso más joven diagnosticado en la familia.	Débil a favor

## Estrategia óptima de tamización para cáncer de colon y recto, edad de inicio e intervalos en individuos con antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos entidades: la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, cuya etiología es desconocida. Los pacientes con larga evolución tienen un riesgo en el incremento del cáncer de colon y recto comparado con la población general (8). El grupo NICE (9) recomienda realizar los intervalos de vigilancia a estos pacientes, teniendo en cuenta su riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto:

Bajo riesgo:

- Colitis ulcerativa extensa, pero inactiva.
- Enfermedad de Crohn extensa, pero inactiva.
- Colitis ulcerativa en el lado izquierdo (pero no proctitis sola) o enfermedad de Crohn en extensión similar.

Riesgo intermedio:

- Colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn extensa con compromiso colónico con inflamación activa moderada que ha sido confirmada por vía endoscópica o histológica.
- Pseudopólipos inflamatorios.
- Antecedentes familiares de cáncer de colon y recto en un familiar de primer grado de 50 años de edad o más.

Alto riesgo:

- Colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn extensa con compromiso colónico, con inflamación activa moderada o grave que ha sido confirmada por vía endoscópica o histológica.
- Colangitis esclerosante primaria (incluso después de trasplante de hígado).
- Estenosis de colon en los últimos cinco años.
- Cualquier grado de displasia en los últimos cinco años.
- Antecedentes familiares de cáncer de colon y recto en un familiar de primer grado menor de 50 años.

### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Al realizar colonoscopias de vigilancia para cáncer de colon y recto a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, considere la toma de biopsias basándose en los hallazgos de la cromoendoscopia (biopsias dirigidas), de tenerla disponible, o de manera aleatoria, cada 10 cm y/o en todas las porciones del colon.

## Recomendación

1.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere ofrecer vigilancia con colonoscopia a personas con enfermedad inflamatoria intestinal en función de su riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto, según se determine en la última colonoscopia completa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo riesgo: cada cinco años.</li> <li>• Riesgo intermedio: cada tres años.</li> <li>• Alto riesgo: cada año.</li> </ul>	<p>Débil a favor</p>

## Estrategia óptima de vigilancia para cáncer de colon y recto e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos adenomatosos del colon

Los pólipos del colon son protrusiones desde la pared intestinal hacia la luz intestinal. Dentro del grupo de pólipos neoplásicos se encuentran los adenomas, y en el grupo no neoplásico se describen a los pólipos hiperplásicos, inflamatorios y hamartomatosos (10). De acuerdo con la guía NICE (9), la definición del riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en individuos con adenomas es el siguiente (figura 3):

Bajo riesgo:

- a. Uno o dos adenomas menores de 10 mm.

Riesgo intermedio:

- b. Tres o cuatro adenomas menores de 10 mm.
- c. Uno o dos adenomas si uno es de 10 mm o mayor.

Riesgo alto:

- d. Cinco o más adenomas menores de 10 mm.
- e. Tres o más adenomas si uno es de 10 mm o mayor.

### PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)

Considere usar los hallazgos de la extirpación del adenoma para determinar el riesgo de las personas que desarrollan cáncer de colon y recto.

Considere la vigilancia con colonoscopia para las personas a quienes se ha hecho remoción de adenomas y presentan riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto.

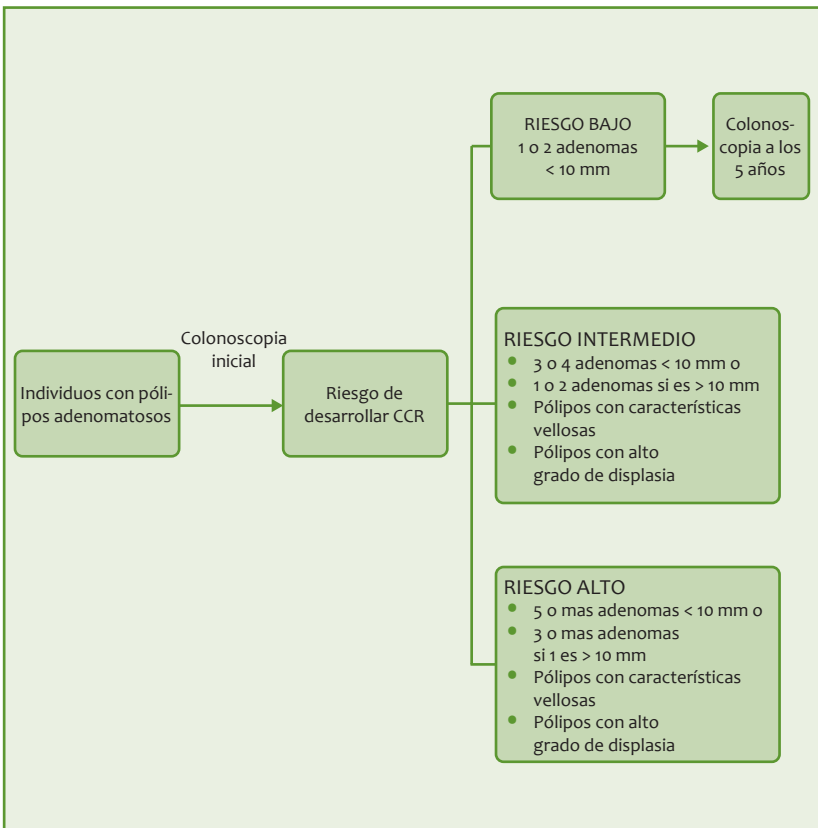
**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC INC)**

La vigilancia pospolipectomía busca la detección de adenomas que pasaron desapercibidos en la primera evaluación o de nuevos adenomas; considere realizar la vigilancia con colonoscopia.

**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)**

Para realizar cada examen colonoscópico de vigilancia considere las características del adenoma, la edad del paciente y sus deseos, y la presencia de comorbilidad significativa. El estado del paciente se debería establecer antes de asistir a cada examen.

**Figura 3. Clasificación de riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto en individuos con pólipos adenomatosos**



CCR: Cáncer de colon y recto.

