



cancer.org | 1.800.227.2345

DetECCIÓN temprana, diagnóstico y clasificación por etapas

DetECCIÓN y diagnóstico

Encontrar el cáncer cuando se encuentra en sus etapas iniciales a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones de tratamiento. En algunos casos de la enfermedad en etapa inicial surgen signos y síntomas que pueden ser notados, pero esto no siempre es así.

- [¿Se pueden detectar los pólipos y el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales?](#)
- [Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas para detectar el cáncer colorrectal](#)
- [Cobertura de seguro médico para la detección del cáncer colorrectal](#)
- [Signos y síntomas del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal](#)
- [Cómo entender su informe de patología: adenocarcinoma invasivo de colon](#)

Etapas y pronóstico (prognosis)

Después del diagnóstico, la clasificación de la enfermedad según su etapa proporciona información importante sobre qué tanto se ha propagado el cáncer en el cuerpo, así como información anticipada sobre la respuesta que habrá con el tratamiento.

- [Etapas del cáncer colorrectal](#)
- [Tasas de supervivencia por etapas para el cáncer colorrectal](#)

Preguntas que deben responderse acerca del cáncer de colon o de recto

A continuación se presentan algunas de las preguntas que puede hacer a su equipo de profesionales médicos contra el cáncer para que le ayuden a entender mejor su diagnóstico de cáncer y opciones de tratamiento.

- [¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer colorrectal?](#)

¿Se pueden detectar los pólipos y el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales?

Las pruebas de detección se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer o precáncer en las personas que no presentan ningún síntoma de la enfermedad. Las pruebas periódicas de detección del cáncer colorrectal son una de las armas más poderosas contra el cáncer colorrectal.

A menudo, Las pruebas de detección también pueden ayudar a encontrar el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales, cuando es pequeño, no se ha propagado y es más fácil de tratar. **Hacerse las pruebas de detección de forma rutinaria incluso puede prevenir el cáncer colorrectal.** Un pólipo puede que tome tanto como de 10 a 15 años para que se convierta en cáncer colorrectal. Con las pruebas de detección, los médicos pueden encontrar y extirpar los pólipos antes de que tengan la oportunidad de convertirse en cáncer.

¿Por qué es importante hacer las pruebas de detección del cáncer colorrectal?

El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer, tanto para hombres como para mujeres, en los Estados Unidos. Sin embargo, la tasa de muertes (el número de muertes por año por cada 100,000 personas) a causa del cáncer colorrectal ha estado disminuyendo durante varias décadas. Una razón para esta disminución consiste en que en la actualidad los pólipos se descubren con más frecuencia mediante las pruebas de detección y se extraen antes de que se conviertan en cáncer.

Cuando se descubre en etapa inicial, antes de que se propague, la tasa relativa de supervivencia a 5 años para el cáncer colorrectal es aproximadamente 90%. Sin embargo, solamente alrededor de 4 de cada 10 casos de cáncer colorrectal se encuentran en esa etapa inicial. Cuando el cáncer se ha propagado fuera del colon o del recto, las tasas de supervivencia son más bajas.

Desafortunadamente, alrededor de 1 de cada 3 personas en los Estados Unidos que requiere someterse a las pruebas de detección del cáncer colorrectal nunca lo ha hecho. Puede que esto se deba a que ignoran que hacerse las pruebas de detección de forma periódica podría salvarles la vida de esta enfermedad, o puede que se deba cuestiones relacionadas con el costo y la cobertura médica.

Refiérase a la sección sobre [pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)¹ para información más detallada al respecto. Las [Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer colorrectal](#)² proporcionan nuestros lineamientos para el uso de estas pruebas para encontrar pólipos y cáncer colorrectal.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer.html>
3. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)³

Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer colorrectal

Para las personas con riesgo promedio

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las personas que tienen un riesgo promedio* de padecer cáncer colorrectal **comiencen las pruebas de detección periódicas a la edad de 45 años**. Esto se puede hacer con una prueba sensible para detectar signos de cáncer en las heces fecales (excremento) de una persona, o con un examen para observar el colon y el recto (un examen visual). Estas opciones se describen a continuación.

Las personas en buen estado de salud que tengan una esperanza de vida de más de 10 años deben continuar haciéndose las pruebas de detección en forma periódica hasta la **edad de 75 años**.

Para las personas de **76 a 85 años**, la decisión de someterse a las pruebas de detección debe basarse en preferencias, esperanza de vida, estado de salud general y en los resultados de las pruebas de detección realizadas anteriormente.

Las personas de **más de 85 años** ya no necesitan hacerse las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

*Para efectos de detección, se considera que una persona tiene un riesgo promedio si **no** presenta:

- Antecedente personal de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos
- Antecedente familiar de cáncer colorrectal
- Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o

- enfermedad de Crohn)
- Síndrome de cáncer colorrectal hereditario confirmado o sospechado, como poliposis adenomatosa familiar (FAP) o síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC)
 - Antecedente personal de radiación dirigida al abdomen (vientre) o al área pélvica para tratar un cáncer previo

Opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal

Se dispone de varias opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal:

Pruebas de heces fecales

- Prueba inmunoquímica fecal altamente sensible (FIT) cada año
- Prueba de sangre oculta en heces fecales basada en guayacol (gFOBT) altamente sensible cada año
- Prueba multidirigida de ADN en heces fecales (MT-sDNA) cada 3 años

Exámenes visuales (estructurales) del colon y del recto

- Colonoscopia cada 10 años
- Colonografía CT (colonoscopia virtual) cada 5 años
- Sigmoidoscopia flexible (FSIG) cada 5 años

Se deben tener en cuenta algunas diferencias entre estas pruebas (vea [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)¹), pero lo más importante es hacerse la prueba, independientemente de la prueba que escoja. Consulte con su médico sobre las pruebas que pueden ser buenas opciones para usted, y con un representante de su [seguro médico acerca de la cobertura](#)².

Si una persona decide someterse a una prueba que no sea la colonoscopia, y surge cualquier resultado anormal, se debe hacer una colonoscopia.

Para las personas con alto o mayor riesgo

Las personas con alto o mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal tal vez necesiten

comenzar las pruebas de detección antes de los 45 años, hacérselas con más frecuencia y/o someterse a pruebas específicas. Esto incluye a personas con:

- Antecedente familiar marcado de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos (consulte [Factores de riesgo del cáncer colorrectal](#)³)
- Antecedente personal de cáncer colorrectal o de ciertos tipos de pólipos
- Antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn)
- Antecedente familiar conocido de síndrome de cáncer colorrectal hereditario, como poliposis adenomatosa familiar (FAP) o síndrome de Lynch (también conocido como cáncer de colon hereditario sin poliposis o HNPCC)
- Antecedente personal de radiación dirigida al abdomen (vientre) o al área pélvica para tratar un cáncer previo

La Sociedad Americana Contra El Cáncer no provee guías de detección específicamente para las personas con alto o mayor riesgo de padecer cáncer colorrectal. Sin embargo, algunas organizaciones médicas profesionales, como *US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer (USMSTF)*, proveen tales guías. Estas guías son complejas y es preferible que las discuta con su médico. En general, estas guías dividen a las personas en varios grupos (aunque los detalles dependen de los factores de riesgo específicos de cada persona).

Personas con un mayor riesgo de cáncer colorrectal

Personas con uno o más familiares que han tenido cáncer de colon o cáncer de recto

Las recomendaciones de pruebas de detección para estas personas dependen de quiénes en la familia padecieron cáncer y qué edades tenían esos familiares cuando fueron diagnosticados. Algunas personas con un antecedente familiar pueden seguir las recomendaciones para adultos de riesgo promedio, pero otras personas tal vez necesiten hacerse una colonoscopia (y no cualquier otro tipo de prueba) con más frecuencia, y posiblemente antes de los 45 años.

Personas con ciertos tipos de pólipos extirpados durante una colonoscopia

La mayoría de estas personas necesitará nuevamente una colonoscopia después de 3 años, pero algunas personas podrían necesitar una colonoscopia antes (o después) de 3 años, dependiendo del tipo, el tamaño y el número de pólipos.

Personas que han padecido cáncer de colon o cáncer de recto

La mayoría de estas personas necesitará empezar las colonoscopias con regularidad dentro de un año de la cirugía para extirpar el cáncer. Otros procedimientos, como la ecografía, también se pueden recomendar para algunas personas con cáncer rectal, dependiendo del tipo de cirugía que se realizó.

Personas que recibieron radiación en el abdomen (vientre) o el área pélvica para tratar un cáncer previo

La mayoría de estas personas tendrá que empezar a hacerse colonoscopias a una edad más temprana (dependiendo de la edad que tenían cuando recibieron la radiación), y puede que necesiten hacerse las pruebas de detección más a menudo de lo normal (por ejemplo, al menos cada 5 años).

Personas con alto riesgo de cáncer colorrectal

Personas con enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa)

Por lo general, estas personas necesitan hacerse colonoscopias (no cualquier otro tipo de prueba) cada 1 a 2 años, a partir de una edad más temprana.

Personas que se sabe o se sospecha tienen ciertos síndromes genéticos

Generalmente estas personas necesitan hacerse una colonoscopia (no cualquiera de las otras pruebas). A menudo, se recomienda que las pruebas de detección comiencen a una edad temprana, posiblemente tan temprano como la adolescencia en caso de algunos síndromes. Además, es necesario hacer las pruebas con mucha más frecuencia. El tipo de síndrome genético que padece, así como otros factores, se toman en consideración.

