



[cancer.org](https://www.cancer.org) | 1.800.227.2345

Tratamiento del cáncer colorrectal

Si ha sido diagnosticado(a) con cáncer colorrectal, su equipo de atención médica hablará con usted sobre sus opciones de tratamiento. Es importante que explore con detalle cada una de sus alternativas, sopesando los beneficios contra los posibles riesgos y efectos secundarios con cada una de las opciones de tratamiento.

Tratamientos locales

Los tratamientos locales tratan el tumor sin afectar al resto del cuerpo. Estos tratamientos son más propensos a ser eficaces para los cánceres en etapas más tempranas (cuando no se han propagado y son de menor tamaño), aunque también se pueden utilizar en otras situaciones. Los tipos de terapia local utilizados para el cáncer colorrectal son:

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

Tratamientos sistémicos

El cáncer colorrectal también se puede tratar con medicamentos que pueden administrarse por vía oral o directamente en el torrente sanguíneo. Estas son *terapias sistémicas* porque pueden alcanzar las células cancerosas a través de todo el cuerpo. Dependiendo del tipo de cáncer colorrectal, se podrían utilizar diferentes tipos de medicamentos, tal como sucede con:

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

Enfoques comunes de tratamiento

Dependiendo de la [etapa del cáncer](#)¹, entre otros factores, puede que los distintos tipos de tratamiento se empleen en combinación, ya sea al mismo tiempo o de manera consecutiva.

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

¿Quién administra el tratamiento del cáncer colorrectal?

Según sus opciones de tratamiento, puede que usted tenga diferentes tipos de médicos en su equipo de tratamiento. Éstos médicos podrían incluir:

- **Gastroenterólogo:** médico que trata trastornos del tracto gastrointestinal (digestivo)
- **Cirujano oncólogo:** médico que emplea la cirugía para tratar el cáncer
- **Cirujano colorrectal:** médico que emplea la cirugía para tratar las enfermedades del colon y del recto
- **Oncólogo especialista en radiación:** médico que trata el cáncer con radioterapia
- **Oncólogo médico:** doctor que trata el cáncer con medicinas, como quimioterapia o terapia dirigida

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

- [Profesionales de la salud relacionados con la atención del cáncer](#)²

Decisiones sobre el tratamiento

Es importante hablar con el médico sobre todas sus opciones de tratamiento, incluyendo sus objetivos y posibles efectos secundarios, para ayudarle a tomar una decisión que mejor se ajuste a sus necesidades. Puede que sienta la necesidad de tomar decisiones de manera apresurada, pero es importante que se tome el tiempo de absorber la información que vaya recolectando. Plantee a su equipo de atención médicas todas las preguntas que tenga

Si el tiempo lo permite, a menudo resulta conveniente buscar una segunda opinión médica. Una segunda opinión puede que le ofrezca más información y le ayude a sentir más confianza sobre el plan de tratamiento que escoja.

- [¿Qué debe preguntar a su médico sobre el cáncer colorrectal?](#)³
- [Buscar una segunda opinión](#)⁴

Si está considerando participar en un estudio clínico

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

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

- [Estudios clínicos](#)⁵

Si está considerando métodos complementarios y alternativos

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

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

Asegúrese de consultar con los miembros de su equipo de atención médica contra el cáncer sobre cualquier método que esté considerando usar. Ellos pueden ayudarle a averiguar lo que se conoce (o lo que no se conoce) del método y así ayudarle a tomar una decisión fundamentada.

- [Medicina complementaria y alternativa](#)⁶

Ayuda y apoyo para recibir tratamiento

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

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

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

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

- [Atención paliativa](#)⁷
- [Programas y servicios de la Sociedad Americana Contra El Cáncer](#)⁸

La decisión de suspender el tratamiento o no recibir ningún tratamiento

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

Es posible que algunas personas no quieran recibir ningún tratamiento, especialmente si el cáncer está avanzado. Pueden ser muchas las razones para optar por no recibir tratamiento contra el cáncer, pero es importante consultar con los médicos para que usted tome esa decisión. Recuerde que incluso si decide no tratar el cáncer, aún puede

obtener atención de apoyo para combatir el dolor u otros síntomas.

- [Si los tratamientos contra el cáncer dejan de funcionar](#)⁹

La información sobre los tratamientos que se incluye en este artículo no constituye una política oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que replazce la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico. Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en hacer preguntas a su médico sobre sus opciones de tratamiento.

Cirugía para el cáncer de colon

La [cirugía](#)¹ es a menudo el principal tratamiento para los [cánceres de colon](#)² en etapas más tempranas. El tipo de cirugía depende de la [etapa](#)³ (extensión) del cáncer, donde está localizado, y el objetivo de la cirugía.

Cualquier tipo de cirugía del colon requiere que el colon se encuentre vacío y limpio. Será necesario someterse a una dieta especial antes de la cirugía y puede que se requiera el consumo de bebidas laxantes y la aplicación de enemas con el fin de expulsar toda la materia fecal de colon. Esta preparación intestinal es muy similar a la que se hace previamente a una [colonoscopia](#)⁴.

Polipsectomía y escisión local

Algunos casos de colon en etapa inicial (tumores en etapa 0 y algunos en etapa I) y la mayoría de los pólipos pueden extirparse durante un [colonoscopia](#)⁵. En este procedimiento se utiliza un tubo alargado y flexible con una pequeña videocámara en uno de sus extremos que se introduce por el recto para ser guiada hacia el interior del colon. Los siguientes procedimientos quirúrgicos pueden llevarse a cabo durante una colonoscopia:

- En una **polipsectomía**, el cáncer es extirpado como parte del pólipo, el cual se corta en su tallo (el área que se parece al tallo de un hongo). Por lo general, esto

se hace pasando un bucle o asa de alambre a través del colonoscopio para cortar el pólipo de la pared del colon mediante una corriente eléctrica.

- Una **escisión local** implica un procedimiento ligeramente más complejo. Se hace uso de instrumentos a través de un colonoscopio para extirpar pequeños cánceres dentro del revestimiento del colon junto con una pequeña cantidad de tejido sano circundante sobre la pared del colon.

Cuando el cáncer o los pólipos son extraídos de esta manera, el médico cirujano no requiere de hacer un corte sobre el abdomen.

Colectomía

Una colectomía es una cirugía para extraer todo o parte del colon. También se extirpan los [ganglios linfáticos](#)⁶ cercanos.

- Al procedimiento para extirpar solo una parte del colon se le llama **hemicolectomía, colectomía parcial o resección segmentaria**. El cirujano extrae la parte del colon que contiene el cáncer junto con un pequeño segmento de colon normal en ambos lados. Por lo general, se extirpa de un cuarto a un tercio del colon, dependiendo de la localización y el tamaño del cáncer. Luego se reconectan las secciones restantes del colon. Al menos 12 ganglios linfáticos cercanos también son extraídos para que se puedan analizar y ver si hay cáncer.
- Si se extirpa todo el colon, se le llama **colectomía total**. No se acostumbra realizar la colectomía total para tratar el cáncer de colon. Principalmente solo se emplea si hay otro problema en la parte del colon que no tenga cáncer, tal como cientos de pólipos (en alguien con [poliposis adenomatosa familiar](#)⁷) o, a veces, enfermedad inflamatoria intestinal.