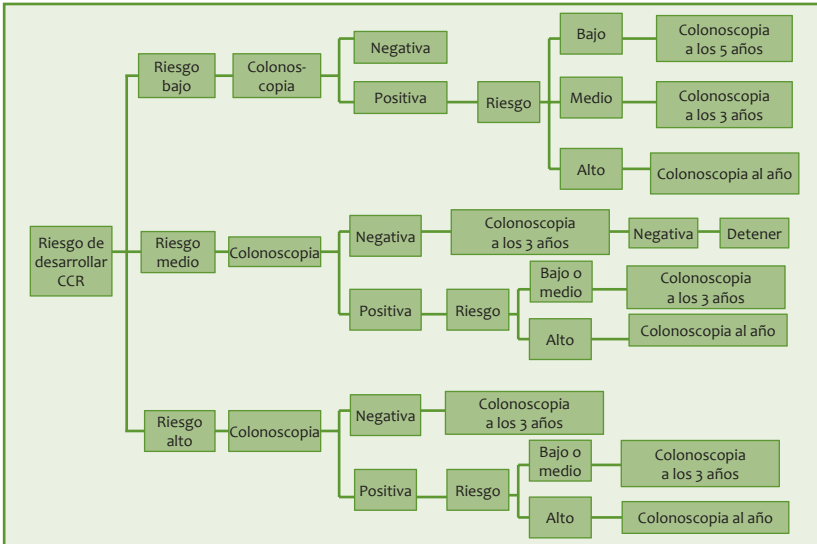
## Recomendaciones

1.10 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere ofrecer una estrategia adecuada de vigilancia colonoscópica a las personas con adenomas, en función de su riesgo de desarrollar cáncer de colon y recto según se haya determinado en la extirpación del adenoma.</p> <p>Riesgo bajo, colonoscopia cada cinco años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la colonoscopia es negativa (es decir, no se encuentran adenomas), tamizar como en la población a riesgo promedio.</li> <li>• Si hay riesgo bajo, considerar la siguiente colonoscopia a los cinco años (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo bajo).</li> <li>• Si hay riesgo moderado, ofrecer la próxima colonoscopia a los tres años (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo moderado).</li> <li>• Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo alto).</li> </ul> <p>Riesgo intermedio, colonoscopia cada tres años:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la colonoscopia es negativa, ofrecer la siguiente colonoscopia a los tres años. Si hay un nuevo resultado negativo, tamizar como en la población a riesgo promedio.</li> <li>• Si el riesgo es bajo o intermedio, ofrecer la siguiente colonoscopia a los tres años (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo moderado).</li> <li>• Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo alto).</li> </ul> <p>Alto riesgo, colonoscopia cada año:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la colonoscopia es negativa, o de riesgo bajo o intermedio, ofrecer la siguiente colonoscopia a los tres años (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo moderado).</li> <li>• Si hay riesgo alto, ofrecer la siguiente colonoscopia al año (con vigilancia de seguimiento, como en el caso de riesgo alto).</li> </ul>	<p>Débil a favor</p>

1.11 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>En pacientes con pólipos adenomatosos del colon se sugiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) como un único examen, si la colonoscopia no es clínicamente apropiada (por ejemplo, debido a comorbilidad o porque no se puede tolerar la colonoscopia).</li> <li>• El enema de bario de doble contraste, como un único examen, si la colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) no está disponible o no es apropiada.</li> <li>• Para llevar a cabo la vigilancia, considerar la colonografía por tomografía computarizada (colonoscopia virtual) o el enema de bario de doble contraste, si la colonoscopia sigue siendo clínicamente inapropiada, pero discuta los riesgos y beneficios con la persona y su familia o cuidadores.</li> </ul>	Débil a favor
1.12 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere que la edad de corte para detener la vigilancia sea a los 75 años de edad, pero esto también deberá depender de los deseos del paciente y sus comorbilidades.</p>	Débil a favor

En la figura 4 se describen las recomendaciones de vigilancia colonoscópica luego de la clasificación del riesgo del pólipo adenomatoso en el desarrollo de CCR.

**Figura 4. Vigilancia colonoscópica luego de la clasificación del riesgo de desarrollo de cáncer de colon y recto**



CCR: Cáncer de colon y recto.

## Estrategia óptima de vigilancia para cáncer de colon y recto e intervalos en individuos con antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon

### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

Ante la presencia de pólipos hiperplásicos, considere reseca, independientemente del sitio de localización y de su número.

### Recomendación

1.13 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC INC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Ante la presencia de antecedentes de pólipos hiperplásicos del colon, la estrategia de tamización debe ser igual a la de la población con riesgo promedio.	Débil a favor



## 2. Diagnóstico

### Procedimiento diagnóstico en individuos con sospecha de cáncer de colon y recto

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)

Considere advertir al paciente que puede ser necesario más de un examen para confirmar o excluir un diagnóstico de cáncer de colon y recto.

#### Recomendaciones

2.1 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Para confirmar un diagnóstico de cáncer de colon y recto se sugiere colonoscopia en pacientes sin mayor comorbilidad. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada, se sugiere tomar una biopsia para obtener una prueba histológica del diagnóstico, a menos que esté contraindicado (por ejemplo, en pacientes con trastornos de coagulación sanguínea).	Débil a favor
2.2 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere una sigmoidoscopia flexible con enema de bario en pacientes con comorbilidad importante. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada, se sugiere realizar una biopsia, a menos que esté contraindicado.	Débil a favor
2.3 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere una colonografía por tomografía computarizada como alternativa a la colonoscopia o a la sigmoidoscopia flexible con enema de bario, si el servicio local de radiología puede demostrar su competencia en esta técnica. Si una lesión sospechosa de cáncer es detectada en la colonografía por tomografía computarizada, se sugiere ofrecer una colonoscopia con biopsia para confirmar el diagnóstico, a menos que esté contraindicado.	Débil a favor

## Estándares de calidad de la colonoscopia para ser considerada óptima

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)	
Técnica endoscópica	Deberían existir políticas nacionales que promuevan las condiciones óptimas de la técnica endoscópica, en cuanto a la utilización de la sedación, maximizando la tolerancia al procedimiento para que sea seguro, al minimizar el riesgo de complicaciones.
	Debido a que no hay un claro beneficio a partir de un enfoque particular, y por razones prácticas, se considera que es adecuado adoptar políticas sobre el uso de sedación de acuerdo con los protocolos institucionales; dichas políticas deberían tener en cuenta el contexto histórico, el impacto sobre la experiencia del paciente y los costos.
Desempeño de los endoscopistas y mejora de la calidad	Considere la tasa de intubación cecal sin ajustar como un indicador primario de la calidad de la colonoscopia. El estándar aceptable es mayor al 90%; el deseable es mayor al 95%.
	Considere conservar documentación y revisión de las razones para una colonoscopia incompleta.
	Los servicios de endoscopia deben tener procesos para identificar y registrar desenlaces adversos, que se producen después de que el paciente deja la unidad de endoscopia.

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA GENERADA POR GDG
Es deseable que cada centro o profesional audite la tasa de detección de pólipos y la tasa de resección de pólipos en la población de tamización.
Considere incluir en el informe de la colonoscopia la utilización o no de la sedación, el tipo de esta y la existencia o no de complicaciones inmediatas.