Si usted tiene un alto o mayor riesgo de cáncer colorrectal (o cree que podría tenerlo), hable con su médico para que obtenga más información. Su médico puede sugerir la mejor opción de detección para usted, así como determinar el plan de pruebas que debe seguir, basándose en su riesgo individual.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico->

- [clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html](#)
2. [/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/deteccion-cobertura-leyes.html](#)
 3. [/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html](#)
 4. [/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html](#)
 5. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)⁴

Actualización más reciente: mayo 30, 2018

Pruebas para detectar el cáncer colorrectal

Las pruebas y exámenes de detección se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer en las personas que no presentan ningún síntoma. Se pueden usar varias pruebas para detectar el cáncer colorrectal (consulte [Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer colorrectal](#)¹). Estas pruebas pueden ser divididas en dos grupos principales:

- **Pruebas de heces fecales** Por medio de estas pruebas se examinan las heces fecales (excremento) para saber si hay signos de cáncer. Estas pruebas son menos invasivas y fáciles de realizar, pero necesitan realizarse con más frecuencia.
- **Exámenes visuales (estructurales):** Con estas pruebas se observa la estructura del colon y el recto para detectar cualquier área anormal. Se puede hacer con un endoscopio (un instrumento parecido a un tubo con una cámara diminuta y una fuente de luz en el extremo) que se inserta en el recto o con estudios por imágenes especiales (rayos X).

Cada una de estas pruebas tiene ventajas y desventajas diferentes (véase la tabla a continuación), y algunas de estas pruebas podrían ser mejores opciones para usted que otras. Pero lo más importante es hacerse la prueba, independientemente de la prueba que usted elija.

Si usted decide hacerse una prueba que no sea la colonoscopia, y surge cualquier resultado anormal, se debe hacer una colonoscopia.

Estas y otras pruebas también se pueden hacer cuando la persona presenta [síntomas de cáncer colorrectal](#)² o de otras enfermedades digestivas, tal como enfermedad inflamatoria intestinal.

Pruebas de heces fecales

Por medio de estas pruebas se examinan las heces fecales (excremento) para saber si hay posibles signos de cáncer colorrectal (o pólipos). Muchas personas consideran que estas pruebas son más fáciles de hacer que exámenes como la colonoscopia. Además, generalmente estas pruebas se pueden hacer en su casa. Sin embargo, es necesario realizar estas pruebas con más frecuencia. Además, si el resultado de una de estas pruebas de heces fecales es positivo (anormal), usted necesitará hacerse una colonoscopia para saber si tiene cáncer.

Prueba inmunoquímica fecal (FIT)

Una manera de realizar una prueba para el cáncer colorrectal consiste en detectar sangre oculta en las heces fecales. Este tipo de prueba se hace porque a menudo los vasos sanguíneos más grandes de los pólipos o los cánceres colorrectales son frágiles y se lesionan fácilmente durante el paso del excremento. Por lo general, los vasos dañados liberan sangre en el colon o el recto, pero sólo en pocas ocasiones hay suficiente sangre visible en el excremento.

A la prueba inmunoquímica fecal (*fecal immunochemical test*, FIT), también se le llama *prueba inmunoquímica de sangre oculta en las heces fecales* (iFOBT). La prueba FIT se hace para saber si hay sangre oculta en la materia fecal. Esta prueba reacciona con parte de la proteína de la hemoglobina humana que se encuentra en los glóbulos rojos.

Para esta prueba, se recogen pequeñas cantidades de heces en tarjetas (o en tubos). Usted puede hacer esta prueba en la privacidad de su hogar. A diferencia de la gFOBT (vea información más adelante), no existen restricciones relacionadas con medicamentos o alimentos antes de la prueba (las vitaminas y los alimentos no afectan la prueba FIT) y la toma de las muestras puede ser más fácil. Además, es menos probable que esta prueba reaccione con el sangrado proveniente de otras partes del tracto digestivo, como el estómago.

Esta prueba debe realizarse cada año, a diferencia de algunas otras pruebas (como las pruebas visuales descritas más adelante).

Si los resultados de la prueba son positivos (si se detecta sangre oculta), se requerirá de una colonoscopia para hacer un estudio más a fondo. Aunque la sangre en las heces fecales puede deberse a cáncer o a pólipos, también puede tener otras causas, tales como úlceras, hemorroides u otras afecciones.

Cómo obtener las muestras: El médico le dará los suministros que necesita para hacer la prueba. Tenga listos todos los suministros en un solo lugar. Por lo general, los suministros incluyen un kit de prueba, tarjetas o tubos para la prueba, cepillos largos u otros dispositivos de recogido, bolsas de desecho y un sobre para enviar la muestra por correo. En el kit de prueba se proveerá instrucciones detalladas sobre cómo obtener las muestras. **Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit, ya que distintos kits podrían tener instrucciones diferentes.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el kit, comuníquese con la oficina de su doctor o con el personal de la clínica. Una vez que haya obtenido las muestras, devuélvalas según las instrucciones que se incluyen en el kit.

Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT)

La prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) detecta sangre oculta en el excremento a través de una reacción química, de una manera diferente que la prueba FIT. Pero al igual que la FIT, esta prueba no puede indicar si la sangre proviene del colon o de otras partes del tracto digestivo (por ejemplo, el estómago).

La Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda las versiones más modernas altamente sensibles de esta prueba para la detección.

Se debe realizar cada año, a diferencia de algunas otras pruebas (como las pruebas visuales descritas más adelante).

Esta prueba se hace con un kit que puede usarse en la privacidad de su hogar y que permite que usted tome más de una muestra del excremento. *Una FOBT que se realice en el consultorio médico durante el tacto rectal (que solo examina una muestra de excremento) no es suficiente como prueba de detección eficaz, ya que probablemente pase por alto la mayoría de los cánceres colorrectales.*

Si los resultados de la prueba son positivos (si se detecta sangre oculta), se requerirá de una colonoscopia para encontrar la causa del sangrado. Simplemente repetir esta prueba o hacer seguimiento con otras pruebas distintas a la colonoscopia no es suficiente.

Antes del examen: Algunos alimentos o medicamentos pueden afectar los resultados de esta prueba. Por lo tanto, se le puede indicar que evite lo siguiente antes de la prueba:

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) como ibuprofeno (Advil), naproxeno (Aleve) o aspirina durante 7 días antes de la prueba. (Pueden causar sangrado que puede conducir a un resultado positivo falso). **Nota:** Antes de la prueba, las personas deben tratar de evitar los NSAID que se usan contra dolores menores. No obstante, si usted toma estos medicamentos diariamente para problemas cardíacos u otras afecciones no los suspenda a causa de esta prueba sin antes consultar con su médico.
- Más de 250 mg de vitamina C al día provenientes ya sea de suplementos o de frutas y jugos cítricos durante 3 días antes de la prueba. (Esto puede afectar las sustancias químicas en la prueba y provocar que el resultado sea negativo, aun cuando hay sangre).
- Carne roja (res, cordero o hígado) durante 3 días antes de la prueba. (Los componentes de la sangre en la carne podrían causar que el resultado de la prueba sea positivo).

Algunas personas que reciben la prueba, nunca se la hacen o no la devuelven, ya que les preocupa que algo que hayan comido pueda afectar la prueba. Incluso si temiera que algo que comió haya alterado la prueba, lo más importante es hacerse la prueba.

Cómo obtener las muestras: Las personas que se someten a esta prueba reciben un kit con instrucciones del consultorio médico o de la clínica. Las instrucciones le indicarán cómo obtener muestras de excremento en su casa (generalmente muestras

de tres evacuaciones consecutivas que se colocan en pequeños cuadros de papel). Luego el kit se devuelve al consultorio del médico o a un laboratorio clínico (usualmente en 2 semanas) para su posterior análisis.

Cuando vaya a realizar la prueba, tenga listos todos los suministros en un solo lugar. Por lo general, los suministros consisten en un kit de prueba, tarjetas para la prueba, un cepillo o aplicador de madera y un sobre para enviar la muestra por correo. En el kit de prueba se proveerá instrucciones detalladas sobre cómo obtener las muestras de heces fecales. **Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit, ya que distintos kits podrían tener instrucciones diferentes.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el kit, comuníquese con la oficina de su doctor o con el personal de la clínica. Una vez que haya obtenido las muestras, devuélvalas según las instrucciones que se incluyen en el kit.

Prueba de ADN en las heces fecales

Una prueba de ADN en las heces fecales (también conocida como prueba multidirigida de ADN en heces fecales o MT-sDNA) identifica ciertas secciones anormales de ADN provenientes del cáncer o de células de pólipos. A menudo, las células de los cánceres colorrectales o de los pólipos contienen mutaciones de ADN (cambios) en ciertos genes. Las células con estas mutaciones a menudo llegan hasta las heces fecales, y las pruebas pueden detectarlas. La prueba Cologuard[®], la única disponible actualmente, indica si hay cambios de ADN y sangre en las heces fecales.

Cómo obtener las muestras: Usted recibirá un kit en el correo para obtener la muestra total de sus heces fecales (excremento) en su casa. El kit contiene un recipiente de muestra, un soporte para sostener el recipiente en el inodoro, una botella de líquido conservante, un frasco, etiquetas y una caja de envío. Además, el kit incluye instrucciones detalladas sobre cómo obtener la muestra. **Asegúrese de seguir las instrucciones que vienen con el kit.** Si tiene alguna duda sobre cómo usar el kit, comuníquese con la oficina de su doctor o con el personal de la clínica. Una vez que haya obtenido la muestra, devuélvala según las instrucciones que se incluyen en el kit.

Esta prueba debe hacerse cada 3 años. Si la prueba es positiva (si se descubre sangre o cambios de ADN), se necesitará una colonoscopia.

Exámenes visuales (estructurales)

Con estas pruebas se observa la estructura del interior del colon y del recto para detectar cualquier área anormal que pueda ser cáncer o pólipos. Estas pruebas se pueden hacer con menos frecuencia que las pruebas de heces fecales, pero requieren

más preparación con anticipación. Además, puede que haya algunos riesgos que no se presentan con las pruebas de heces fecales.