Cómo se hace

La colectomía se puede hacer de dos maneras:

- **Colectomía abierta:** la cirugía se hace a través de una sola incisión realizada en el abdomen (región del estómago).
- **Colectomía laparoscópica:** La cirugía se realiza a través de incisiones menores e instrumentos especiales. Un laparoscopio es un tubo delgado con una fuente de luz y una pequeña videocámara en el extremo que permite al cirujano observar

dentro del abdomen. Se introduce por una de las pequeñas incisiones, junto con otros instrumentos alargados y delgados que se usan para extraer parte del colon y ganglios linfáticos.

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

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

Si el colon está obstruido

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

Si no es posible colocar una endoprótesis en un colon obstruido o si el tumor ha perforado el colon, puede que se requiera hacer una cirugía inmediatamente. Por lo general, éste es el mismo tipo de colectomía que se realiza para extraer el cáncer, pero en lugar de reconectar los segmentos del colon restante, el extremo superior se adhiere a una abertura (estoma) en la piel del abdomen. Los residuos fecales son desechados a través de esta abertura. A este procedimiento se le llama **colostomía** y por lo general solo se requiere durante un plazo breve. En lugar del colon, a veces se conecta un extremo del intestino delgado (íleon) a un estoma en la piel. A esto se le llama **ileostomía**. *En ambos casos se adhiere una bolsa recolectora al estoma para almacenar los desechos.*

Una vez que el paciente se recupera, se realizará otra operación (conocida como *colostomía inversa* o *ileostomía inversa*) para adherir nuevamente los extremos del colon o para adherir el íleon al colon. En raras ocasiones, si no se puede extirpar un tumor o colocar un tubo (stent), es posible que necesite una colostomía o una

ileostomía permanente.

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

Cirugía contra la propagación del cáncer de colon

Algunos pacientes tienen cáncer de colon que se ha propagado hacia otras partes del cuerpo, además del tumor que está obstruyendo el colon. En tal caso, puede que se realice una cirugía para aliviar la obstrucción sin extraer la parte del colon que contiene el cáncer. En lugar de ello, el colon se corta por encima del tumor y se adhiere a un estoma (una abertura en la piel del abdomen) para permitir que las heces fecales salgan del cuerpo. Esta operación se llama **colostomía de derivación**. A menudo puede ayudar al paciente a recuperarse lo suficiente como para iniciar otros tratamientos (como la quimioterapia).

Efectos secundarios de la cirugía del colon

Los posibles [riesgos y efectos secundarios de la cirugía](#)¹⁰ dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y su salud general antes de la cirugía. Los problemas que surgen durante o poco después de la operación pueden incluir sangrado, infecciones y coágulos en las piernas.

Al despertar tras la cirugía, habrá algo de [dolor](#)¹¹ y probablemente se necesitará de medicamentos contra el dolor durante varios días. Durante los primeros días, es posible que usted no pueda comer o tal vez solo le permitan consumir algo de líquidos, ya que el colon necesita tiempo para recuperarse. La mayoría de la gente puede volver a comer alimento sólido después de unos cuantos días.

Rara vez, puede que las nuevas conexiones entre los extremos del colon no logren adherirse originándose una fuga. Esto puede rápidamente generar un grave dolor abdominal, fiebre y una sensación de endurecimiento en la región estomacal. Puede que una fuga menor impida la evacuación de los intestinos, que se tenga pérdida del apetito y que no sea posible la recuperación tras la cirugía. Una fuga puede resultar en infecciones y puede que se requiera de cirugía para solucionar este problema. También es posible que la incisión en el abdomen se abra causando una herida abierta que demande de atención especial para que cicatrice.

Después de la cirugía, usted puede presentar tejido cicatricial en el abdomen que cause que algunos órganos o tejidos se adhieran entre sí. Estos tejidos cicatriciales son denominados *adherencias*. Normalmente los intestinos pueden deslizarse con libertad

dentro del cuerpo. En raras ocasiones, las adherencias pueden ocasionar que los intestinos se tuerzan pudiendo incluso bloquear los intestinos. Esto provoca dolor e inflamación en el estómago que a menudo empeora después de comer. Puede que se requiera de otra operación para eliminar el tejido cicatricial.

Colostomía o ileostomía

Algunas personas necesitan una colostomía (o ileostomía) temporal o permanente después de la cirugía. Puede que tome tiempo acostumbrarse a esto y es posible que se requiera hacer algunos ajustes en el estilo de vida. Si se le hizo una colostomía o una ileostomía, usted necesitará ayuda para aprender cómo manejarla. Las enfermeras especialmente capacitadas en ostomías o los terapeutas enterostomales pueden ayudarle. Por lo general, estos profesionales de la salud lo visitarán en el hospital antes de la operación para hablar sobre la ostomía y marcar el lugar de la abertura. Después de la operación, puede que lo visiten en su casa o que se reúnan en un centro de atención ambulatoria para proveerle más capacitación. Puede que también haya grupos de apoyo para personas con ostomías a los que pueda acudir. Esta es una forma útil de aprender de personas que han vivido esta experiencia en persona.

Para más información, consulte [Una guía sobre colostomía](#)¹² y [Una guía sobre ileostomía](#)¹³.

Más información sobre cirugía

Para acceder a información general sobre la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [cirugía contra el cáncer](#)¹⁴.

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)¹⁵.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
4. [/content/cancer/en/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/faq-colonoscopy-](http://content/cancer/en/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/faq-colonoscopy-)

- [and-sigmoidoscopy.html](#)
5. [/content/cancer/en/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/faq-colonoscopy-and-sigmoidoscopy.html](#)
 6. [www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html](#)
 7. [www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html](#)
 8. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia.html](#)
 9. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/ileostomia.html](#)
 10. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/riesgos-de-la-cirugia-del-cancer.html](#)
 11. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html](#)
 12. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia.html](#)
 13. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/ileostomia.html](#)
 14. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia.html](#)
 15. [www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html](#)
 16. [www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)¹⁶

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Cirugía del cáncer de recto

Generalmente la cirugía constituye el tratamiento principal contra el [cáncer del recto](#)¹. A menudo se administra [radioterapia](#) o [quimioterapia](#) antes o después de la cirugía. El tipo de cirugía depende de la [etapa](#)² (extensión) del cáncer, donde está localizado, y el objetivo de la cirugía.

Una pieza clave de información necesaria antes de la cirugía es cuán cerca del ano se encuentra el tumor, lo cual influye en el tipo de cirugía a ser realizada. Esto también puede tener un efecto sobre el resultado en caso de que el cáncer se ha propagado hacia los músculos del esfínter en forma de anillos alrededor del ano que impiden la salida de la materia fecal hasta que dichos músculos se relajan durante una evacuación intestinal.