### Recomendaciones

2.4 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC		FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Técnica endoscópica	Para lograr un examen colonoscópico de alta calidad, se recomienda realizar una intubación completa del colon hasta el ciego e inspeccionar cuidadosamente la mucosa durante la retirada.	Fuerte a favor

2.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC		FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Técnica endoscópica	Si el endoscopista duda de su capacidad para remover una lesión de alto riesgo, se sugiere documentar apropiadamente la lesión; si es necesario, marcar su posición con un tatuaje y remitir al paciente a otra institución o profesional para que la lesión sea removida endoscópica o quirúrgicamente.	Débil a favor
2.6 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC		FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Desempeño de los endoscopistas y mejora de la calidad	Se sugiere conservar documentación fotográfica auditable de que la colonoscopia fue completa: fotodocumentación de la válvula ileocecal y el ciego, o un videoclip con su respectiva foto instantánea.	Débil a favor
2.7 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC		FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Calidad de la colonoscopia y remoción de lesiones de colon y recto	Se sugiere que los exámenes se realicen solamente después de una adecuada preparación del intestino, es decir, sin ningún residuo fecal o líquido en el lumen que pudiera enmascarar cualquier área sospechosa.	Débil a favor

## Procedimiento diagnóstico recomendado para cáncer de colon y recto en caso de que la colonoscopia no se pueda realizar o sea incompleta

### Recomendaciones

2.8 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En los pacientes que han tenido una colonoscopia incompleta, se sugiere repetir la colonoscopia o hacer colonografía por tomografía computarizada (si el servicio radiológico puede demostrar competencia en esta técnica) o enema de bario.	Débil a favor

2.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Si una colonoscopia completa no se ha realizado, ya sea porque la lesión primaria impide la colonoscopia total, o por cualquier otra razón, se sugiere visualizar radiológicamente el resto del colon antes de la cirugía, si es posible. Se sugiere que este procedimiento sea realizado idealmente por colonografía por tomografía computarizada, o si no está disponible, por enema de bario de doble contraste de alta calidad. Si por alguna razón el colon no se visualiza antes de la cirugía, se sugiere realizar una colonoscopia completa dentro de los tres a seis meses posteriores a la colectomía.</p>	<p>Débil a favor</p>

## Estudios para estadificación (de extensión) en pacientes con cáncer de colon y recto

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)
<p>Considere discutir todas las imágenes con el paciente luego de la revisión por un equipo multidisciplinario apropiado.</p>

### Recomendaciones

2.10 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere realizar tomografía computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis para estimar el estadio de la enfermedad a todos los pacientes diagnosticados con cáncer de colon y recto, a menos que esté contraindicado. Ninguna imagen rutinaria adicional es necesaria para los pacientes con cáncer de colon.</p>	<p>Débil a favor</p>
2.11 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2006	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere hacer tomografía computarizada o resonancia magnética de pelvis para valorar el estado del margen mesorrectal.</p>	<p>Débil a favor</p>
2.12 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere ultrasonografía endorrectal a los pacientes con cáncer de recto si la resonancia magnética muestra enfermedad susceptible de escisión local o si la resonancia magnética está contraindicada.</p>	<p>Débil a favor</p>

2.13 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere ofrecer estadiaje local preoperatorio, por medio de resonancia magnética de pelvis, a los pacientes con cáncer de recto detectado por tamización, con el fin de facilitar la planificación de la radioterapia preoperatoria, aunque también la tomografía computarizada multicorte de alta calidad puede dar información adecuada.	Débil a favor
2.14 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar a todos los pacientes con cáncer de recto resonancia magnética para valorar el riesgo de recurrencia local, determinado por el margen de resección distal, el tumor (T) y el estadiaje nodular (N), a menos que esté contraindicado.	Débil a favor
2.15 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere usar los resultados de un examen digital rectal como parte de la evaluación de estadificación.	Débil en contra
2.16 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere ofrecer tomografía axial computarizada con contraste de tórax, abdomen y pelvis a pacientes que están siendo evaluados por cáncer de colon y recto metastásico.	Débil a favor

## Imágenes de metástasis hepáticas

2.17 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2006	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere ofrecer tomografía axial computarizada o resonancia magnética de abdomen en lugar de ecografía para la detección de metástasis hepáticas.	Débil a favor
2.18 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si la tomografía axial computarizada muestra únicamente enfermedad metastásica hepática y el paciente no tiene contraindicaciones para el tratamiento posterior, se sugiere que un especialista hepatobiliar decida si se requieren imágenes adicionales para confirmar si la cirugía es adecuada para el paciente o potencialmente adecuada después de un tratamiento.	Débil a favor

## Imágenes de metástasis extrahepáticas

2.19 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si la tomografía axial computarizada muestra que el paciente puede presentar metástasis extrahepáticas que sean susceptibles de cirugía radical, se sugiere que un equipo multidisciplinario decida si una tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-CT) de cuerpo completo es adecuada.	Débil a favor
2.20 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si la tomografía axial computarizada con contraste es sugestiva de enfermedad metastásica en la pelvis, se sugiere una resonancia magnética de pelvis y la discusión de sus resultados con el equipo multidisciplinario.	Débil a favor

## Uso de PET en cáncer de colon y recto

2.21 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2010	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere el uso rutinario de la tomografía por emisión de positrones para el diagnóstico o estadiaje clínico del cáncer de colon y recto en los estadios I a III.	Débil en contra
2.22 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2010	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere ofrecer tomografía por emisión de positrones para determinar el manejo y el pronóstico si la imagen convencional es equívoca para la presencia de enfermedad metastásica.	Débil a favor
2.23 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2010	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere ofrecer tomografía por emisión de positrones para la evaluación preoperatoria de metástasis hepáticas de cáncer de colon y recto antes de la resección quirúrgica.	Débil a favor

## Efecto de la demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento del cáncer de colon y recto sobre la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes

### Recomendación

2.24 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que el tiempo ideal entre el diagnóstico de cáncer de colon y recto y el inicio del tratamiento debería ser de 0 a 30 días.	Débil a favor

### 3. Tratamiento quirúrgico del cáncer de colon y recto

#### Perfiles de los miembros del grupo multidisciplinario encargado de la atención de los pacientes con cáncer de colon y recto

##### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC SIGN, 2011)

La cirugía para el cáncer de colon y recto debería ser realizada únicamente por cirujanos entrenados, cuyo trabajo y resultados puedan ser auditados. La cirugía del cáncer de recto debería ser realizada únicamente por cirujanos capacitados para llevar a cabo la escisión completa del mesorrecto.

#### Preparación preoperatoria de los pacientes con cáncer de colon y recto que van a cirugía electiva

##### Recomendaciones

3.1 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda que el cirujano considere, según su juicio, el beneficio de la preparación intestinal mecánica en cada paciente que será llevado a cirugía electiva para cáncer de colon y recto.	Fuerte a favor
3.2 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA DE GPC AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes que son sometidos a cirugía oncológica abdominal o pélvica, se recomienda profilaxis farmacológica postoperatoria con duración extendida (cuatro semanas) con heparinas de bajo peso molecular, en lugar de la profilaxis con duración limitada.	Fuerte a favor

#### Transfusiones sanguíneas perioperatorias en los pacientes con cáncer de colon y recto

##### Recomendación

3.3 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
De acuerdo con la evaluación del riesgo de recurrencia del paciente con cáncer de colon y recto, no se recomienda realizar transfusiones sanguíneas durante el periodo perioperatorio (un mes antes y después de la cirugía con intención curativa).	Fuerte en contra