Colonoscopia

Para este examen, el médico examina el colon y el recto en toda su extensión con un colonoscopio, un tubo flexible del grosor aproximado de un dedo que tiene una luz y una pequeña cámara de video en el extremo. Se introduce por el ano hacia el recto y el colon. A través del colonoscopio, se pueden pasar instrumentos especiales para hacer una biopsia (muestra) o extirpar cualquier área que se vea sospechosa, como pólipos, de ser necesario.

Antes del examen: Asegúrese de informar a su médico sobre cualquier medicamento que esté tomando (incluyendo aspirina, vitaminas o suplementos que tome diariamente). Puede que necesite cambiar la manera en que lo toma antes del examen.

El colon y el recto se tienen que vaciar y limpiar para que su médico pueda observar el revestimiento interno en su totalidad durante el examen. Hay diferentes maneras de hacer esto, incluyendo píldoras, líquidos y enemas (o combinaciones de éstos). Por ejemplo, puede que necesite beber muchas cantidades de un laxante líquido la noche antes del procedimiento. Esto a menudo conlleva pasar mucho tiempo en el baño. Debido a que el proceso de limpieza del colon y del recto a veces es desagradable, esto puede ocasionar que algunas personas opten por no hacerse esta prueba. Sin embargo, se dispone de kits más nuevos para limpiar el intestino que pueden tolerarse mejor que los anteriores. Su médico puede explicarle sus opciones.

Su médico le dará instrucciones específicas. Es importante que usted lea cuidadosamente estas instrucciones unos días antes del procedimiento, ya que puede que necesite seguir una dieta especial al menos un día antes del examen y comprar suministros y laxantes. Si tiene dudas acerca de las instrucciones, llame al consultorio médico y obtenga respuestas a sus preguntas.

También es probable que le pidan que no coma ni beba nada después de cierta hora de la noche anterior al examen. Si usted normalmente toma medicamentos en las mañanas, hable con su médico o enfermera sobre qué debe hacer ese día en relación con sus medicamentos.

Debido a que se utiliza un sedante para ayudar a que se sienta más cómodo durante la prueba, usted muy probablemente necesitará coordinar con alguien para que le lleve a su casa después de la prueba. Puede que necesite a alguien para ayudarlo en su hogar si usted está soñoliento o mareado. Por lo tanto, muchos centros que realizan colonoscopias no envían a las personas a la casa en un taxi o en un servicio de

transporte compartido. Si el transporte es un problema, hable con su proveedor de atención médica acerca de la política del hospital o centro quirúrgico para usar uno de estos servicios. Puede que se disponga de otros recursos para llevarle a su casa, dependiendo de la situación.

Durante el examen: Por lo general, el examen en sí toma aproximadamente unos 30 minutos, pero puede que tome más tiempo si se detecta y extirpa uno o más pólipos. Antes de comenzar la prueba, a usted probablemente se le administrará un sedante (en una vena) que le hará sentir relajado y soñoliento durante el procedimiento. Para la mayoría de las personas, este medicamento ocasiona que no puedan recordar el procedimiento. Usted se despertará después de que finalice el examen, pero podría no estar completamente despierto sino hasta más tarde en el día.

Durante la prueba, se le pedirá que se acueste de lado, con las rodillas flexionadas. Usted estará cubierto con una sábana. Durante el examen y después de este, se le tomarán la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.

Su médico puede insertar un dedo cubierto con un guante en el recto para examinarlo antes de insertar el colonoscopio. El colonoscopio se lubrica para facilitar su introducción en el recto. Una vez en el recto, se pasa el colonoscopio hasta que llega al inicio del colon (llamado el ciego).

Si usted está despierto, puede sentir deseos de evacuar al introducirse el colonoscopio, o al hacerse ascender hacia el colon. El médico también bombea aire al colon a través del colonoscopio para facilitar la visión del revestimiento del colon y el uso de los instrumentos para realizar el examen. Para aliviar la molestia que esto produce, puede que ayude respirar profunda y lentamente por la boca.

El médico observará las paredes internas del colon conforme retire lentamente el colonoscopio. Si se encuentra un pólipo pequeño, se puede extraer y enviar a un laboratorio para saber si tiene áreas que se hayan tornado cancerosas, ya que algunos pólipos pequeños pueden convertirse en cáncer con el tiempo.

Si su médico observa un pólipo o tumor más grande o cualquier otra anomalía, se extrae un pequeño fragmento del mismo (para hacer una biopsia) a través del colonoscopio. La muestra se examina en el laboratorio para saber si es cáncer, un crecimiento benigno (no canceroso), o algo distinto.

Posibles complicaciones y efectos secundarios: La preparación del intestino antes del examen puede ser desagradable.

El examen en sí puede causar molestia, pero el sedante usualmente alivia esto, y la

mayoría de las personas regresan a la normalidad una vez que desaparecen los efectos del sedante. Debido a que se bombea aire en el colon y el recto durante el examen, algunas personas presentan inflamación abdominal, dolores por gas, o cólicos durante un tiempo después del examen hasta que se expulsa el aire.

Algunas personas pueden presentar baja presión sanguínea o cambios en el ritmo cardiaco debido al sedante que se aplica durante el examen, aunque estos efectos usualmente no son graves.

Si se extirpa un pólipo o se realiza una biopsia durante la colonoscopia, podrá notar un poco de sangre en sus excrementos por un día o dos después del examen. El sangrado profuso es poco común, aunque en raras ocasiones puede requerir tratamiento o incluso puede ser potencialmente mortal.

La colonoscopia es un procedimiento seguro, pero en pocas ocasiones el colonoscopio puede perforar la pared del colon o del recto. Esto se conoce como una *perforación*. Los síntomas pueden incluir calambres abdominales intensos, náuseas y vómitos. Esta puede ser una complicación mayor (o incluso potencialmente mortal), ya que puede dar lugar a infección abdominal grave. Puede que sea necesario reparar el orificio con cirugía. Pregunte a su médico sobre el riesgo de esta complicación.

Colonografía por CT (colonoscopia virtual)

Este examen es un tipo avanzado de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) del colon y del recto. En una tomografía computarizada (CT) se utilizan rayos X, pero en lugar de tomar una fotografía, como la radiografía convencional, se toman muchas imágenes al tiempo que un dispositivo rota a su alrededor mientras usted se encuentra acostado en una camilla. Luego, una computadora combina estas fotografías en imágenes detalladas de la parte del cuerpo que se está estudiando.

En la colonografía por CT, unos programas especiales de computadora crean imágenes radiológicas en dos dimensiones y una vista tridimensional del interior del colon y del recto, lo que permite al médico detectar pólipos o cáncer.

Este estudio se puede usar especialmente en las personas que no pueden o no quieren someterse a un examen más invasivo, como una colonoscopia. Se puede realizar con bastante rapidez y no requiere de un sedante.

A pesar de que este estudio no es invasivo como una colonoscopia, se necesita el mismo tipo de preparación intestinal. Para este examen, también se introduce un tubo pequeño y flexible en el recto para llenar de aire el colon y el recto. Además, si se observan pólipos u otras áreas sospechosas en esta prueba, aún será necesario

realizar una colonoscopia para extirparlos o examinarlos totalmente.

Antes del examen: Para obtener buenas imágenes, es importante que se vacíen el colon y el recto antes del examen. Es probable que le indiquen que ingiera líquidos claros al menos un día antes del examen. Existen varias maneras de limpiar el colon y el recto antes del examen. A menudo, la noche antes del procedimiento se toman grandes cantidades de laxante, lo que a menudo conlleva pasar mucho tiempo en el baño. En ocasiones, se requiere tomar más laxantes la mañana del examen o aplicar enemas para asegurarse de que los intestinos estén vacíos. Se dispone de kits más nuevos para limpiar el intestino que pueden tolerarse mejor que los anteriores. Su médico puede discutir las opciones con usted.

Durante el examen: Este examen se hace con una tomografía computarizada en una sala especial, y sólo requiere unos 10 minutos. Es posible que le pidan que se tome una solución de contraste antes del examen para ayudar a “marcar” cualquier excremento remanente en el colon o el recto, lo que ayudará al médico cuando observe las imágenes. Le pedirán que se acueste en una camilla estrecha que es parte del explorador CT, y se insertará un tubo pequeño y flexible en el recto. A través del tubo se bombea aire en el colon y el recto para expandirlos y así obtener mejores imágenes. Entonces la camilla se desliza hacia el explorador de CT, y a usted le pedirán que aguante la respiración por aproximadamente 15 segundos mientras se hace el estudio. Puede que se someta a dos estudios: uno mientras usted está acostado sobre su espalda y otro mientras está boca abajo o de lado.

Posibles complicaciones y efectos secundarios: Por lo general, se presentan pocos efectos secundarios, en comparación con la colonoscopia, después del examen. Puede que presente inflamación abdominal o cólicos debido al aire en el colon y el recto, pero esto debe desaparecer conforme se elimina el aire del cuerpo. Al inflar el colon con aire, existe un riesgo mínimo de causar daño o perforar el colon, pero se cree que este riesgo es mucho menor con este procedimiento que con la colonoscopia. Al igual que otros tipos de tomografías computarizadas (CT scans), este estudio también puede exponerle a una pequeña cantidad de radiación.

Sigmoidoscopia flexible

Durante este examen, el médico observa parte del colon y del recto con un sigmoidoscopio (un tubo flexible del grosor aproximado de un dedo que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara de video en el extremo). El sigmoidoscopio se introduce por el ano y se dirige al recto para llegar a la parte inferior del colon. Las imágenes que se obtienen del endoscopio se observan en una pantalla de video.