Polipectomía y escisión local

Algunos casos de cáncer rectal en etapa inicial y la mayoría de los pólipos pueden extirparse durante una [colonoscopia](#)³. En este procedimiento se utiliza un tubo alargado y flexible con una pequeña videocámara en uno de sus extremos que se introduce a través del ano para ser guiada hacia el recto. Los siguientes procedimientos quirúrgicos pueden llevarse a cabo durante una colonoscopia:

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

Cuando el cáncer o los pólipos son extraídos de esta manera, el médico cirujano no requiere de hacer un corte sobre el abdomen.

Resección transanal local (resección del grosor total de la pared del recto)

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

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

Los [ganglios linfáticos](#)⁴ durante este procedimiento no se extirpan, por lo que si el tumor ha crecido profundamente hacia el recto, se puede recomendar la radiación con o sin quimioterapia después de la cirugía.

Microcirugía endoscópica transanal (TEM)

Esta operación algunas veces se puede emplear para los cánceres en etapa I inicial que se encuentran más arriba del recto y que no pueden alcanzarse usando la resección transanal convencional (refiérase a la información anterior). Se introduce un instrumento magnificador especialmente diseñado por el ano hacia el recto. Esto permite al cirujano hacer una resección transanal con gran precisión y exactitud. Esta operación requiere equipo especial y cirujanos con entrenamiento especial y experiencia, por lo que sólo se hace en ciertos centros de atención contra el cáncer.

Resección anterior baja

Algunos cánceres rectales en etapa I y la mayoría en etapa II o III en la parte superior del recto (cerca de donde se conecta con el colon) pueden ser extirpados mediante una resección anterior baja (*low anterior resection*, LAR). En esta operación, se extrae la

parte del recto que contiene el tumor. Luego el colon es adherido a la parte remanente del recto (inmediatamente tras la remoción del tumor o después en otra cirugía) para que el paciente pueda tener sus evacuaciones intestinales de la manera usual.

Una resección anterior baja se hace con anestesia general para que el paciente entre en un sueño profundo evitando que sienta dolor. El cirujano procede a hacer varias incisiones pequeñas (cortes) sobre el abdomen. Se extrae el cáncer y un margen (borde) de tejido normal circundante al tumor, junto con los ganglios linfáticos y otros tejidos alrededor del recto.

Luego el colon se vuelve a conectar al recto restante, por lo que una [colostomía](#)⁵ permanente no es necesaria (una colostomía es necesaria cuando, en lugar de reconectar el colon y el recto, el extremo superior del colon se conecta a una abertura que se hace sobre la piel del abdomen y por la cual los residuos fecales son desechados).

Si se administra radioterapia y quimioterapia antes de la cirugía, es común que se haga una [ileostomía](#)⁶ de corto plazo (esto consiste de conectar la parte final del intestino delgado, el íleon, a un orificio que se hace sobre la piel del abdomen). Esto le da tiempo al recto para sanar antes de que los residuos fecales sean evacuados de nuevo a través del colon. En la mayoría de los casos, la ileostomía se puede revertir (se reconectan los intestinos) aproximadamente después de ocho semanas.

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

Proctectomía con anastomosis coloanal

Algunos cánceres de recto en etapa I y la mayoría de los cánceres en etapa II y III que se encuentran en el tercio medio inferior del recto requerirán la extirpación de todo el recto (como proctectomía). Se requiere la extracción del recto para realizar una escisión mesorectal total, la cual se necesita para extirpar todos los ganglios linfáticos cercanos al recto. Luego el colon es conectado al ano (anastomosis coloanal) para que el paciente pueda seguir evacuando los residuos fecales con normalidad.

Algunas veces, cuando se realiza la anastomosis coloanal, se realiza una forma de bolsa doblando hacia atrás una parte pequeña del colon (saco colónico en forma de J) o agrandando un segmento del colon (coloplastia). Este pequeño depósito o bolsa en el colon funciona como un espacio de almacenamiento de heces fecales como el recto lo hacía antes de la cirugía. Cuando se necesitan técnicas especiales para evitar una

colostomía permanente, puede que se requiera de una ileostomía de corto plazo (el extremo del íleon, la última parte del intestino delgado, se conecta a un orificio sobre la piel del abdomen) durante ocho semanas aproximadamente mientras que el intestino se cura. Luego, una segunda operación se lleva a cabo para reconectar los intestinos y cerrar la abertura de la ileostomía.

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

Resección abdominoperineal

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

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

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

Exenteración pélvica

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

ha propagado a estos órganos.

Tras la exenteración pélvica se requiere proceder con una colostomía. Si la vejiga es extraída, se requerirá también de una [urostomía](#)⁷ (abertura sobre la piel del abdomen por donde la orina sale del cuerpo y es contenida en un sistema de bolsa que se adhiere a la piel). Puede que tome muchos meses la recuperación total por tratarse de una cirugía complicada.

Colostomía de derivación

En algunos pacientes, el cáncer rectal se ha propagado ocasionando también que tengan tumores que bloquean el recto. En tal caso, puede que se realice una cirugía para aliviar la obstrucción sin extraer la parte del recto que contiene el cáncer. En lugar de ello, el colon se corta por encima del tumor y se adhiere a un estoma (una abertura en la piel del abdomen) para permitir que las heces fecales salgan del cuerpo. Esta operación se llama *colostomía de derivación*. A menudo puede ayudar al paciente a recuperarse lo suficiente como para iniciar otros tratamientos (como la [quimioterapia](#)).

Cirugía en caso de propagación del cáncer de recto

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

Efectos secundarios de la cirugía del recto

Los posibles [riesgos y efectos secundarios de la cirugía](#)⁸ dependen de varios factores, incluyendo la extensión de la operación y el estado general de salud de la persona antes de la cirugía. Los problemas que se pueden presentar durante o poco después de la operación pueden incluir: sangrado debido a la cirugía, infecciones en el sitio de la cirugía y coágulos sanguíneos en las piernas.

Al despertar tras la cirugía, habrá algo de [dolor](#)⁹ y probablemente se necesitará de medicamentos contra el dolor durante varios días. Durante los primeros días, puede que no sea posible comer o que se permita el consumo limitado de líquidos, ya que el colon necesita tiempo para recuperarse. La mayoría de la gente puede volver a comer

alimento sólido después de unos cuantos días.

Rara vez, puede que las nuevas conexiones entre los extremos del colon no logren adherirse originándose una fuga. Esto puede rápidamente generar un grave dolor abdominal, fiebre y una sensación de endurecimiento en la región estomacal. Puede que una fuga menor impida la evacuación de los intestinos, que se tenga pérdida del apetito y que no sea posible la recuperación tras la cirugía. Una fuga puede resultar en infecciones y puede que se requiera de cirugía para solucionar este problema. También es posible que la incisión en el abdomen se abra causando una herida abierta que demande de atención especial para que cicatrice.