## Tipo de cirugía indicada según la localización del tumor rectal

### Recomendaciones

3.4 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar una rectosigmoidoscopia rígida a todos los pacientes con tumores de recto y de la unión rectosigmoidea, para establecer con exactitud la localización del tumor y poder definir la conducta que se va a seguir.	Débil a favor
3.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Cuando se requiere una escisión abdominoperineal del recto para cáncer del recto inferior que no pueda ser adecuadamente realizada con una escisión total del mesorrecto, se sugiere realizar la resección con la técnica extraelevadora.	Débil a favor

## Manejo quirúrgico indicado en pacientes con cáncer de colon y recto estadio 0 (TisNO) y estadio I

<b>PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)</b>
Después de la extirpación de un cáncer de colon y recto pT1, se debería establecer un régimen de seguimiento estandarizado. La política de vigilancia empleada para los adenomas de riesgo alto es apropiada para el seguimiento después de la extirpación de un cáncer de colon y recto pT1 de riesgo bajo.
<b>PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC SIGN, 2011)</b>
Para que el paciente pueda tomar una decisión informada, el médico tratante debería explicarle la posibilidad de hacer una escisión local como tratamiento para el cáncer de recto, incluyendo los riesgos referentes a la morbilidad operatoria y la recurrencia.
<b>PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)</b>
Todos los pacientes sometidos a cirugía radical para cáncer rectal deberían ser sometidos a escisión del mesorrecto por un cirujano con experiencia en cirugía de colon y recto.

**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA GENERADO POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA**

En el manejo del cáncer de recto temprano, un equipo multidisciplinario debería discutir el esquema de tratamiento para ofrecer a los pacientes con cáncer de recto estadio I.

## Recomendaciones

### Recomendaciones para cáncer de colon y recto

3.6 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con estadio 0 (tumores in situ) de cáncer de colon y recto, se sugiere hacer resección endoscópica o local, asegurando sus márgenes laterales y profundos negativos.	Débil a favor
3.7 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si hay sospecha clínica de un cáncer de colon y recto pT1, se sugiere que el sitio de la escisión sea marcado con tinta china en la submucosa.	Débil a favor
3.8 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Cuando un cáncer pT1 sea clasificado como de riesgo alto para enfermedad residual, se debería considerar hacer una colectomía con linfadenectomía radical para el cáncer de recto.	Fuerte a favor
3.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Cuando un cáncer pT1 sea clasificado como de riesgo alto para enfermedad residual, se debería considerar hacer una colectomía con linfadenectomía radical para el cáncer de colon.	Débil a favor
3.10 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que el cirujano tratante con experiencia en cáncer de colon y recto considere tratamiento adicional (cirugía radical o radioterapia) en pacientes con cáncer de colon y recto estadio I localmente reseado, si existen hallazgos desfavorables en las características patológicas de la lesión, en los resultados de las imágenes o en los tratamientos anteriores.	Débil a favor

3.11 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere realizar cirugía radical adicional si un pólipo pediculado maligno ha sido resecado endoscópicamente y:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay evidencia histológica de tumor en el margen de resección (o a menos de 1 mm).</li> <li>• Hay invasión linfocelular.</li> <li>• El tumor es pobremente diferenciado.</li> </ul>	Débil a favor

### Recomendaciones para cáncer rectal

3.12 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere realizar escisión local sola únicamente en los cánceres rectales T1 Sm1 (definido como: infiltración tumoral limitada a mucosa y submucosa en tercio superior), y si el paciente no es apto para cirugía radical.</p>	Débil a favor

3.13 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>En el paciente en el que hay duda acerca de si es apto para la cirugía radical, se sugiere considerar la extirpación local del cáncer rectal cuando se encuentre más avanzado.</p>	Débil a favor

3.14 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>En pacientes en los que se prevé una escisión local para el cáncer rectal (T1 Sm2 o mayores), se sugiere considerar quimiorradioterapia preoperatoria. Si se lleva a cabo una escisión local, y el estadio pT es T1 Sm3 o peor, entonces se sugiere realizar una escisión radical si el paciente es apto para este tipo de cirugía.</p>	Débil a favor

3.15 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>En pacientes con cáncer rectal pT1 y con alto riesgo quirúrgico se sugiere considerar la realización de resección transanal con o sin radioterapia.</p>	Débil a favor

3.16 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere ofrecer tratamiento adicional (cirugía radical o radioterapia) a pacientes con cáncer rectal cuyo tumor haya comprometido los márgenes de resección radial (menos de 1 mm).</p>	Débil a favor

## Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer de colon y recto estadios II y III

### Recomendaciones

3.17 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que el cáncer de colon sea tratado con cirugía radical, con escisión mesocólica completa y ligadura alta de los vasos colónicos.	Débil a favor
3.18 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En los pacientes candidatos para cirugía radical, se sugiere escisión total del mesorrecto para los cánceres rectales. La escisión del mesorrecto debería ser total para los tumores de los tercios medio e inferior del recto, con cuidado de preservar los nervios autonómicos pélvicos, siempre que ello sea posible sin comprometer la resección del tumor.	Débil a favor
3.19 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Cuando se requiere una escisión abdominoperineal del recto para cáncer de recto inferior que no pueda ser adecuadamente realizada con una escisión total del mesorrecto, se sugiere realizar la resección con la técnica extraelevadora.	Débil a favor
3.20 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Con una anastomosis rectal baja (menor de 5 cm de la unión anorrectal), se recomienda realizar un estoma desfuncionalizante.	Fuerte a favor
3.21 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Con una anastomosis rectal baja después de una escisión total del mesorrecto (TME), se sugiere considerar un reservorio colónico.	Débil a favor

## Manejo quirúrgico para el tratamiento de pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción

### Recomendaciones

3.22 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere utilizar estudios de contraste con enema como la única modalidad de imagen en pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso.	Débil en contra
3.23 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso, se sugiere considerar la inserción de un stent colónico por un endoscopista con experiencia en técnicas avanzadas, y que cuente con la disponibilidad de un equipo quirúrgico.	Débil a favor
3.24 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si se considera el uso de un stent colónico en pacientes que presentan obstrucción intestinal aguda, se sugiere ofrecer una tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis para confirmar el diagnóstico de obstrucción mecánica, y para determinar si el paciente tiene enfermedad metastásica o perforación del colon.	Débil a favor
3.25 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En los pacientes con obstrucción aguda del intestino grueso, se sugiere corregir el trastorno hidroelectrolítico y luego considerar la inserción de un stent metálico autoexpandible como manejo inicial de una obstrucción colónica completa o casi completa del lado izquierdo.	Débil a favor
3.26 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere dilatar el tumor antes de insertar el stent metálico autoexpandible.	Débil en contra

3.27 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si la inserción de un stent metálico autoexpandible está indicada, se sugiere intentar la inserción de manera urgente y no más allá de 24 horas después de que el paciente presente la obstrucción del colon.	Débil a favor

## Manejo quirúrgico en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)
Considere dar prioridad al tratamiento para controlar los síntomas si en algún momento el paciente con cáncer de colon y recto presenta síntomas del tumor primario.