Su médico puede usar el sigmoidoscopio para observar el interior del recto y parte del

colon con el fin de detectar (y posiblemente extirpar) cualquier anomalía. El sigmoidoscopio mide sólo alrededor de 60 centímetros (aproximadamente 2 pies) de largo de modo que el médico puede observar todo el recto, pero menos de la mitad del colon con este procedimiento.

Esta prueba no se utiliza ampliamente como una prueba de detección para el cáncer colorrectal en los Estados Unidos.

Antes del examen: Asegúrese de informar a su médico sobre cualquier medicamento que esté tomando. Puede que necesite cambiar la manera en que lo toma antes del examen.

Los intestinos se tienen que vaciar y limpiar para que su médico pueda observar el revestimiento del colon sigmoide y del recto. Se le proporcionará instrucciones específicas para esto. Es posible que le pidan que siga una dieta especial (por ejemplo, beber líquidos claros solamente) o aplicarse enemas o tomar laxantes potentes el día antes del examen para limpiar el colon y el recto.

Durante el examen: Por lo general, la sigmoidoscopia toma aproximadamente de 10 a 20 minutos. La mayoría de las personas no necesita recibir un sedante para este examen, aunque esto puede ser una opción que usted puede dialogar con su médico. El sedante puede provocar que el examen cause menos molestia, pero usted necesitará tiempo para recuperarse. Por lo tanto, necesitará que alguien le acompañe para que le lleve a su casa después de finalizar el examen.

Probablemente le pedirán que se acueste en una camilla sobre el lado izquierdo con las rodillas dobladas hacia el pecho. Antes del examen, es posible que su médico inserte un dedo cubierto con un guante lubricado en su recto para examinarlo. Para el examen en sí, el sigmoidoscopio se lubrica primero para facilitar su introducción en el recto. Al introducir el endoscopio, puede sentirse algo frío. Para que el médico pueda ver mejor el revestimiento interno, se bombeará aire hacia el colon y el recto a través del sigmoidoscopio.

Si no le han administrado un sedante durante el procedimiento, es posible que usted sienta presión y cólicos ligeros en la región inferior del abdomen. Para aliviar la molestia que esto produce y los deseos de evacuar, puede que ayude respirar profunda y lentamente por la boca. Después del examen, cuando el aire salga del colon, se sentirá mejor.

Si se encuentran pólipos durante el examen, su médico puede extirparlos con un pequeño instrumento que se pasa a través del endoscopio. Los pólipos se examinarán en el laboratorio. Si se encuentra un pólipo precanceroso (un adenoma) o cáncer

colorrectal, usted necesitará una colonoscopia posteriormente para detectar pólipos o cáncer en el resto del colon.

Posibles complicaciones y efectos secundarios: Este examen puede ser algo incómodo debido al aire que se introduce en el colon y el recto, pero no debe ser doloroso. Asegúrese de informar a su médico si siente dolor durante el procedimiento. Puede que vea una pequeña cantidad de sangre en las evacuaciones durante uno o dos días después del examen. El sangrado profuso y la perforación del colon o del recto pueden ser posibles complicaciones, aunque no ocurren con frecuencia.

¿Cuáles son algunas de las ventajas y desventajas de estas pruebas de detección?

Prueba	Ventaja	Desventaja
Prueba inmunoquímica fecal (FIT)	<ul style="list-style-type: none"> No presenta riesgo directo al colon No requiere preparación intestinal No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba Muestra tomada en su casa Bastante económica 	<ul style="list-style-type: none"> Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos cánceres Puede dar resultados positivos falsos Se requiere cada año Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia
Prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT)	<ul style="list-style-type: none"> No presenta riesgo directo al colon No requiere preparación intestinal Muestra tomada en su casa Es económica 	<ul style="list-style-type: none"> Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos cánceres Puede dar resultados positivos falsos Se necesitan cambios en la dieta (y posiblemente cambios en los medicamentos) antes de la prueba Se requiere cada año Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia
Prueba de ADN en las heces fecales	<ul style="list-style-type: none"> No presenta riesgo directo al colon 	<ul style="list-style-type: none"> Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos cánceres

	<p>No requiere preparación intestinal</p> <p>No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba</p> <p>Muestra tomada en su casa</p>	<p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Debe hacerse cada 3 años</p> <p>Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia</p> <p>Aún es bastante nueva – puede haber problemas con la cobertura del seguro</p>
Colonoscopia	<p>Generalmente se puede observar todo el colon</p> <p>Puede hacerse biopsia y extirpar pólipos</p> <p>Se hace cada 10 años</p> <p>Puede ayudar a encontrar otras enfermedades</p>	<p>Puede pasar por alto pólipos pequeños</p> <p>Requiere preparación total del intestino</p> <p>Más costosa si se compara el costo de la sola prueba con las otras pruebas</p> <p>Generalmente es necesaria la sedación, cuyo caso se necesita que alguien le acompañe en su casa</p> <p>Puede que necesite ausentarse del trabajo por un día</p> <p>Presenta un pequeño riesgo de sangrado, infección o perforación intestinal</p>
Colonografía por CT (colonoscopia virtual)	<p>Relativamente rápida y segura</p> <p>Generalmente se puede observar todo el colon</p> <p>Se hace cada 5 años</p> <p>No requiere sedación</p>	<p>Puede pasar por alto pólipos pequeños</p> <p>Requiere preparación total del intestino</p> <p>Puede producir algunos resultados positivos falsos</p> <p>Se expone a una pequeña cantidad de radiación</p> <p>No pueden extirparse pólipos durante la prueba</p> <p>Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia</p> <p>Aún es bastante nueva – puede haber problemas con la cobertura del seguro</p>

Sigmoidoscopia flexible	<p>Relativamente rápida y segura</p> <p>Por lo general, no requiere de preparación total del intestino</p> <p>Por lo general, no se usa sedación</p> <p>No requiere de un especialista</p> <p>Se hace cada 5 años</p>	<p>No se utiliza ampliamente como prueba de detección</p> <p>Sólo se puede observar aproximadamente una tercera parte del colon</p> <p>Puede pasar por alto pólipos pequeños</p> <p>No puede extirpar todos los pólipos</p> <p>Puede causar algo de molestia</p> <p>Presenta un riesgo muy pequeño de sangrado, infección o perforación intestinal</p> <p>Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia</p>
-------------------------	---	---

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/recomendaciones-de-la-sociedad-americana-contra-el-cancer.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html>
3. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.

(www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)³

Actualización más reciente: mayo 30, 2018

Cobertura de seguro médico para la detección del cáncer colorrectal

La Sociedad Americana Contra El Cáncer sostiene que todas las personas deben tener acceso a las pruebas de detección del cáncer, sin importar si su seguro médico provee cobertura o no. Las limitaciones en la cobertura no deben obstruir la capacidad de que alguien se beneficie de las pruebas de detección temprana del cáncer. La Sociedad apoya las leyes que proveen acceso a todas las personas a las pruebas de detección temprana del cáncer y cobertura para las mismas. Estas leyes deben ajustarse a la edad y al riesgo, según las pruebas científicas vigentes que se explican en las [guías de detección temprana de la Sociedad Americana Contra El Cáncer](#)¹.

La ley federal

La Ley de [Atención Médica Accesible](#)² (ACA) requiere que tanto Medicare como las compañías aseguradoras cubran los gastos de las pruebas de detección del cáncer colorrectal debido a que son recomendadas por la *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF). La ley estipula que no debe haber desembolso alguno para los pacientes, tal como copagos ni deducibles, para estas pruebas de detección. Pero la definición de “prueba de detección” en ocasiones puede ser confusa, como se indica a continuación.

La USPSTF actualmente recomienda que las personas en riesgo promedio comiencen a hacerse las pruebas de detección a partir de los 45.

Esto no aplica a planes médicos que estaban en efecto antes que la ley fue aprobada en 2010, los cuales son referidos como “planes de derechos adquiridos”. Usted puede informarse si su plan de cobertura es con “derechos adquiridos” al ponerse en contacto con su compañía de seguro médico o a través del departamento de recursos humanos en su trabajo. Incluso si su plan es de “derechos adquiridos”, puede que aún tenga que cumplir con requisitos de cobertura exigidos por leyes estatales, las cuales varían, además de otras leyes federales.

Cobertura de seguro médico privado para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

La Ley de Atención Médica Accesible requiere que los planes de salud que comenzaron en o después del 23 de septiembre de 2010 cubran las [pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)³ que incluyen una gama de pruebas. En la mayoría de los casos no debe haber desembolso alguno para los pacientes, tal como copagos ni deducibles.

Para las personas que optan por una colonoscopia como prueba de detección

Muchas personas escogen que su prueba de detección sea una colonoscopia y aunque podrían no ser la opción adecuada para todos, sí puede ofrecer algunas ventajas, como el hecho de que requiere hacerse una vez cada 10 años. Si el médico observa algo anormal durante la colonoscopia, puede que se tome una muestra (biopsia) en ese instante, muy probablemente sin que requiera hacerse una prueba adicional.

Aunque muchos planes de salud privados cubren los costos para una colonoscopia como prueba de detección, es posible que usted tenga que pagar por algunos servicios. Revise su plan de atención médica para saber los detalles específicos, incluyendo si su médico está en la lista de “proveedores de salud” de su compañía de seguros. Si el médico no pertenece a la red de su plan de salud, puede que usted tenga que pagar más en efectivo. **Consulte con su compañía aseguradora en caso de haber algo de lo que no esté seguro(a).**

Al poco tiempo tras entrar en vigor la Ley de Atención Médica Accesible, algunas compañías aseguradoras consideraban que una colonoscopia ya no podría ser considerada como prueba de detección en los casos en los que se extirpaba un pólipo durante el procedimiento. En ese caso se consideraba una prueba de ‘diagnóstico’, y por lo tanto estaba sujeta a copagos y deducibles. Sin embargo, el Departamento de Servicios y Salud Pública de los EE.UU. ya aclarado que la extracción de un pólipo es una parte integral de una colonoscopia de detección, y que por lo tanto los pacientes afiliados a compañías privadas de seguro médico no deberán tener ningún desembolso para cubrir el costo (aunque esto no aplica a Medicare, como se indica a continuación).