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

Colostomía o ileostomía

Algunas personas necesitan una colostomía (o ileostomía) temporal o permanente después de la cirugía. Acostumbrarse a esto puede tomar tiempo y puede requerir ciertos ajustes en el estilo de vida. Si se le hizo una colostomía o una ileostomía, usted tendrá que aprender sobre los cuidados que estos procedimientos requieren. Las enfermeras especialmente capacitadas en ostomías o los terapeutas enterosomales pueden ayudarle. Por lo general, estos profesionales de la salud lo visitarán en el hospital antes de la operación para hablar sobre la ostomía y marcar el lugar de la abertura. Después de su operación, puede que le visiten en su casa o en un lugar de tipo ambulatorio para proveerle más capacitación. Puede que también haya grupos de apoyo para personas con ostomías a los que pueda acudir. Esta es una forma útil de aprender de personas que han vivido esta experiencia en persona.

Para más información, refiérase a [Una guía sobre colostomía](#)¹⁰ y [Una guía sobre ileostomía](#)¹¹.

Función sexual y fertilidad

La cirugía rectal ha sido asociada a problemas con la función sexual y la calidad de vida tanto en hombres como en mujeres. Hable con su médico sobre cómo su cuerpo lucirá y funcionará tras la cirugía. Pregunte sobre el impacto que la cirugía tendrá sobre

su vida sexual. Usted y su pareja deben saber lo que se puede esperar, por ejemplo:

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

Puede que con una colostomía haya un impacto sobre la imagen corporal y sobre el nivel de aceptación en un contexto sexual tanto en hombres como en mujeres. Aunque puede que se requieran ciertos cambios, no debe impedir que disfrute de su vida sexual.

Para más información al respecto, refiérase a la sección de [efectos secundarios sobre la fertilidad y sexualidad](#)¹².

Más información sobre cirugía

Para acceder a información general sobre la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [cirugía contra el cáncer](#)¹³.

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)¹⁴.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-el-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
3. </content/cancer/en/treatment/understanding-your-diagnosis/tests/faq-colonoscopy->

- [and-sigmoidoscopy.html](#)
4. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
 5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia.html
 6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/ileostomia.html
 7. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/urostomia.html
 8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/riesgos-de-la-cirugia-del-cancer.html
 9. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html
 10. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/colostomia.html
 11. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/ileostomia.html
 12. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/efectos-secundarios-sobre-la-fertilidad-y-la-sexualidad.html
 13. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia.html
 14. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
 15. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html¹⁵

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Ablación y embolización para el cáncer colorrectal

Cuando el [cáncer colorrectal](#)¹ se ha propagado originando algunos pequeños tumores en el hígado o los pulmones, estas metástasis a veces se pueden extraer con cirugía o eliminar mediante otras técnicas, como ablación o embolización.

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

La ablación y la embolización también podrían ser buenas alternativas para las personas cuyos tumores metastásicos vuelvan a surgir tras la cirugía, para quienes el cáncer no se puede curar con la cirugía o para los que no puedan someterse a cirugía debido a otras razones. Esto podría ayudar a una persona a vivir más tiempo. También puede ser útil en tratar problemas ocasionados por el tumor, como [dolor](#)².

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

Ablación

La ablación se refiere a tratamientos que destruyen tumores pequeños (menores a 4 cm de amplitud) sin tener que extirparlos. El uso de ablación por radiofrecuencia para tratar el cáncer que se ha propagado hacia el hígado es el caso en que este tipo de tratamiento más se ha estudiado. Pero hay muchas técnicas de ablación diferentes, y la ablación puede usarse para tratar tumores en otras partes también.

Ablación por radiofrecuencia

La ablación por radiofrecuencia utiliza ondas radiales de alta energía para destruir los tumores. Mediante una [tomografía por computadora](#)³ o una [ecografía](#)⁴ el médico coloca una sonda delgada parecida a una aguja a través de la piel y hacia el tumor. Luego se emite una corriente eléctrica hacia el extremo de la sonda, lo que libera ondas radiales de alta frecuencia que calientan el tumor destruyendo las células cancerosas.

Ablación por microondas

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

Ablación con etanol (alcohol)

En esta técnica, también conocida como *inyección percutánea de etanol*, se inyecta alcohol concentrado directamente en el tumor para destruir las células cancerosas. Esto usualmente se hace a través de la piel usando una aguja que es guiada por [ecografía](#)⁵ o [tomografías computarizadas](#)⁶.

Criocirugía (crioterapia o crioablación)

La criocirugía destruye el tumor mediante congelación con una sonda de metal. La sonda es guiada por la piel hasta alcanzar el tumor usando una [ecografía](#)⁷. Luego se pasan gases muy fríos a través del extremo de la sonda para congelar el tumor, lo que destruye las células cancerosas. Este método puede tratar tumores más grandes que las otras técnicas de ablación, pero a veces requiere de anestesia general (uso de medicamentos para que el paciente esté profundamente dormido durante el procedimiento). El tratamiento puede repetirse tantas veces como se requiera para eliminar todas las células cancerosas.

Efectos secundarios de la terapia de ablación

Los posibles [efectos secundarios](#)⁸ después de la terapia de ablación incluyen:

- [Dolor](#)⁹ en la región del abdomen
- [Infección](#)¹⁰
- Sangrado en la cavidad torácica o en el abdomen

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

Embolización

Durante una embolización, se inyectan sustancias en los vasos sanguíneos para tratar de bloquear o reducir el flujo de sangre a las células cancerosas en el hígado. Esto permite a los médicos tratar los tumores metastásicos mientras se limita los efectos del tratamiento en las partes sanas del hígado, así como el resto del cuerpo.

El hígado es especial porque tiene dos fuentes sanguíneas. La mayoría de las células del hígado obtienen sangre de las ramificaciones de la vena porta, pero las células cancerosas en el hígado por lo general obtienen el suministro sanguíneo de ramificaciones de la arteria hepática. Bloquear la ramificación de la arteria hepática que alimenta el tumor ayuda a combatir las células cancerosas, dejando la mayoría de las células sanas del hígado sin afectar.

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

Existen tres tipos principales de procedimientos de embolización usados para tratar el cáncer colorrectal que se ha propagado (metástasis) hacia el hígado:

- La **embolización de la arteria** también es referida como *embolización transarterial* (o *TAE*). En este procedimiento, se coloca un catéter (un tubo flexible y delgado) en una arteria a través de un pequeño corte en la parte interna del muslo y se guía hasta la arteria hepática en el hígado. Por lo general, se inyecta un tinte en la sangre en ese momento para permitir al médico observar el paso del catéter mediante [imágenes radiográficas](#)¹¹. Una vez que se coloca el catéter en el lugar correspondiente, se inyectan pequeñas partículas en la arteria para taparla.
- Este tratamiento, también llamado **quimioembolización** o *quimioembolización transarterial* (o *TACE*) combina la embolización con la quimioterapia. Puede que se administren múltiples tratamientos en el transcurso de 4 a 6 semanas. Con más frecuencia, esto se hace mediante el uso de partículas diminutas que suplen un medicamento de quimioterapia para la embolización. La TACE también se puede hacer al administrar quimioterapia a través de un catéter que se coloca directamente en la arteria que alimenta al tumor, y luego tapando la arteria. El

catéter es guiado hacia la arteria hepática en el hígado a través de un pequeño corte en la piel del lado interno del muslo.