### Recomendación

3.28 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si tanto el tumor primario como el metastásico son resecables, se sugiere que el equipo multidisciplinario considere tratamiento sistémico inicial seguido de cirugía, después de una discusión exhaustiva con el paciente. La decisión sobre si las cirugías se realizan al mismo tiempo o de manera separada debería ser evaluada por el equipo multidisciplinario, en conjunto con el paciente.	Débil a favor

## Indicación de la cirugía abierta o cirugía laparoscópica en pacientes con cáncer de colon y recto

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)
La cirugía de colon y recto laparoscópica debería ser considerada, cuando sea apropiada. En los pacientes sometidos a cirugía para cáncer rectal se puede considerar la cirugía laparoscópica.

PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)
La cirugía de colon y recto laparoscópica debería ser realizada solo por cirujanos que hayan completado un entrenamiento apropiado en la técnica y que realicen el procedimiento frecuentemente para mantener esta competencia. El criterio exacto debería ser determinado por los órganos profesionales nacionales pertinentes (sociedades científicas).

**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)**

La decisión sobre cuál procedimiento (abierto o laparoscópico) se llevará a cabo debería hacerse después de una discusión entre el paciente y el cirujano. En particular, se debería considerar: la conveniencia de resección de la lesión por laparoscopia, los riesgos y beneficios de los dos procedimientos y la experiencia del cirujano en ambos procedimientos.

### Recomendación

3.29 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere la resección laparoscópica (incluida la laparoscopia asistida) como una alternativa a la resección abierta para individuos con cáncer de colon y recto en quienes tanto la cirugía laparoscópica como la cirugía abierta se consideran adecuadas.	Débil a favor

## 4. Oncología y radioterapia

### Tratamiento neoadyuvante en pacientes con cáncer de recto

RIESGO DE RECURRENCIA LOCAL PARA TUMORES RECTALES SEGÚN RESONANCIA MAGNÉTICA	
RIESGO DE RECURRENCIA LOCAL	Características de tumores rectales
<b>ALTO</b>	Un margen de resección amenazado (< 1 mm) o violado.
	Tumores bajos que invadan el plano interesfinteriano o que involucren el elevador.
<b>MODERADO</b>	Cualquier cT3 o mayor, en el que los márgenes quirúrgicos potenciales no se encuentren amenazados.
	Cualquier nodo linfático sospechoso que no amenaza el margen de resección quirúrgica.
	La presencia de invasión vascular extramural*.
<b>BAJO</b>	cT1 o cT2.
	Sin compromiso de nodos linfáticos.

\* Estas características también están asociadas con riesgo alto de recurrencia sistémica.

La guía NICE presenta como clasificación del tumor rectal cT3 de riesgo bajo; el GDG consideró cT3 como riesgo moderado.

Fuente: Tomado y modificado de NICE 2011(11).

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)

Considere discutir el riesgo de recurrencia local, morbilidad a corto y largo términos, y los efectos tardíos con el paciente luego de la discusión con el equipo multidisciplinario.

### Recomendaciones

4.1 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda que todos los pacientes que van a ser sometidos a cirugía por cáncer rectal (descrito en las imágenes como cáncer T3/T4 y/o metástasis ganglionares) sean considerados para radioterapia preoperatoria, con o sin quimioterapia.	Fuerte a favor



4.2 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda considerar la radioterapia de curso corto (hipofraccionada) como una opción de tratamiento neoadyuvante en centros donde se pueda ofrecer radioterapia con acelerador lineal, preferiblemente con técnica conformacional o radioterapia de intensidad modulada (IMRT).	Fuerte a favor
4.3 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere ofrecer radioterapia preoperatoria de curso corto (hipofraccionada) o quimiorradioterapia a pacientes con cáncer rectal operable de bajo riesgo.	Débil en contra
4.4 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar radioterapia preoperatoria de curso corto (hipofraccionada) y luego cirugía inmediata en pacientes con cáncer rectal operable con riesgo moderado (véase tabla para grupos de riesgo), o quimiorradioterapia preoperatoria con un intervalo que permita respuesta tumoral y reducción del tamaño tumoral antes de la cirugía en pacientes con tumores limítrofes entre riesgo moderado y alto.	Débil a favor
4.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar quimiorradioterapia preoperatoria con un intervalo antes de la cirugía, que permita respuesta tumoral y reducción del tamaño tumoral (en lugar de radioterapia preoperatoria de curso corto o hipofraccionada), en pacientes con cáncer rectal operable de alto riesgo.	Débil a favor
4.6 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
La quimiorradioterapia como terapia preoperatoria en pacientes con cáncer rectal localmente avanzado estadios T3 y T4 es recomendada sobre el uso de radioterapia sola con fraccionamiento estándar, para mejorar tasas de respuesta tumoral y disminuir el riesgo de recurrencia local y regional.	Fuerte a favor

4.7 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Al ofrecer quimioterapia neoadyuvante concomitante con radioterapia a pacientes con cáncer de colon y recto localmente avanzado estadio T3 y T4, se sugiere considerar las siguientes opciones de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5-fluorouracilo infusional continuo.</li> <li>• 5-fluorouracilo/leucovorina.</li> <li>• Capecitabina.</li> </ul>	Débil a favor
4.8 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere ofrecer quimiorradioterapia preoperatoria únicamente para facilitar la cirugía de preservación de los esfínteres a pacientes con cáncer rectal.	Débil en contra

## Indicación de la quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de colon y recto estadio II

### Recomendaciones

4.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar quimioterapia adyuvante posterior a cirugía en pacientes con cáncer de colon estadio II de alto riesgo. Se deberían discutir todos los riesgos y beneficios con el paciente.	Débil a favor
4.10 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere evaluar la estadificación patológica posterior a cirugía antes de decidir ofrecer o no quimioterapia adyuvante.	Débil a favor
4.11 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer rectal estadio II de alto riesgo y en todos los estadios III para reducir el riesgo de recurrencia sistémica.	Débil a favor

## Opciones de quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de colon y recto estadio II y III

### Recomendaciones

4.12 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Los pacientes con cáncer de colon y recto estadio II de alto riesgo se beneficiarán de la quimioterapia adyuvante con 5-fluorouracilo/folinato de calcio (leucovorina) para disminuir el riesgo de recaídas.	Débil a favor
4.13 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con cáncer de colon y recto estadio II de alto riesgo, se sugiere considerar el uso de capecitabina como alternativa al 5-fluorouracilo en terapia adyuvante.	Débil a favor
4.14 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Para el tratamiento adyuvante de pacientes con cáncer de colon y recto estadio III posterior a cirugía para esta condición, se sugiere el uso de oxaliplatino en combinación con 5-fluorouracilo y ácido folínico.	Débil a favor
4.15 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
La elección del tratamiento adyuvante debería realizarse conjuntamente entre el paciente y los clínicos responsables del tratamiento. La decisión debe ser tomada posterior a una discusión informada entre los clínicos y el paciente; esta discusión debe tener en cuenta las contraindicaciones y el perfil de efectos secundarios del (los) agente(s) y el método de administración, como también el estado clínico y las preferencias del paciente.	Débil a favor
4.16 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere el uso de monoterapia con capecitabina o 5-fluorouracilo/folinato de calcio (leucovorina) solo en pacientes con cáncer de colon y recto estadio III, en quienes están contraindicados los regímenes basados en oxaliplatino.	Débil a favor