Antes de someterse a una colonoscopia de detección, consulte con su compañía de seguro médico cuánto (si acaso algo) se espera que usted pague por dicho examen. Averigüe si esta cantidad podría cambiar en función de lo que se descubra durante el examen. Esto puede ayudar a evitar gastos imprevistos. Si usted llega a recibir facturas cuantiosas posteriormente, tal vez pueda disputarlas al apelar la decisión de la compañía aseguradora.

Para las personas que optan por otra alternativa (a la colonoscopia) como prueba de detección

Las opciones distintas a la colonoscopia también están disponibles y la gente podría optar por una de estas pruebas por una variedad de razones. Como ya se mencionó, la prueba de detección en sí debe estar cubierta por el plan de salud sin que haya copagos ni deducibles para el paciente. Pero si la prueba de detección que no sea una colonoscopia resulta en positivo (anormalidad), será necesario continuar con una colonoscopia. Algunas compañías aseguradoras consideran que dicha colonoscopia sería de **diagnóstico** (no de detección), por lo que se incurriría en un deducible o copago.

Antes de someterse a una prueba de detección, consulte con su plan de salud sobre qué podría implicar continuar con una colonoscopia como resultado de la prueba, y cuánto se esperaría que usted pague (en caso de que así fuera). Esto puede ayudar a evitar gastos imprevistos. Si usted llega a recibir facturas cuantiosas posteriormente, tal vez pueda disputarlas al apelar la decisión de la compañía aseguradora.

Cobertura de Medicare para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

El programa [Medicare](#)⁴ cubre un examen físico preventivo inicial para todos los beneficiarios. Este examen debe hacerse dentro del año de inscripción con Medicare. El examen físico “Bienvenido a Medicare” incluye la transferencia a servicios preventivos que ya están cubiertos por Medicare, incluyendo las [pruebas de detección para el cáncer colorrectal](#)⁵.

Si usted ha contado con el beneficio de Medicare Parte B por más de 12 meses, tiene incluida (sin costo para usted) una revisión médica anual con su médico general. Esta consulta tiene el objetivo de desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado para prevenir enfermedades y discapacidades. Su proveedor de atención médica deberá realizar con usted un cronograma de detección (como hacer una lista) de los servicios preventivos que deberá recibir, incluyendo la prueba de detección del cáncer de colon.

¿Qué pruebas de detección del cáncer colorrectal cubre Medicare?

Medicare ofrece cobertura para las siguientes pruebas, generalmente a partir de los 50 años:

Prueba anual de sangre oculta en las heces fecales (FOBT) o prueba inmunoquímica fecal (FIT) una vez cada 12 meses.

Prueba de ADN en las heces fecales (ColoGuard) cada 3 años para las personas de 50 a 85 años que no presenten síntomas de cáncer colorrectal y que no tengan un mayor riesgo de cáncer colorrectal.

Sigmoidoscopia flexible cada 4 años, pero no dentro de 10 años de haberse hecho una colonoscopia previa.

Colonoscopia

- Una vez cada dos años para las personas que tienen un alto riesgo (independientemente de la edad).
- Una vez cada 10 años para los beneficiarios que están en riesgo promedio.
- Cuatro años después de una sigmoidoscopia flexible para aquellas personas que están en riesgo promedio

Enema de bario de doble contraste si el médico opina que su valor como prueba diagnóstica es igual o mejor que la sigmoidoscopia flexible o la colonoscopia:

- Una vez cada 2 años para quienes están en riesgo mayor.
- Una vez cada 4 años para quienes están en riesgo promedio.

Actualmente, Medicare no cubre el costo de la **colonoscopia virtual** (colonografía por CT).

Lo mejor es hablar con un representante de su compañía de seguro médico si tiene preguntas sobre los costos, incluyendo los deducibles o copagos.

¿Cuánto tendría que pagar una persona que recibe Medicare por una prueba de detección de cáncer colorrectal?

- **Prueba anual de sangre oculta en las heces fecales (FOBT)/prueba inmunoquímica fecal (FIT):** cubierta sin ningún costo* (no paga coaseguro ni el deducible de la Parte B).
- **Prueba de ADN en las heces fecales (Cologuard):** cubierta sin ningún costo* para aquellas personas de 50 a 85 años, siempre y cuando no se encuentren en un mayor riesgo de cáncer colorrectal y no presenten síntomas de cáncer

colorrectal (sin coaseguro o deducible de la Parte B).

- **Sigmoidoscopia flexible:** cubierta sin ningún costo* (no paga coaseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección. **Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extrae una masa, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 20% del coaseguro y/o copago, o ambos (pero ya no habrá necesidad de pagar deducible de la Parte B).
- **Colonoscopia:** cubierta sin ningún costo* a cualquier edad (no paga coaseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección. **Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extrae una masa, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 20% del coaseguro y/o copago, o ambos (pero ya no habrá necesidad de pagar deducible).
- **Enema de bario de doble contraste:** usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios del médico. Si la prueba se hace en una clínica ambulatoria o un centro quirúrgico ambulatorio, usted también paga el copago del hospital.

Si se va a someter a una colonoscopia (o una sigmoidoscopia) de detección, asegúrese de averiguar cuánto tendría que pagar por el examen. También pregunta cuánto tendrá que pagar si un pólipo es extirpado o si se hace una biopsia. Esto puede ayudar a evitar gastos imprevistos. Puede que aún tenga que pagar por el kit de preparación intestinal, la anestesia o sedación, costos de patología o uso de las instalaciones. Puede que reciba una o más facturas por distintas partes del procedimiento provenientes de distintos proveedores o centros de atención médica.

Es importante tener en cuenta que si la prueba de detección que no sea una colonoscopia resulta en positivo (anormalidad), será necesario continuar con una colonoscopia. Por lo general, dicha colonoscopia se consideraría como colonoscopia de **diagnóstico** (no de detección), por lo que se incurriría en un deducible o copago que la persona tendría que cubrir.

**Este servicio está cubierto sin costo alguno siempre y cuando el médico acepte la cantidad que Medicare paga como pago total. Los médicos que no acepten la cantidad que Medicare paga como pago total están obligados a comunicárselo antes de ofrecer sus servicios.*

Cobertura de Medicaid para la detección del cáncer colorrectal

Los estados están autorizados a cubrir las pruebas de detección del cáncer colorrectal bajo sus programas de Medicaid. Pero a diferencia de Medicare, no existe una garantía

federal de que todos los programas de Medicaid estatales tengan que cubrir las pruebas de detección del cáncer colorrectal en las personas que no presentan síntomas. La cobertura de Medicaid para las pruebas de detección del cáncer colorrectal varía según el estado. Algunos estados cubren la prueba de sangre oculta en las heces fecales (FOBT), mientras que otros cubren la detección del cáncer colorrectal si un médico determina que la prueba es médicamente necesaria. En algunos estados, la cobertura varía según el plan de manejo del cuidado de Medicaid en el que la persona esté inscrita.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/saludable/encontrar-cancer-tempranamente/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-buscar-y-pagar-por-el-tratamiento/leyes-de-los-seguros-medicos/la-ley-de-atencion-medica.html
3. [/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html](http://content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html)
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-buscar-y-pagar-por-el-tratamiento/compreesion-del-seguro-medico/programas-financiados-por-el-gobierno/medicare-medicaid/cobertura-de-medicare-para-la-prevencion-y-deteccion-temprana-del-cancer.html
5. [/content/cancer/es/cancer/colon-rectal-cancer/deteccion-temprana/pruebas-de-deteccion-usadas.html](http://content/cancer/es/cancer/colon-rectal-cancer/deteccion-temprana/pruebas-de-deteccion-usadas.html)
6. [/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html](http://content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)
7. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)⁶

Actualización más reciente: mayo 19, 2021

Signos y síntomas del cáncer colorrectal

Es posible que el cáncer colorrectal no cause síntomas enseguida, pero de ser lo contrario, puede ocasionar uno o más de estos síntomas:

- Un cambio en los hábitos de evacuación como diarrea, estreñimiento o reducción del diámetro de las heces fecales (excremento) por varios días
- Una sensación de necesitar usar el inodoro que no desaparece después de haber tenido una evacuación intestinal
- Sangrado rectal con sangre roja brillante
- Sangre en las heces fecales que puede causar que las heces se vean oscuras
- Cólicos o dolor abdominal
- Debilidad y cansancio
- Pérdida inexplicable de peso

A menudo, los cánceres colorrectales pueden sangrar en el tracto digestivo. A veces la sangre se puede ver en las heces o causar que estas se vean más oscuras, pero a menudo las heces se ven normales. Pero con el pasar del tiempo, la pérdida de sangre se puede acumular y puede causar recuentos bajos de glóbulos rojos (anemia). En ocasiones, el primer signo de cáncer colorrectal es un análisis de sangre que muestra un bajo recuento de glóbulos rojos.