- La **radioembolización** es la combinación de la embolización y la radioterapia. En los Estados Unidos, esto se realiza al inyectar *microesferas radiactivas* cubiertas por itrio-90 radiactivo en la arteria hepática. Las microesferas luego se alojan en las vasos sanguíneos cercanos al tumor. Estando ahí, emiten sus pequeñas dosis de radiación por varios días. La radiación se desplaza a una distancia muy corta de modo que sus efectos son limitados principalmente al tumor.

Efectos secundarios de la embolización

Los posibles [efectos secundarios](#)¹² después de la embolización incluyen:

- [Dolor](#)¹³ en la región del abdomen
- [Fiebre](#)¹⁴
- [Náusea](#)¹⁵
- [Infección](#)¹⁶ en el hígado
- Inflamación de la vesícula biliar
- Coágulos de sangre en los principales vasos sanguíneos del hígado

Debido a que se puede afectar el tejido hepático sano, existe un riesgo de que la función del hígado empeore después de la embolización. Este riesgo es mayor si se usa una rama grande de la arteria hepática. Las complicaciones graves no se presentan con frecuencia, pero es posible que ocurran.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/ecografia-y-el-cancer.html
5. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/ecografia-y-el-cancer.html

6. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
7. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/ecografia-y-el-cancer.html
8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
9. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html
10. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/infecciones.html
11. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
12. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
13. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html
14. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/fiebre.html
15. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/nauseas-y-vomito.html
16. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/infecciones.html
17. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html¹⁷

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Radioterapia para el cáncer colorrectal

La radioterapia utiliza rayos o partículas de alta energía (por ejemplo, rayos X) para destruir las células cancerosas. Se usa más a menudo para tratar a personas con cáncer de recto que con cáncer de colon. Para algunos casos de cáncer de recto y de colon, la [quimioterapia](#) en conjunto con la radioterapia puede ofrecer mejores resultados. El uso de estos dos tratamientos a la vez se conoce como **quimiorradiación** o **quimiorradioterapia**.

¿Cuándo se utiliza la radioterapia para tratar el cáncer colorrectal?

Radiación para el cáncer de colon

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

- Antes de la cirugía (usualmente junto con quimioterapia) para tratar de reducir el tamaño del tumor y facilitar su extracción.
- Después de la [cirugía](#), si es que el cáncer se ha adherido a un órgano interno o a la capa del recubrimiento en el interior de la región estomacal (abdomen). Si esto ocurre, el cirujano no tiene forma de determinar con certeza si el cáncer ha sido extraído en su totalidad. La radioterapia se puede emplear para tratar de destruir cualquier célula cancerosa que puede que haya quedado.

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

Radiación para el cáncer de recto

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

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

Tipos de radioterapia

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

Radioterapia de rayos externos

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

Radioterapia interna (braquiterapia)

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

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

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

Braquiterapia intersticial: para este tratamiento, se coloca un tubo en el recto directamente en el tumor. Luego se colocan pequeñas semillas o gránulos de material radiactivo en el tubo durante varios minutos. La radiación se desplaza solamente a una distancia corta, lo que limita los efectos nocivos a los tejidos sanos circundantes. Algunas veces la radiación interna se usa para tratar a las personas con cáncer de recto que no están lo suficientemente saludables como para someterse a una cirugía.

Esta terapia se puede realizar varias veces a la semana durante un par de semanas, aunque también es un procedimiento que se hace una sola vez.

Radioembolización

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

Efectos secundarios de la radioterapia

Si usted va a recibir radioterapia, es importante que hable con su médico con antelación sobre los posibles efectos secundarios de corto y largo plazo para que sepa qué puede esperar. Los posibles efectos secundarios de la radioterapia para el cáncer de colon y de recto pueden incluir:

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

La mayoría de los efectos secundarios deben mejorar con el tiempo tras haber finalizado el tratamiento, aunque es posible que algunos problemas no desaparezcan completamente. Si usted nota cualquier efecto secundario, informe a su médico

inmediatamente para que se puedan tomar medidas que reduzcan o alivien estos problemas.

1

Más información sobre radioterapia

Para acceder a información sobre cómo se usa la radioterapia en el tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [radioterapia contra el cáncer](#)².

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

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/radioterapia/guia-de-radioterapia.html>
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/radioterapia.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
4. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)⁴

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Quimioterapia para el cáncer colorrectal

A menudo, la quimioterapia (también referida como “quimio”) se usa para tratar el [cáncer colorrectal](#)¹. La quimioterapia es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas.

¿Cómo se administra la quimioterapia?

Usted puede recibir quimioterapia en distintas maneras.

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

Los doctores administran la quimioterapia en ciclos, con cada sesión seguida de un periodo de descanso para dejar que su cuerpo se recupere. Los ciclos de quimioterapia generalmente duran aproximadamente de 2 a 4 semanas. La gente por lo general requiere al menos de varias sesiones quimioterapéuticas.

¿Cuándo se utiliza la quimioterapia para tratar el cáncer colorrectal?

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

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

Medicamentos para tratar el cáncer colorrectal

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

- **5-fluorouracilo (5-FU).**
- **Capecitabina (Xeloda)**, el cual se administra oralmente (pastillas). Una vez que está en el cuerpo, este medicamento cambia a 5-FU cuando alcanza el lugar del tumor.
- **Irinotecán (Camptosar).**
- **Oxaliplatino (Eloxatin).**
- **Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)**, un par de medicamentos combinados en una pastilla.

En algunos casos, se administran dos o más de estos medicamentos en conjunto para lograr una respuesta más eficaz. Algunas veces, los medicamentos de quimioterapia se administran junto con un medicamento de [terapia dirigida](#).

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los medicamentos de quimioterapia atacan a las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual actúan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, tales como aquellas en la médula ósea (donde se producen

nuevas células sanguíneas), el revestimiento de la boca y los intestinos, así como los folículos pilosos, también se dividen rápidamente. La quimioterapia también puede afectar a estas células, y ocasionar efectos secundarios.