4.17 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con cáncer de colon y recto estadio III, el uso de capecitabina en combinación con oxaliplatino como terapia adyuvante puede considerarse como una alternativa al 5-fluorouracilo más oxaliplatino.	Débil a favor

## Indicación de la radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de recto

### Recomendación

4.18 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda radioterapia adyuvante en pacientes con cáncer rectal con tumor residual irresecable (márgenes positivos), según reporte de hallazgos anatomopatológicos del espécimen quirúrgico, o en pacientes con riesgo moderado o alto que no han recibido neoadyuvancia.	Fuerte a favor

## Opciones de tratamiento sistémico en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico

### Recomendaciones

#### Quimioterapia de primera y segunda línea

4.19 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Al ofrecer múltiples drogas quimioterapéuticas a pacientes con cáncer de colon y recto avanzado y metastásico, se recomienda considerar una de las siguientes secuencias de quimioterapia, a menos que estén contraindicadas:</p> <p>Folfox (ácido folínico más fluorouracilo más oxaliplatino) como tratamiento de primera línea, seguido de monoterapia con irinotecán como tratamiento de segunda línea.</p> <p>Folfox como tratamiento de primera línea seguido de folfiri (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecán) como tratamiento de segunda línea.</p> <p>Xelox (capecitabina más oxaliplatino) como tratamiento de primera línea, seguido de folfiri como tratamiento de segunda línea.</p> <p>Se debería decidir la combinación y secuencia de quimioterapia por emplear después de una discusión completa de los efectos secundarios y las preferencias del paciente.</p>	Fuerte a favor

4.20 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>En relación con el uso de folfiri (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecán) como primera línea de quimioterapia en pacientes con cáncer de colon y recto avanzado irreseccable o metastásico, es posible considerar las siguientes secuencias:</p> <p>Primera opción: folfiri (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecán) como tratamiento de primera línea, seguido de folfox (ácido folínico más fluorouracilo más oxaliplatino) como tratamiento de segunda línea.</p> <p>Segunda opción: folfiri (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecán) como tratamiento de primera línea, seguido de xelox (capecitabina más oxaliplatino) como tratamiento de segunda línea</p>	Débil a favor
4.21 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2003	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere considerar la terapia oral con capecitabina como una opción para el tratamiento de primera línea del cáncer de colon y recto metastásico.</p>	Débil a favor
4.22 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>El uso de folfoxiri (ácido folínico más fluoracilo más oxaliplatino más irinotecán) como tratamiento de primera línea en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico se recomienda como una alternativa al uso de folfox (ácido folínico más fluorouracilo más oxaliplatino) o folfiri (ácido folínico más fluorouracilo más irinotecán).</p>	Fuerte a favor
4.23 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>El uso de folfoxiri (ácido folínico más fluoracilo más oxaliplatino más irinotecán) no se recomienda como una opción quimioterapéutica en segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico.</p>	Fuerte en contra
4.24 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se recomienda considerar la posibilidad de raltitrexed solo en pacientes con cáncer de colon y recto avanzado que no toleran 5-fluouracilo y ácido folínico (leucovorina), o en quienes estos fármacos no son adecuados (por ejemplo, pacientes que desarrollan cardiotoxicidad). Se deberían discutir todos los riesgos y beneficios del raltitrexed con el paciente.</p>	Fuerte a favor

## Terapia biológica

4.25 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Bevacizumab, en combinación con regímenes de quimioterapia basados en fluorouracilo o irinotecán para primera y segunda línea, es recomendado como una opción de tratamiento en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico en quienes los beneficios exceden los riesgos de toxicidad.	Fuerte a favor
4.26 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Cetuximab, en combinación con regímenes de quimioterapia basados en fluorouracilo o irinotecán para primera y segunda línea, es recomendado como una opción de tratamiento en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico con KRAS nativo en quienes los beneficios exceden los riesgos de toxicidad.	Fuerte a favor
4.27 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere adicionar bevacizumab a regímenes de quimioterapia basados en oxaliplatino para primera y segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico e irreseccable, de acuerdo con la evaluación de riesgo-beneficio individual.	Débil a favor
4.28 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere adicionar cetuximab a regímenes de quimioterapia basados en oxaliplatino para primera y segunda línea de tratamiento en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico e irreseccable con KRAS nativo, de acuerdo con la evaluación de riesgo-beneficio individual.	Débil a favor
4.29 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere el uso de cetuximab en combinación con irinotecán para la segunda línea o para tratamiento subsecuente de cáncer de colon y recto metastásico posterior a la falla de un régimen de quimioterapia que contenga irinotecán.	Débil en contra

4.30 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
La monoterapia con cetuximab o panitumumab es recomendada como una opción de tratamiento en segunda o tercera línea en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico con KRAS nativo.	Fuerte a favor
4.31 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con cáncer de colon y recto metastásico e irreseccable, se sugiere la terapia de mantenimiento con anticuerpos monoclonales posterior a haber sido utilizada en combinación con quimioterapia de primera línea para bevacizumab.	Débil a favor

## Opciones de tratamiento inicial en pacientes con cáncer de colon y recto irreseccable no metastásico

### Recomendaciones

4.32 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Los pacientes con cáncer de colon y recto localmente avanzado irreseccable con buen estado funcional, que no hayan recibido tratamiento previo, pueden beneficiarse de tratamiento inicial con quimiorradioterapia concomitante.	Fuerte a favor
4.33 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA EL POR GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Los pacientes con cáncer de colon y recto localmente avanzado irreseccable con buen estado funcional, que no hayan recibido tratamiento previo, pueden beneficiarse de tratamiento inicial con radioterapia de curso corto (hipofraccionada) en centros donde se pueda ofrecer radioterapia con acelerador lineal, preferiblemente con técnica conformacional (IMRT).	Débil a favor
4.34 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Para enfermedad localmente avanzada irreseccable de colon se sugiere homologar el tratamiento quimioterapéutico propuesto para cáncer de colon y recto metastásico.	Débil a favor

## Factores predictivos de respuesta al tratamiento sistémico en pacientes con cáncer de colon y recto avanzado y estudios de biología molecular del espécimen quirúrgico de los pacientes con cáncer de colon y recto

### Recomendaciones

4.35 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda en cáncer de colon y recto metastásico realizar estudio de biología molecular para determinar mutación de KRAS.	Fuerte a favor
4.36 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se recomienda considerar como factor predictivo favorable a la respuesta al tratamiento con cetuximab o panitumumab, la presencia de KRAS nativo o no mutado en pacientes con cáncer de colon y recto metastásico.	Fuerte a favor
4.37 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR CONSENSO DE EXPERTOS	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
En pacientes con cáncer de colon y recto metastásico, se sugiere la realización de estudio mutacional de BRAF para determinar terapia anti-EGFR, de acuerdo con la decisión de una junta multidisciplinaria.	Débil a favor
4.38 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere la determinación de inestabilidad microsatelital en cáncer de colon y recto metastásico como estudio de biología molecular.	Débil en contra



## 5. Seguimiento

### Estrategia de seguimiento en pacientes con cáncer de colon y recto tratado

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)

Considere iniciar una nueva investigación si existe alguna sospecha clínica, radiológica o bioquímica de enfermedad recurrente.