Muchos de estos síntomas son causados por afecciones distintas al cáncer colorrectal, tal como infecciones, hemorroides o síndrome de intestino irritable. No obstante, si tiene cualquiera de estos problemas, es importante que consulte con su médico de inmediato para que se pueda determinar la causa y recibir tratamiento de ser necesario. Refiérase a la sección sobre [pruebas para diagnosticar el cáncer colorrectal](#)¹.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.
(www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)²

Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal

Si usted presenta síntomas que pudieran deberse a cáncer colorrectal, o si una prueba de detección muestra algo anormal, su médico recomendará uno o más de los siguientes exámenes y pruebas para saber la causa.

Antecedentes médicos y examen médico

Su médico le preguntará acerca de su historial clínico para conocer los posibles

factores de riesgo, incluyendo sus antecedentes familiares. También se le preguntará si presenta cualquier síntoma y, de ser así, cuando comenzó y por cuánto tiempo lo ha tenido.

Como parte del examen físico, su médico examinará su abdomen para tratar de detectar masas u órganos que estén agrandados, y también examinará el resto de su cuerpo. También es posible que le hagan un examen digital del recto. Durante este examen, el médico se coloca un guante en la mano, inserta un dedo lubricado en el recto del paciente y palpa para determinar si hay cualquier área anormal.

Pruebas para detectar sangre en las heces fecales

Si usted acude al médico debido a que presenta síntomas (además de sangrado del recto o sangre en las heces), él o ella puede recomendar una prueba para comprobar si hay sangre en sus heces fecales que no se pueda ver a simple vista (oculta), lo que puede ser un signo de cáncer. Estos tipos de pruebas (prueba de sangre oculta en las heces fecales [FOBIT] o prueba inmunoquímica fecal [FIT]) se realizan en el hogar, y requieren obtener de 1 a 3 muestras de materia fecal de una evacuación. Para más información sobre cómo se hacen estas pruebas, consulte [Pruebas para detectar el cáncer colorrectal¹](#).

(Una prueba de sangre en heces fecales **no** debe ser la próxima prueba a realizarse si usted ya se hizo una prueba de detección que arrojó resultados anormales. En este caso debe hacerse una colonoscopia diagnóstica que se describe a continuación).

Análisis de sangre

Puede que su médico ordene ciertas pruebas de sangre para ayudar a determinar si usted tiene cáncer colorrectal. (Si usted ha sido diagnosticado con cáncer, estas pruebas pueden también utilizarse para ayudar a vigilar su enfermedad).

Recuento sanguíneo completo: esta prueba mide los diferentes tipos de células en su sangre. Puede indicar si tiene anemia (muy pocos glóbulos rojos). Algunas personas con cáncer colorrectal se vuelven anémicas porque el tumor ha sangrado durante mucho tiempo.

Enzimas hepáticas: también es posible que se haga una prueba de sangre para verificar su función hepática debido a que el cáncer colorrectal puede propagarse hacia el hígado.

Marcadores tumorales: en ocasiones, las células del cáncer colorrectal producen

sustancias, llamadas *marcadores tumorales* que se pueden detectar en la sangre. Los marcadores tumorales más comunes para el cáncer colorrectal son el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el CA 19-9.

Las pruebas sanguíneas para estos marcadores tumorales a veces pueden sugerir la presencia de cáncer colorrectal, pero no pueden usarse solas para detectar o diagnosticar el cáncer. Esto se debe a que los niveles del marcador tumoral pueden a veces ser normales en alguien que tiene cáncer y pueden ser anormales debido a otras razones aparte del cáncer.

Los marcadores tumorales se usan con más frecuencia junto con otras pruebas para darles seguimiento a los pacientes que ya han sido diagnosticados con cáncer colorrectal. Estas pruebas pueden mostrar lo bien que está funcionando el tratamiento o proveer una advertencia temprana de un cáncer que ha regresado.

Si los síntomas o resultados del examen de revisión física, o si los análisis sanguíneos sugieren que podría tener cáncer colorrectal, su médico podría recomendar otras pruebas. Con más frecuencia, se hace una colonoscopia, aunque algunas veces se pueden realizar primero otros exámenes.

Colonoscopia de diagnóstico

Una colonoscopia de diagnóstico es justo como una colonoscopia de detección, pero es realizada debido a que una persona sí presenta síntomas, o porque se encontró alguna anomalía en algún otro tipo de prueba de detección que se haya hecho.

Para este examen, el médico examina el colon y el recto en toda su extensión con un colonoscopio (un tubo delgado y flexible que tiene una fuente de luz y una pequeña cámara de video en el extremo). Se introduce a través del ano y hacia el recto y el colon. A través del colonoscopio, se pueden pasar instrumentos especiales para hacer una biopsia o extirpar cualquier área que se vea sospechosa, como pólipos, de ser necesario.

La colonoscopia se puede llevar a cabo en el departamento de servicios ambulatorios de un hospital, en una clínica o en el consultorio del médico.

Proctoscopia

Puede que esta prueba se haga si existe la sospecha de cáncer rectal. Para este examen, el médico examina por interior del colon y el recto mediante un proctoscopio (un tubo delgado y flexible que tiene una fuente de luz y una pequeña videocámara en

el extremo). Este instrumento es introducido a través del ano. El médico puede observar con detalle el revestimiento interno del recto a través del proctoscopio. Un tumor puede ser observado, medido y ubicado con exactitud. Por ejemplo, el médico puede ver qué tan cerca está el tumor a los dos músculos del esfínter que control el paso de la materia fecal.

Biopsia

Por lo general, si durante cualquier prueba diagnóstica o de detección se sospecha la presencia de un cáncer colorrectal, se realiza una biopsia durante la colonoscopia. En una biopsia, el médico extrae un fragmento de tejido con un instrumento especial que se pasa a través del endoscopio. Con menos frecuencia, es posible que se necesite extirpar quirúrgicamente parte del colon para hacer el diagnóstico. Refiérase al contenido (disponible en inglés) titulado [Testing Biopsy and Cytology Specimens for Cancer²](#) para consultar más información sobre los tipos de biopsias, cómo se usa el tejido en el laboratorio para diagnosticar el cáncer, y lo que indicarán los resultados.

Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia

Las muestras de biopsia (de la colonoscopia o la cirugía) se envían al laboratorio donde se examinan minuciosamente. Otras pruebas pueden sugerir que hay cáncer colorrectal, pero la única manera de confirmar esto es mediante la observación de la biopsia con un microscopio.

Si se descubre cáncer, también se le pueden hacer otras pruebas de laboratorio a las biopsias para ayudar a clasificar mejor el cáncer.

Pruebas genéticas: los médicos pueden identificar cambios genéticos específicos en las células cancerosas que pueden afectar la manera en que el cáncer es tratado, especialmente si el cáncer se ha propagado (metástasis). Por ejemplo, ahora los médicos usualmente hacen pruebas a las células para detectar cambios en los genes *KRAS* y *NRAS*. Algunos médicos también pueden hacer pruebas para detectar cambios en el gen *BRAF*. Los pacientes cuyos cánceres tienen mutaciones en estos genes por lo general no se benefician de tratamiento con ciertos [medicamentos de terapia dirigida contra el cáncer³](#).

Pruebas de MSI y MMR: por lo general, se realiza una prueba para determinar si las células del cáncer colorrectal muestran cambios genéticos llamados *inestabilidad de microsatélite* (MSI). También se pueden hacer pruebas para saber si las células cancerosas tienen cambios en cualquiera de los genes de reparación de discordancias (MMR) que incluyen *MLH1*, *MSH2*, *MSH6* y *PMS2*.

Los cambios en los gen MSI o el gen MMR (o en ambos) se observan a menudo en personas con [síndrome de Lynch](#)⁴ (HNPCC). La mayoría de los cánceres colorrectales no presentan altos niveles de MSI o cambios en los genes MMR. Pero la mayoría de los cánceres colorrectales que están vinculados al síndrome de Lynch sí tienen altos niveles de MSI o cambios en los genes MMR.

Existen dos posibles razones para realizar estas pruebas de MSI o de cambios en los genes MMR a los cánceres colorrectales:

- Para identificar a los pacientes que deben hacerse pruebas para detectar el síndrome de Lynch. Un diagnóstico de síndrome de Lynch puede ayudar a planear otras pruebas de detección para el cáncer en el paciente (por ejemplo, puede que sea necesario realizar pruebas de detección del cáncer uterino en mujeres con síndrome de Lynch). Además, si el paciente tiene síndrome de Lynch, sus familiares también podrían tenerlo, y puede que quieran hacerse las pruebas para saber si lo tienen.
- Para determinar las opciones de tratamiento de un cáncer colorrectal en el que los resultados de la prueba del gen MSI o el gen MMR podrían cambiar la manera en que es tratado.

Para más información sobre pruebas de laboratorio que podrían realizarse sobre las muestras de biopsia, refiérase a [Cómo entender su informe de patología: patología del colon](#).⁵

Estudios por imágenes para encontrar el cáncer colorrectal

Los estudios por imágenes utilizan ondas sonoras, rayos X, campos magnéticos o sustancias radioactivas para obtener imágenes del interior del cuerpo. Los estudios por imágenes se pueden realizar por varias razones, incluyendo:

- Para encontrar áreas sospechosas que podrían ser cancerosas
- Saber cuán lejos se ha propagado el cáncer
- Ayudar a determinar si el tratamiento es eficaz

Tomografía computarizada

Una tomografía computarizada (*computed tomography*, CT) usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. Este estudio puede ayudar a

determinar si el cáncer de colon se ha propagado hacia el hígado o a otros órganos.

Ecografía (ultrasonido)

La ecografía utiliza ondas sonoras y sus ecos para producir imágenes del interior del cuerpo. Un pequeño instrumento parecido a un micrófono llamado *transductor* emite ondas sonoras y recoge los ecos cuando rebotan contra los órganos. Una computadora convierte el eco en una imagen en la pantalla.