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

- Caída del cabello
- Úlceras (llagas) en la boca
- Pérdida del apetito
- Náusea y vómito
- Diarrea
- Aumento en la probabilidad de infección (debido a que hay muy pocos glóbulos blancos)
- Facilidad de que se formen moretones o surjan sangrados (debido a que hay muy pocas plaquetas)
- Cansancio (debido a una disminución de glóbulos rojos)

Además de estos efectos, ciertas medicinas causan algunos efectos secundarios específicos. Por ejemplo:

- El **síndrome de pies y manos** puede ocurrir durante el tratamiento con capecitabina o 5-FU (cuando se administra como una infusión). Este síndrome comienza con un enrojecimiento de las manos y los pies, y luego progresa en dolor e hipersensibilidad en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Si la afección empeora, puede que aparezcan ampollas o descamación en la piel que algunas veces ocasionan llagas dolorosas (ulceraciones). Es importante notificar inmediatamente a su médico sobre cualquier síntoma inicial, tal como enrojecimiento o sensibilidad, para que se tomen las medidas necesarias y así evitar que la afección empeore.
- La **neuropatía** (daño a los nervios) es un efecto secundario común del oxaliplatino. Los síntomas incluyen hormigueo, adormecimiento e incluso dolor en las manos y los pies. También puede ocasionar hipersensibilidad al frío y al calor en la garganta, esófago (conducto que conecta la garganta con el estómago), así como en las palmas de las manos. Esto puede causar dolor en la garganta al tragar líquidos o al querer sostener un vaso frío. Si se le va administrar oxaliplatino, consulte primero con su médico sobre los efectos secundarios e infórmele inmediatamente si padece entumecimiento y hormigueo u otros efectos

secundarios.

- Las **reacciones alérgicas** o **reacciones hipersensibles** pueden ocurrir en algunas personas mientras estén recibiendo medicación con oxaliplatino. Entre los síntomas se puede incluir sarpullido, opresión en el pecho y dificultad para respirar, dolor de espalda, mareos, aturdimiento o debilidad. Asegúrese de informar a su enfermera de inmediato si nota cualquiera de estos síntomas mientras le estén administrando los medicamentos de la quimioterapia.
- La **diarrea** es un efecto secundario común con muchos de estos medicamentos, aunque empeora con el irinotecán. Para prevenir la deshidratación, es necesario tratar inmediatamente la diarrea (a la primera vez que se presenten heces sueltas). A menudo, esto implica tomar un medicamento como la loperamida (Imodium). Si usted está recibiendo tratamiento con un medicamento de quimioterapia que es propenso a estar causándole diarrea, su médico le dará instrucciones sobre qué medicamentos tomar y la frecuencia con que debe tomarlos para controlar este problema.

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

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

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

Más información sobre quimioterapia

Para acceder a información general sobre la quimioterapia para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [quimioterapia contra el cáncer²](#).

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el

cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer](#)³.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-el-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/quimioterapia.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
4. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)⁴

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Medicamentos de terapia dirigida para el

cáncer colorrectal

A medida que los investigadores aprenden más sobre los cambios de los genes y las proteínas que contribuyen al desarrollo de [cáncer colorrectal](#)¹, se han desarrollado medicamentos más recientes para combatir estos cambios de manera específica. Los medicamentos de terapia dirigida funcionan de distinta manera que los que se usan comúnmente en la [quimioterapia](#). Algunas veces, estos medicamentos funcionan cuando los medicamentos convencionales de quimioterapia no son eficaces y a menudo presentan efectos secundarios diferentes (y menos graves). Se pueden usar junto con quimioterapia o por sí solos si la quimioterapia ya no es eficaz.

Medicamentos que atacan la formación de vasos sanguíneos (VEGF)

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

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

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

Efectos secundarios de los medicamentos dirigidos a VEGF

Los efectos secundarios comunes de estos medicamentos incluyen:

- Hipertensión arterial (presión alta)
- Cansancio extremo (fatiga)
- Sangrado
- Bajos recuentos de glóbulos blancos (con mayor riesgo de infecciones)
- Dolores de cabeza
- Úlceras en la boca

- Pérdida del apetito
- Diarrea

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

Aunque poco común, el efecto secundario más grave de estos medicamentos es una reacción alérgica durante la infusión, lo que puede causar problemas con la respiración y bajar la presión arterial.

Medicamentos que atacan a las células con cambios EGFR

El receptor de factor de crecimiento epidérmico (EGFR) es una proteína que contribuye al crecimiento de las células cancerosas. Suele estar presente en gran cantidad sobre la superficie de las células cancerosas. Se pueden usar medicamentos que atacan el EGFR para tratar algunos cánceres de colon o de recto en etapas avanzadas. Entre estos se incluye:

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

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

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

Posibles efectos secundarios de los medicamentos dirigidos a EGFR

Los efectos secundarios más comunes de estos medicamentos son problemas en la piel, como una erupción parecida al acné en el rostro y el pecho durante el tratamiento, lo que algunas veces puede causar infecciones. Puede que se requiera el uso de un antibiótico de uso tópico (ungüento) para ayudar a limitar la erupción y las infecciones relacionadas. Los problemas que el panitumumab causa en la piel pueden ser más

graves y podrían ocasionar descamación de la piel. Otros efectos secundarios son:

- Dolor de cabeza
- Cansancio
- Fiebre
- Diarrea

Aunque poco común, el efecto secundario más grave de estos medicamentos es una reacción alérgica durante la infusión, lo que puede causar problemas con la respiración y bajar la presión arterial. Para ayudar a prevenir esto se pueden administrar medicamentos antes del tratamiento.

Otros medicamentos de terapia dirigida

El **regorafenib (Stivarga)** es un tipo de terapia dirigida conocida como un *inhibidor de cinasa*. Las cinasas son proteínas que están en la superficie de una célula o cerca de ella que transportan señales importantes al centro de control de la célula. El regorafenib bloquea ciertas proteínas cinasas que ayudan a las células del tumor a crecer o ayudan a formar nuevos vasos sanguíneos para alimentar al tumor. El bloqueo de estas proteínas puede ayudar a detener el crecimiento de las células cancerosas.

Este medicamento se utiliza para tratar el cáncer colorrectal avanzado, por lo general cuando otros medicamentos ya no son útiles. Se administra en forma de pastilla.

Los efectos secundarios comunes incluyen cansancio, pérdida del apetito, síndrome de pies y manos (enrojecimiento e irritación de las manos y los pies), diarrea, hipertensión arterial, pérdida de peso y dolor abdominal.

Los efectos secundarios menos comunes, pero más graves pueden incluir sangrado profuso o perforaciones (orificios) en el estómago o los intestinos.

2

Más información sobre terapia dirigida

Para saber más sobre cómo se usan para los medicamentos para las terapias dirigidas contra el cáncer, refiérase al [contenido sobre la terapia dirigida contra el cáncer](#)³ (información disponible en inglés).

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

[cáncer](#)⁴.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-el-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. </content/>
3. www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/targeted-therapy.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
5. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)⁵

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: febrero 21, 2018

Inmunoterapia para el cáncer colorrectal

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

Inhibidores de puestos de control inmunitarios

Una parte importante del sistema inmunitario es su capacidad de evitar por sí solo el ataque a células normales en el cuerpo. Para hacer esto, el sistema inmunitario utiliza proteínas de “puestos de control” en las células inmunitarias que actúan como interruptores que necesitan ser activados (o desactivados) para iniciar una respuesta inmunitaria. Las células cancerosas a veces usan estos puestos de control para evitar que el sistema inmunitario las ataque. No obstante, los medicamentos que se dirigen a estos puestos de control tienen un futuro prometedor como tratamientos contra el cáncer.