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC NICE, 2011)

Considere detener el seguimiento regular cuando el paciente y el médico tratante han discutido y acordado que los posibles beneficios no compensan los riesgos de nuevas pruebas, o cuando el paciente no puede tolerar otros tratamientos.

### Recomendaciones

5.1 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere programar visita de seguimiento a todos los pacientes con cáncer de colon y recto de 8 a 12 semanas después de haber terminado el tratamiento potencialmente curativo.	Débil a favor
5.2 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar una visita de seguimiento que incluya exploración física y prueba de antígeno carcinoembrionario cada seis meses durante cinco años.	Débil a favor
5.3 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere una tomografía axial computarizada de tórax y abdomen cada año durante tres años. También, se sugiere una tomografía computarizada pélvica con la misma frecuencia, si el tumor primario se localizaba en el recto.	Débil a favor
5.4 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si los recursos locales y/o las preferencias del paciente excluyen el uso de la tomografía axial computarizada, se sugiere sustituir con un ultrasonido la tomografía de abdomen y de pelvis, y sustituir con una radiografía de tórax la tomografía de tórax. Una frecuencia razonable para estas pruebas es cada seis a doce meses durante los tres primeros años y luego anualmente, durante el cuarto y quinto año de seguimiento.	Débil a favor

5.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar una colonoscopia de seguimiento aproximadamente un año después de la cirugía inicial. La frecuencia de las colonoscopias de vigilancia posteriores debería depender de los resultados de la anterior, pero, por lo general, se debería realizar cada cinco años si los resultados de la anterior colonoscopia son normales.	Débil a favor
5.6 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si una colonoscopia completa no se realizó en el transcurso del diagnóstico y la estadificación (por ejemplo, debido a una obstrucción), la evidencia sugiere hacer una colonoscopia dentro de los seis meses siguientes de haber completado la terapia primaria.	Débil a favor
5.7 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC NICE, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Si el diagnóstico de recidivas extrahepáticas es incierto, se recomienda mantener al paciente en examen clínico y ofrecer imágenes repetidas a intervalos acordados entre el médico tratante y el paciente.	Débil a favor
5.8 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2010	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
No se sugiere la tomografía con emisión de positrones como parte de la vigilancia de rutina en pacientes con cáncer de colon y recto tratados con cirugía curativa.	Débil en contra
5.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC CCO, 2010	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar tomografía con emisión de positrones para determinar el sitio de recurrencia en pacientes que tienen aumento del antígeno carcinoembrionario con imágenes convencionales que no identifican enfermedad metastásica.	Débil a favor

5.10 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA DE GPC CCO, 2012	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
<p>Se sugiere considerar una recurrencia con cualquier síntoma nuevo y persistente, o que empeore, en especial: dolor abdominal, particularmente en el cuadrante superior derecho o en el flanco derecho (área hepática); tos seca; síntomas vagos constitucionales, como fatiga o náuseas; pérdida de peso inexplicable; signos y/o síntomas específicos para cáncer rectal, dolor pélvico, ciática, dificultad para orinar o defecar.</p> <p>No hay señales de síntomas específicos para el cáncer de colon que no fueran aplicables también al cáncer de recto.</p>	<p>Débil a favor</p>

## 6. Rehabilitación

### Estrategia de rehabilitación para los pacientes con cáncer de colon y recto

**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA GENERADO POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA**

Los pacientes con cáncer de colon y recto podrían beneficiarse de un programa de rehabilitación basado en actividad física cardiovascular, que se encuentre dentro de un programa integral de manejo.

#### Recomendación

<b>6.1 RECOMENDACIÓN CLAVE GENERADA POR EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA</b>	<b>FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN</b>
En pacientes con cáncer de colon y recto a quienes se les haya realizado tratamiento con preservación de esfínter anal, se sugiere realizar valoración especializada por fisioterapia para direccionar el proceso de rehabilitación. Así mismo, se sugiere la realización de ejercicios de fortalecimiento de piso pélvico dirigidos por un terapeuta e idealmente por medio de terapia biofeedback del piso pélvico, como estrategia de rehabilitación para el manejo de incontinencia esfínteriana.	Débil a favor

## 7. Calidad de vida

### Calidad de vida después de una cirugía de colon y recto, quimioterapia o radioterapia

**PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA GENERADO POR  
EL GRUPO DESARROLLADOR DE LA GUÍA**

Para la medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer de colon y recto considere el uso de instrumentos validados en la población colombiana.

# 8. Cuidado paliativo

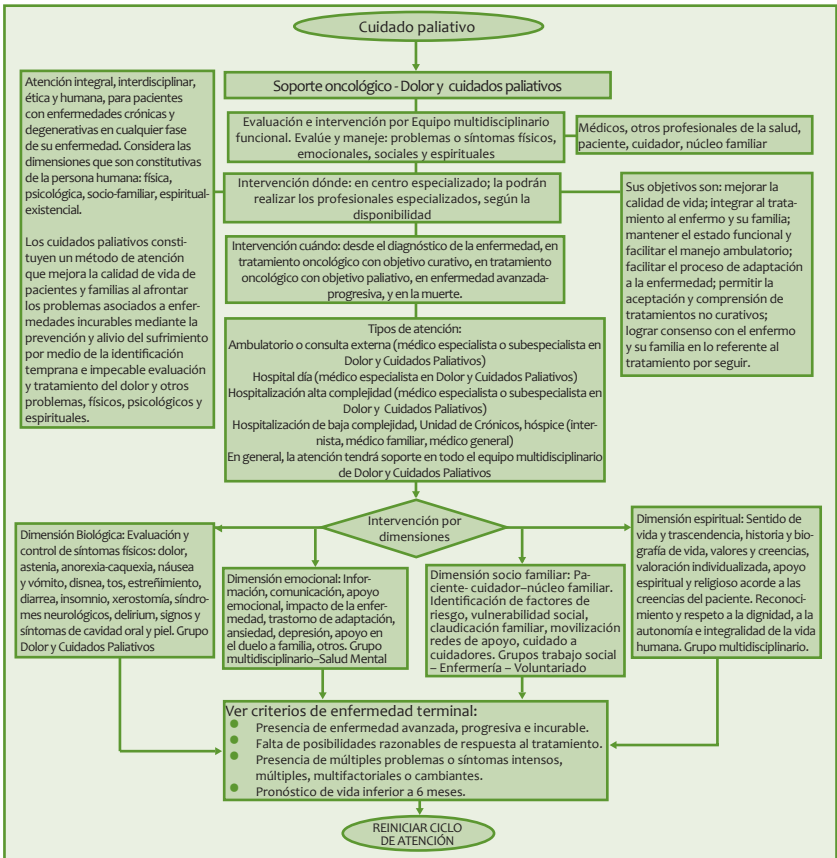
## Manejo paliativo de los síntomas más comunes del paciente con cáncer de colon y recto

### Recomendación

8.1 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA DE GPC SIGN, 2011	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere el uso de analgésicos, antieméticos y medicamentos antisecretorios, solos o en combinación, para aliviar los síntomas de obstrucción intestinal maligna inoperable.	Débil a favor

Véase la figura 5, relacionada con la atención integral en el cuidado paliativo.