Ecografía abdominal: para este examen, un técnico mueve el transductor por la piel sobre el abdomen. Este estudio se puede emplear para detectar tumores en el hígado, vesícula biliar, páncreas o en otro lugar de su abdomen, aunque no puede detectar tumores en el colon.

Ecografía (ultrasonido) endorrectal: este estudio utiliza un transductor especial que se puede introducir en el recto. Se usa para ver qué tanto ha invadido el cáncer a través de la pared rectal y si ha llegado hasta órganos o tejidos cercanos, tal como los ganglios linfáticos.

Ecografía intraoperatoria: este examen se realiza durante la cirugía. El transductor se coloca directamente sobre la superficie del hígado, lo cual hace que esta prueba sea muy útil en detectar la propagación del cáncer colorrectal al hígado. Esto permite al cirujano realizar una biopsia del tumor, si se detecta uno, mientras el paciente está dormido.

Imagen por resonancia magnética

Al igual que la CT, las [imágenes por resonancia magnética](#)⁶ (MRI) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Para mostrar mejor los detalles, es posible que un material de contraste, llamado *gadolinio*, se inyecte en una vena antes de realizar el estudio.

La MRI puede utilizarse para ver las áreas anormales en el hígado o el cerebro y la médula espinal que podrían ser propagación del cáncer.

MRI endorrectal: los estudios de MRI se pueden emplear en pacientes con cánceres rectales para determinar si el tumor se ha propagado a las estructuras adyacentes. Esto puede ayudar a planear la cirugía y otros tratamientos. Algunos médicos usan la MRI endorrectal para mejorar la precisión de este estudio. Para realizar este estudio, el médico coloca una sonda llamada *espiral endorrectal* en el interior del recto. Durante el

estudio, esta sonda permanece colocada por 30 a 45 minutos y puede causar molestias.

Radiografía de tórax

Se puede realizar una [radiografía](#)⁷ después del diagnóstico de cáncer colorrectal para saber si el cáncer se ha propagado a los pulmones.

Tomografía por emisión de positrones

Por lo general, en la [tomografía por emisión de positrones](#)⁸ (PET) se utiliza una forma de azúcar radiactivo que se administra en la sangre. Las células del cuerpo asimilan diferentes cantidades de azúcar, dependiendo de qué tan rápido estén creciendo. Las células cancerosas, las cuales crecen rápidamente, son más propensas a absorber cantidades más grandes de azúcar que las células normales. Se usa una cámara especial para crear una imagen de las áreas de radiactividad en el cuerpo.

La imagen de una PET no es tan detallada como en una CT o una MRI, pero provee información útil para ayudar a determinar si las áreas anormales vistas en estos otros estudios son cáncer o no.

Si usted ya ha sido diagnosticado con cáncer, su médico puede emplear este estudio para saber si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos o a otras partes del cuerpo. Una PET también puede ser útil si su médico cree que el cáncer se ha propagado, pero no sabe a dónde.

Estudio PET/CT: algunas máquinas pueden hacer una PET y una CT al mismo tiempo. Esto permite al médico comparar las áreas de mayor radiactividad en la PET con la imagen más detallada de esa área en la CT.

Angiografía

La angiografía es un estudio radiológico para examinar los vasos sanguíneos. Se inyecta un tinte de contraste en una arteria y luego se toman radiografías. El tinte delinea los vasos sanguíneos en las radiografías.

Si su cáncer se ha propagado al hígado, este estudio puede mostrar las arterias que suplen sangre a esos tumores. Esta información puede ayudar a los cirujanos a decidir si los tumores del hígado se pueden extirpar y, de ser así, puede ayudar a planificar la operación. La angiografía también puede ser útil en la planificación de otros tratamientos para la propagación del cáncer al hígado, como la [embolización](#)⁹.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
2. www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/testing-biopsy-and-cytology-specimens-for-cancer.html
3. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html>
4. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-colon.html
6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html
9. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-emoblizacion.html>
10. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>
11. <mailto:permissionrequest@cancer.org>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí. (www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)¹⁰

Actualización más reciente: agosto 14, 2018

Etapas del cáncer colorrectal

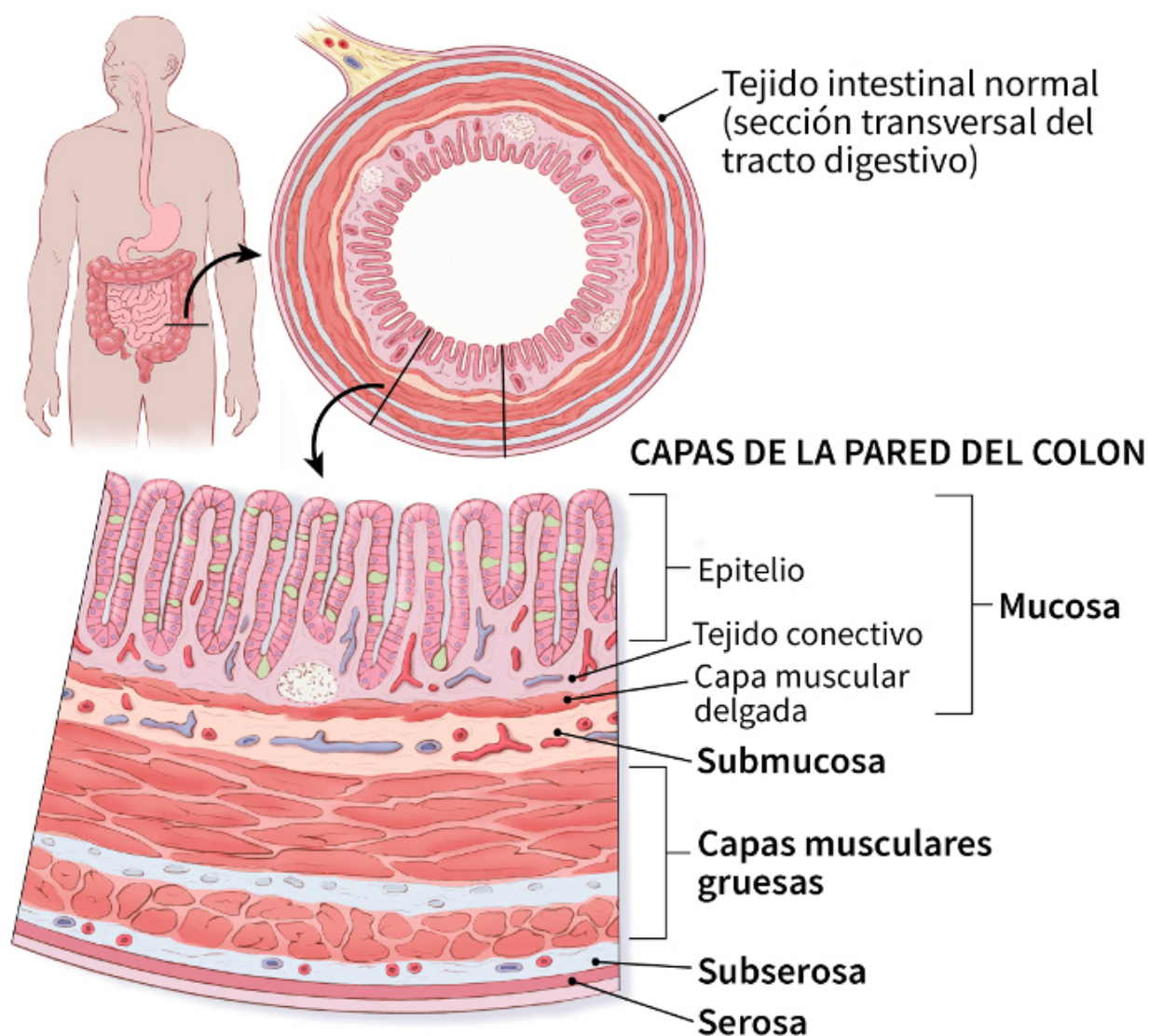
Después del diagnóstico de cáncer colorrectal, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama *estadificación* (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a saber qué tan grave es el cáncer, así como [la mejor manera de tratarlo](#)¹. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia.

Los cánceres colorrectales en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (un cáncer muy precoz), y luego van desde etapas I (1) a IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar.

¿Cómo se determina la etapa?

El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer colorrectal es el sistema **TNM** del *American Joint Committee on Cancer* (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

- La extensión (tamaño) del tumor (**T**): ¿Cuán lejos el cáncer ha crecido hacia la pared del colon o del recto? Estas capas, de la interior a la exterior, incluyen: El revestimiento interno (mucosa), la capa en la que comienzan casi todos los cánceres colorrectales. Esta incluye una capa muscular delgada (muscularis mucosae). El tejido fibroso que se encuentra debajo de esta capa muscular (submucosa). Una capa muscular gruesa (muscularis propia). Las capas delgadas más externas de tejido conectivo (la subserosa y la serosa) que cubren la mayor parte del colon, pero no el recto.



- La propagación a los ganglios (**nódulos**) linfáticos adyacentes (**N**): ¿Se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos adyacentes?
- La propagación (**metástasis**) a sitios distantes (**M**): ¿Se ha propagado el cáncer a ganglios linfáticos distantes o a órganos distantes como el hígado o los pulmones?

El sistema descrito a continuación es el sistema AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018. Este sistema usa la *etapa patológica* (también llamada la *etapa quirúrgica*), la cual se determina mediante el examen del tejido extirpado durante una operación. Esta etapa también se conoce como *etapa quirúrgica*. Esta es probablemente más precisa que la *etapa clínica*, la cual toma en cuenta los resultados

de un [examen médico, biopsias y estudios por imágenes](#)², realizados *antes de la* cirugía.