Los medicamentos clasificados como **inhibidores de puestos de control** pueden usarse solamente en las personas cuyas células del cáncer colorrectal [hayan dado positivo a cambios genéticos específicos](#)¹, tales como un alto nivel de *inestabilidad de microsatélites (MSI-H)*, o cambios en uno de los genes de *reparación de discordancias (MMR)*. Los medicamentos se usan en personas con cáncer que sigue en crecimiento después del tratamiento con [quimioterapia](#). Podría ser que se usen para tratar a personas cuyo cáncer no puede ser extraído mediante cirugía, que les ha regresado (recurrencia) o que se ha propagado hacia otras partes del cuerpo (metástasis).

Inhibidores PD-1

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

Estos medicamentos se administran por infusión intravenosa cada dos o tres semanas.

Los efectos secundarios de estos medicamentos pueden incluir cansancio, tos, náusea, comezón, sarpullido en la piel, disminución del apetito, estreñimiento, dolores en las articulaciones y diarrea.

Otros efectos secundarios más graves pueden ocurrir con menos frecuencia. Estos medicamentos funcionan al remover básicamente los “frenos” del sistema inmunológico

del organismo. Algunas veces el sistema inmunitario comienza a atacar otras partes del cuerpo, lo que puede causar problemas graves e incluso fatales en los pulmones, los intestinos, el hígado, las glándulas productoras de hormonas, los riñones u otros órganos.

Inhibidor CTLA-4

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

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

Los efectos secundarios más comunes de este medicamento incluyen cansancio, diarrea, erupciones en la piel y comezón.

Los efectos secundarios graves parecen ocurrir más a menudo con este medicamento que con los inhibidores de PD-1. Al igual que los inhibidores de PD-1, este medicamento puede causar que el sistema inmunológico ataque a otras partes del cuerpo, lo que puede conducir a graves problemas en los intestinos, el hígado, las glándulas productoras de hormonas, los nervios, la piel, los ojos u otros órganos. En algunas personas estos efectos secundarios graves pueden poner la vida en riesgo.

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

Más información sobre inmunoterapia

Para saber más sobre cómo se usa la inmunoterapia en el tratamiento contra el cáncer la cirugía para tratar el cáncer, refiérase al contenido sobre [inmunoterapia contra el cáncer²](#) (información disponible en inglés).

Para saber más sobre los efectos secundarios relacionados al tratamiento contra el cáncer, refiérase al contenido sobre [control de efectos secundarios relacionados con el cáncer³](#).

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/como-se-diagnostica.html
2. www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/immunotherapy.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos.html
4. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)⁴

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: julio 13, 2018

Tratamiento del cáncer de colon según la etapa

El tratamiento del [cáncer de colon](#)¹ en gran medida se basa en la [etapa](#)² (extensión) del

cáncer, aunque otros factores también pueden ser importantes.

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

Tratamiento del cáncer de colon en etapa 0

Puesto que los cánceres de colon en etapa 0 no han crecido más allá del revestimiento interno del colon, a menudo una [cirugía](#) es todo lo que se requiere para extraer el cáncer. En la mayoría de los casos esto se puede hacer al extraer el pólipo o al extirpar el área con el tumor canceroso mediante una colonoscopia (escisión local). Si el tumor es demasiado grande para poder extirparlo mediante escisión local, puede que sea necesario la extirpación parcial del colon (colectomía parcial).

Tratamiento del cáncer de colon en etapa I

Los cánceres de colon en etapa I han crecido más profundamente hacia las capas de la pared del colon, pero no se han propagado fuera de la pared del colon en sí (ni hacia los [ganglios linfáticos](#)³ adyacentes).

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

Si el cáncer en el pólipo es de alto grado (refiérase a [Etapas del cáncer colorrectal](#)⁴) o hay células cancerosas en los bordes del pólipo, podría ser que se recomiende someterse a más cirugía. Podría ser que también se recomiende más cirugía si el pólipo no se pudo extirpar completamente o si tuvo que ser extraído en muchos fragmentos, dificultando ver si había células cancerosas en los bordes.

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

Tratamiento del cáncer de colon en etapa II

Muchos cánceres de colon en etapa II han crecido a través de la pared del colon y posiblemente a los tejidos circundantes, pero aún no se han extendido a los [ganglios linfáticos](#)⁵.

La cirugía para extirpar la sección del colon que contiene el cáncer (colectomía parcial) junto con los ganglios linfáticos cercanos puede que sea el único tratamiento que se necesite. Sin embargo, su médico puede recomendar [quimioterapia](#) adyuvante (quimio después de la cirugía) si su cáncer tiene un mayor riesgo de regresar (recurrir) debido a ciertos factores, tal como si:

- El cáncer luce muy anormal cuando se observa al microscopio (es de alto grado).
- El cáncer ha crecido hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos cercanos.
- El cirujano no extirpó al menos 12 ganglios linfáticos.
- Se encontró cáncer en o cerca del margen (borde) del tejido extraído, lo que significa que algo de cáncer pudo haber quedado.
- El cáncer ha bloqueado (obstruido) el colon.
- El cáncer causó una perforación (orificio) en la pared del colon.

No todos los médicos concuerdan acerca de cuándo deben usar quimioterapia para los cánceres de colon en etapa II. Es importante que consulte con su médico sobre las ventajas y las desventajas de la quimioterapia, incluyendo qué tanto pudiera reducir su riesgo de recurrencia y cuáles serán probablemente los efectos secundarios.

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

Tratamiento del cáncer de colon en etapa III

Los cánceres de colon en etapa III se han propagado a los [ganglios linfáticos](#)⁶ cercanos, pero aún no se han extendido a otras partes del cuerpo.

El tratamiento convencional para esta etapa consiste de cirugía para extirpar la sección del colon que contiene el cáncer (colectomía parcial) junto con los ganglios linfáticos cercanos, seguida de quimioterapia adyuvante.

Para la quimioterapia, el régimen FOLFOX (5-FU, leucovorín, y oxaliplatino) o el régimen CAPEOX (capecitabina y oxaliplatino) se usan con más frecuencia, aunque algunos pacientes pueden recibir 5-FU con leucovorín o capecitabina sola según la edad y sus necesidades de salud.

La radioterapia, la quimioterapia, o ambas en conjunto pueden ser opciones para las personas que no están lo suficientemente saludables como para someterse a cirugía.

Tratamiento del cáncer de colon en etapa IV

Los cánceres de colon en etapa IV se han propagado desde el colon hasta órganos y tejidos distantes. Con más frecuencia, el cáncer de colon se propaga al hígado, aunque también se puede propagar a otras partes del cuerpo, como pulmones, cerebro, peritoneo (la membrana que reviste la cavidad abdominal) o [ganglios linfáticos](#)⁷ distantes.