**Figura 5. Manejo del cuidado paliativo en el paciente oncológico**



## 9. Aspectos de patología

### Estándares de calidad del reporte histopatológico en el cáncer de colon y recto en biopsias diagnósticas, resección de pólipos, piezas quirúrgicas y otros especímenes

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)

Se debería consultar un equipo multidisciplinario sobre si es recomendable o no realizar resección quirúrgica de un adenocarcinoma pT1; si la resección quirúrgica se recomienda, se debe considerar la posibilidad de obtener la opinión de un segundo histopatólogo, dado que existe variación en la evaluación de las características de alto riesgo.

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)

Los programas de patología deberían tener una política sobre la metodología de las mediciones de tamaño de las lesiones removidas endoscópicamente, y deberían monitorear regularmente la exactitud de estas. La desviación entre el tamaño real y las mediciones de los patólogos y endoscopistas debería ser minimizada. Las decisiones de tratamiento que dependen del tamaño de la lesión deberían tener en cuenta el potencial de imprecisión en la medición del tamaño. El equipo multidisciplinario debería considerar apartarse de las categorías de tamaño recomendadas en las figuras de tratamiento y vigilancia, si la revisión de un caso indica que hay suficiente razón para dudar de la exactitud de la medición. Tales casos deberían ser llevados a junta de expertos para la toma de decisiones.

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)

Todas las biopsias y las lesiones identificadas en un programa de tamización y la subsecuente resección de especímenes deberían ser reportadas en un informe o formato electrónico de manera oportuna en el 100% de los casos. El formato debería ser enviado al médico tratante, al registro de cáncer pertinente y al programa de tamización.

#### PUNTO DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA (ADAPTADO Y MODIFICADO DE GPC IARC)

Considere reportar la correlación entre el diagnóstico histológico de biopsias y las resecciones. Cualquier falta de correlación debería ser discutida por un equipo multidisciplinario, y los resultados de esta discusión deberían documentarse.

## Recomendaciones

9.1 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Debido a la mejorada reproducibilidad diagnóstica de la clasificación revisada de Viena, se sugiere el uso de esta clasificación en un formato modificado para lesiones detectadas en la tamización, para así asegurar una comunicación internacional constante y la comparación de la histopatología de biopsias y especímenes de resección.	Débil a favor
9.2 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere utilizar solo dos grados en el reporte de neoplasia intraepitelial de colon y recto (bajo grado y alto grado), para reducir al mínimo el error intraobservador e interobservador.	Débil a favor
9.3 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere reportar los adenocarcinomas de colon y recto de acuerdo con la clasificación TNM vigente al momento del diagnóstico. La versión del TNM debería indicarse así: pT4 pN2 pM1 (versión 7). Esto puede abreviarse aún más a pT4N2M1 (V7).	Débil a favor
9.4 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere utilizar la clasificación de la OMS de los adenomas en: tubulares, túbulo-vellosos y vellosos.	Débil a favor
9.5 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Debido al alto riesgo de cáncer de colon y recto asociado con lesiones planas y/o deprimidas, se sugiere que estas sean reportadas como lesiones no polipoides y, adicionalmente, clasificadas con la clasificación de París.	Débil a favor
9.6 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que el patólogo verifique la remoción completa de las lesiones neoplásicas (márgenes libres) y la ausencia de invasión de la submucosa en especímenes de biopsias. En la actualidad, se recomienda un margen de sección de 1 mm. Se sugiere que los casos de extirpación incompleta o de incertidumbre sobre la invasión de la submucosa se destaquen en el informe de patología.	Débil a favor



9.7 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere realizar el subestadiaje de los cánceres T1 para determinar el riesgo de enfermedad residual. Se debería considerar el método apropiado, que puede variar dependiendo de la morfología de la lesión (Kikuchi/Haggitt o medición). En la actualidad, se recomiendan para lesiones no polipoides los estadios de Kikuchi, y para lesiones pedunculadas, los de Haggitt.	Débil a favor
9.8 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere reportar las características de alto riesgo para enfermedad residual, como un borde de sección menor o igual a 1 mm, la pobre diferenciación y la invasión linfática y vascular.	Débil a favor
9.9 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Se sugiere que el patólogo mida cuidadosamente el tamaño de las lesiones al milímetro más próximo en la lámina de hematoxilina y eosina, o en el espécimen fijado cuando la mayor dimensión de la lesión no puede ser medida en la lámina. Las mediciones de endoscopia son menos precisas y solo deberían utilizarse cuando sea estrictamente necesario; por ejemplo, si la lesión está fragmentada.	Débil a favor
9.10 RECOMENDACIÓN CLAVE ADAPTADA Y MODIFICADA DE GPC IARC	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
Dadas las pequeñas dimensiones de la capa submucosa, se sugiere que la infiltración dentro de la submucosa se mida en micras desde la línea de fondo de la muscularis mucosae.	Débil a favor

## Referencias

1. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Bogotá: Minprotección; 2010.
2. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención de cáncer de colon y recto. Programa de elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la atención primaria a la especializada: 4. Actualización. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009.
3. New Zealand Guidelines Group. Surveillance and Management of Groups at Increased Risk of Colorectal Cancer. New Zealand: Guidelines Group; 2004.
4. Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee. Guidelines for the Prevention, Early Detection and Management of Colorectal Cancer. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network. Sydney: Australian Cancer Network; 2005.
5. Quaresima B, Crugliano T, Gaspari M, Faniello MC, Cosimo P, Valanzano R, et al. A proteomics approach to identify changes in protein profiles in serum of Familial Adenomatous Polyposis patients. *CancerLetters*. 2008;272:40-52.
6. Umar A, Boland CR, Terdiman JP, Syngal S, de la Chapelle A, Rschoff J, et al. Revised Bethesda Guidelines for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome) and microsatellite instability. *J Natl Cancer Inst*. 2004;96:261-8.
7. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. OncoGuía del consejo y asesoramiento genéticos en el cáncer hereditario. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: CatSalut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
8. Collins PD, Mpofo C, Watson AJ, Rhodes JM. Strategies for detecting colon cancer and/or dysplasia in patients with inflammatory bowel disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006:CD000279.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Colonoscopic surveillance for prevention of colorectal cancer in people with ulcerative colitis, Crohn's disease or adenomas. London: NICE; 2011.
10. Anwar S, White J, Hall C, Farrell WE, Deakin M, Elder JB. Sporadic colorectal polyps: management options and guidelines. *Scand J Gastroenterol*. 1999;34:4-11.
11. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Colorectal Cancer: the diagnosis and management of colorectal cancer. London: NICE; 2011.