Los números y las letras después de la T, N y M proporcionan más detalles sobre cada uno de estos factores. Los números más altos significan que el cáncer está más avanzado. Una vez que se han determinado las categorías T, N y M de una persona, esta información se combina en un proceso llamado *agrupación por etapas* para asignar una etapa general. Para más información vea [Estadificación del cáncer](#)³.

La estadificación del cáncer puede resultar compleja, por lo tanto pídale a su médico que se la explique de una manera que usted pueda entender.

Etap a AJC C	Agrupamie nto para establecer la etapa	Descripción de la etapa*
0	Tis N0 M0	El cáncer se encuentra en su etapa más temprana. Esta etapa también se conoce como carcinoma in situ o carcinoma intramucoso (Tis). No ha crecido más allá de la capa interna (mucosa) del colon o del recto.
I	T1 o T2 N0 M0	El cáncer ha crecido a través de la capa muscular de la mucosa (muscularis mucosae) hasta la submucosa (T1), y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIA	T3 N0 M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto, pero no ha atravesado estas capas (T3). No ha alcanzado órganos adyacentes. No se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0), ni a sitios distantes (M0).
IIB	T4a N0 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto, pero no ha crecido hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4a). El cáncer aún no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0).
IIC	T4b N0	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). El cáncer aún no se ha propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (N0) ni a sitios distantes (M0).

	M0	
IIIA	T1 o T2 N1/N1c M0	El cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos adyacentes (N1) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
IIIA	T1 N2a M0	El cáncer ha atravesado la mucosa hasta la submucosa (T1). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
IIIB	T3 o T4a, N1/N1c M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a entre 1 y 3 ganglios linfáticos adyacentes (N1a o N1b) o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos, pero no a los ganglios en sí (N1c). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T2 o T3 N2a M0	El cáncer ha crecido hacia la muscular propia (T2) o hacia las capas más externas del colon o del recto (T3). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
IIIB	T1 o T2, N2b M0	El cáncer ha crecido a través de la mucosa hasta la submucosa (T1) y también es posible que haya crecido hasta la muscular propia (T2). Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T4a N2a M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto (incluyendo el peritoneo visceral), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes (T4a). De 4 a 6 ganglios linfáticos cercanos están afectados por la propagación del cáncer (N2a). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	

IIIC	T3 o T4a N2b M0	El cáncer ha crecido hacia las capas más externas del colon o del recto (T3), o a través del peritoneo visceral (T4a), pero no ha alcanzado los órganos adyacentes. Se propagó a siete o más ganglios linfáticos adyacentes (N2b). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
	O	
	T4b N1 o N2 M0	El cáncer ha crecido a través de la pared del colon o del recto y está unido o crece hacia otros tejidos u órganos adyacentes (T4b). Se propagó por lo menos a un ganglio linfático cercano o hacia áreas de grasa cercanas a los ganglios linfáticos (N1 o N2). No se ha propagado a sitios distantes (M0).
IVA	Cualquier T Cualquier N M1a	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes. (Cualquier N). El cáncer se propagó a un órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1a).
IVB	Cualquier T Cualquier N M1b	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (Cualquier N). El cáncer se propagó a más de un órgano distante (tal como el hígado o el pulmón) o a un grupo de ganglios linfáticos distantes, pero no se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) (M1b).
IVC	Cualquier T Cualquier N M1c	El cáncer pudo o no haber crecido a través de la pared del colon o del recto (Cualquier T). Podría o no haberse propagado a los ganglios linfáticos adyacentes (Cualquier N). Se ha propagado a partes distantes del peritoneo (el revestimiento de la cavidad abdominal) y puede o no haberse propagado a órganos o a ganglios linfáticos distantes (M1c).

*Las siguientes categorías adicionales no se enumeran en la tabla anterior:

- **TX:** No se puede evaluar el tumor principal debido a falta de información.
- **T0:** No hay evidencia de un tumor primario.
- **NX:** No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a falta de información.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/estadificaciondelcancer.html
4. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

American Joint Committee on Cancer. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017: 471.

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí. (www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)⁴

Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Tasas de supervivencia por etapas para

el cáncer colorrectal

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos que a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que tenga más preguntas. Hable con su médico para saber cómo puede que estas estadísticas apliquen a usted, ya que él o ella está familiarizado con su situación.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

Una **tasa relativa de supervivencia** compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer de colon o recto con las personas en la población general. Por ejemplo, si la **tasa relativa de supervivencia a 5 años** para una etapa específica de cáncer de colon o recto es 80%, esto significa que las personas que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 80% de probabilidades, en comparación con las personas que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

¿De dónde provienen estos porcentajes?

La Sociedad Americana Contra El Cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer.

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de colon o recto en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos de SEER no agrupa a los cánceres según el [sistema de estadificación TNM del AJCC¹](#) (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.). En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** No hay señal de que el cáncer se haya propagado fuera del colon o del recto. Esto incluye a los cánceres en etapas I , IIA, y IIB de acuerdo a la clasificación de etapas del AJCC.
- **Regional:** El cáncer se ha propagado externamente del colon o recto hacia las estructuras o los ganglios linfáticos que se encuentran en la proximidad. Esto incluye los cánceres etapa IIC y algunos en etapa III del sistema de estadificación del AJCC.
- **Distante:** El cáncer se ha propagado a distantes partes del cuerpo, como hacia el hígado, los pulmones o ganglios linfáticos distantes. Esto incluye a cánceres en etapa IV.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de colon

(De acuerdo a la información de las personas diagnosticadas con cáncer de colon entre 2008 y 2014).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	90%
Regional	71%
Distante	14%
Todas las etapas SEER combinadas	64%

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de recto

(De acuerdo a la información de las personas diagnosticadas con cáncer de recto entre 2008 y 2014).

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	89%
Regional	70%
Distante	15%
Todas las etapas SEER combinadas	67%

Cómo entender los porcentajes

- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de colon o recto pueden tener un mejor pronóstico de lo que muestran estos porcentajes.** Los tratamientos han mejorado con el pasar del tiempo, y estos porcentajes se basan en personas que fueron diagnosticadas y tratadas al menos cinco años antes.
- **Estos porcentajes aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican más adelante si el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Estos porcentajes no toman en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de cuán lejos se ha propagado el cáncer, pero su edad, su salud en general, qué tan bien responde el cáncer al tratamiento, y otros factores también afectarán su pronóstico.

*SEER = Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.

www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html)²

Actualización más reciente: febrero 11, 2021

¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer colorrectal?

Es importante tener diálogos sinceros y abiertos con el equipo de profesionales que atiende su cáncer. Es recomendable que ellos contesten todas sus preguntas para que usted pueda tomar decisiones fundamentadas sobre su vida y su tratamiento. Por ejemplo, considere las siguientes preguntas:

Cuando le informan que tiene cáncer colorrectal

- ¿Dónde está localizado el cáncer?
- ¿Se ha propagado el cáncer desde el lugar donde se originó?
- ¿En qué [etapa](#)¹ (estadio o extensión) se encuentra el cáncer y qué significa esto en mi caso?
- ¿Necesitaré otras [pruebas](#)² antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos o profesionales de la salud?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)³?
- ¿Qué recomienda y por qué?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo gestiono esto? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuál sería el objetivo del tratamiento?
- ¿Con qué prontitud tenemos que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento?

- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o efectos secundarios de los tratamientos que sugiere? ¿Qué puedo hacer para reducir los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias? ¿Puedo continuar con mi trabajo a tiempo completo?
- ¿Cuáles son las probabilidades de que el cáncer recurra (regrese) con estos planes de tratamiento?
- ¿Qué se hará si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa?
- ¿Qué puedo hacer si tengo problemas de transporte para acudir y regresar de mis citas para los tratamientos?

Durante el tratamiento

Una vez que comience el tratamiento, usted necesitará saber qué esperar y a qué prestar atención. Puede que no todas estas preguntas sean pertinentes para usted. No obstante, puede ser útil formular las preguntas que sí son relevantes para usted.

- ¿Cómo se sabe si el tratamiento está funcionando?
- ¿Hay algo que pueda hacer para ayudar a manejar los efectos secundarios?
- ¿Qué síntomas o efectos secundarios debo notificarle inmediatamente?
- ¿Cómo puedo comunicarme con usted durante las noches, días festivos o fines de semana?
- ¿Necesito cambiar mi alimentación durante el tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Puedo hacer ejercicio durante el tratamiento? De ser así, ¿qué tipo debo hacer y con qué frecuencia?
- ¿Puede sugerirme un profesional de la salud mental que pueda consultar si empiezo a sentirme abrumado, deprimido o afligido?
- ¿Qué puedo hacer si necesito apoyo social durante el tratamiento porque mi familia vive muy lejos?

Después del tratamiento

- ¿Necesito una dieta especial después del tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?

- ¿A cuáles otros síntomas debo prestar atención?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes de seguimiento y estudios por imágenes?
- ¿Necesitaré hacerme algún análisis de sangre?
- ¿Cómo podemos saber si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, puede que quiera más información acerca del tiempo de recuperación del tratamiento. Por otra parte, usted tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)⁴ para los que usted cumpla los requisitos de inclusión.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, quizás puedan responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales que atiende su salud en [La relación entre el médico y el paciente](#)⁵.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>
2. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html>
3. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento.html>
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/su-equipo-de-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html
6. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html>

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer (www.cancer.org/cancer/acs-medical-content-and-news-staff.html)

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

Referencias

Consulte todas las referencias para el cáncer colorrectal aquí.

www.cancer.org/es/cancer/colon-rectal-cancer/referencias.html⁶

Actualización más reciente: febrero 21, 2018

La información médica de la La Sociedad Americana Contra El Cáncer está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor escriba a permissionrequest@cancer.org (<mailto:permissionrequest@cancer.org>)⁵.

cancer.org | 1.800.227.2345