En la mayoría de los casos, es poco probable que la [cirugía](#) cure estos cánceres. Sin embargo, si sólo hay pocas y pequeñas áreas de propagación (metástasis) en el hígado o los pulmones y se pueden extraer junto con el cáncer de colon, la cirugía puede ayudarle a vivir por más tiempo. Esto significaría realizar una cirugía para eliminar la sección del colon que contiene el cáncer junto con los ganglios linfáticos cercanos, además de la cirugía para eliminar las áreas de propagación del cáncer. Por lo general, también se administra [quimioterapia](#) después y/o antes de la operación. En algunos casos, se puede usar la [infusión arterial hepática](#) si el cáncer se propagó al hígado.

Si las metástasis no se pueden extirpar debido a que son muy grandes o hay demasiadas, se puede administrar quimioterapia antes de realizar cualquier cirugía (quimioterapia neoadyuvante). Luego, si el tamaño de los tumores se reduce, se puede tratar una cirugía para extraerlos. Entonces, se puede administrar nuevamente quimioterapia después de la cirugía. Para los tumores en el hígado, puede ser otra opción destruirlos con [ablación o embolización](#).

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

Si usted tiene cáncer en etapa IV y su médico recomienda cirugía, resulta muy importante entender cuál es el objetivo de la cirugía: ya sea tratar de curar el cáncer o prevenir o aliviar los síntomas de la enfermedad.

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

- FOLFOX: leucovorín, 5-FU, y oxaliplatino (Eloxatin)
- FOLFIRI: leucovorín, 5-FU, e irinotecán (Camptosar)
- CAPEOX o CAPOX: capecitabina (Xeloda) y oxaliplatino
- FOLFOXIRI: leucovorín, 5-FU, oxaliplatino e irinotecán
- Una de las combinaciones anteriores más un medicamento que ataca el VEGF (bevacizumab [Avastin], ziv-aflibercept [Zaltrap] o ramucirumab [Cyramza]) o uno que ataca el EGFR (cetuximab [Erbix] o panitumumab [Vectibix])
- 5-FU y leucovorín por sí solos o junto con un medicamento de terapia dirigida
- Capecitabina, sola o con un medicamento de terapia dirigida
- Irinotecán, solo o con un medicamento de terapia dirigida
- Cetuximab solo
- Panitumumab solo
- Regorafenib (Stivarga) solo
- Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)

La elección de los regímenes dependerá de varios factores, incluyendo cualquier tratamiento previamente administrado y su estado general de salud.

Si uno de estos regímenes ya no surte efecto, se puede tratar con otro. Para las personas con ciertos cambios genéticos en las células cancerosas, otra opción después de la quimioterapia inicial podría ser el tratamiento con un medicamento de [inmunoterapia](#), como pembrolizumab (Keytruda).

Para los cánceres en etapas avanzadas, la [radioterapia](#) también se puede usar para ayudar a prevenir o aliviar síntomas, como el [dolor](#)⁸. Puede que encoja el tamaño de los tumores durante un tiempo, pero no es propenso a curar la enfermedad. Si su médico recomienda radioterapia, es importante que usted entienda el objetivo del tratamiento.

Tratamiento del cáncer de colon recurrente

Un [cáncer recurrente](#)⁹ significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento. La recurrencia puede ser local (cerca del área del tumor inicial) o puede estar en órganos distantes.

Recurrencia local

Si el cáncer regresa localmente, algunas veces la [cirugía](#) (a menudo seguida por [quimioterapia](#)) puede ayudarle a vivir por más tiempo y puede que hasta le cure. Si el cáncer no se puede eliminar mediante cirugía, se puede intentar usar quimioterapia primero. Si el tamaño del tumor se encoje lo suficiente, la cirugía podría ser una opción. Después de la operación, se administraría de nuevo más quimioterapia.

Recurrencia distante

Si el cáncer regresa en un área distante, es más probable que aparezca primero en el hígado. La cirugía podría ser una opción para algunas personas. De no ser así, puede que la quimioterapia se use para intentar reducir el tamaño del tumor (o tumores), la cual puede que sea seguida por cirugía para extraerlo(s). Las técnicas de ablación o embolización también podrían ser una opción para el tratamiento de algunos tumores hepáticos.

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

Para las personas cuyos cánceres presentan ciertas características en pruebas de laboratorio, otra opción podría ser el tratamiento con [inmunoterapia](#).

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

Los cánceres recurrentes a menudo pueden ser difíciles de tratar. Por lo tanto, podría querer consultar con su médico si hay [estudios clínicos](#)¹⁰ que sean adecuados a su situación de tratamientos más recientes.

Para obtener más información, refiérase al contenido sobre la [recurrencia del cáncer](#)¹¹.

La información sobre los tratamientos que se incluye en este artículo no constituye una política oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que replazce la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico. Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en hacer preguntas a su médico sobre sus opciones de tratamiento.

Hyperlinks

1. </content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-el-cancer-de-colon-o-recto.html>
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
3. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
4. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
5. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
6. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
7. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/dolor.html
9. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/recurrencia-del-cancer.html
10. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
11. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/recurrencia-del-cancer.html
12. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)¹²

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: octubre 20, 2018

Tratamiento del cáncer de recto según la etapa

El tratamiento del [cáncer de recto](#)¹ en gran medida se basa en la [etapa](#)² (extensión) del cáncer, aunque otros factores también pueden ser importantes.

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

Tratamiento del cáncer de recto en etapa 0

Los cánceres de recto en etapa 0 no han crecido fuera del revestimiento interno del recto. Por lo general, todo lo que se necesita hacer es la extracción y destrucción del tumor canceroso. Habitualmente se le puede tratar con una [cirugía](#), como la polipectomía (extirpación del pólipo), la escisión local o la resección transanal.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa I

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

Esta etapa incluye cánceres que fueron parte de un pólipo. Si el pólipo se extrae completamente durante una colonoscopia, sin cáncer en los bordes, puede que no sea necesario administrar otro tratamiento. Si el cáncer en el pólipo era de alto grado (refiérase a [Etapas del cáncer colorrectal](#)³) o si había células cancerosas en los bordes del pólipo, puede que se le recomiende más cirugía. Es posible que también se recomiende más cirugía si el pólipo no pudo ser extirpado completamente o si tuvo que ser extraído en muchos fragmentos, dificultando ver si había células cancerosas en los bordes (márgenes).

Para otros cánceres en etapa I, la [cirugía](#) usualmente es el tratamiento principal.

Algunos cánceres pequeños en etapa I se pueden extraer a través del ano sin necesidad de hacer un corte en el abdomen (región del estómago), y usando una resección transanal o una microcirugía endoscópica transanal. Para otros cánceres, se puede hacer una resección anterior baja (LAR), una proctectomía con anastomosis coloanal, o una resección abdominoperineal (APR), dependiendo del lugar exacto donde está localizado el cáncer en el recto (estas operaciones se detallan en la sección sobre [cirugía](#)).

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

Si usted está demasiado enfermo(a) como para la cirugía, podría recibir radioterapia, aunque esto no ha probado ser tan eficaz como la cirugía.

Tratamiento del cáncer de recto en etapa II

Muchos cánceres de recto en etapa II han crecido a través de la pared del recto y se podrían extender hacia los tejidos adyacentes, mas no se han propagado a los [ganglios linfáticos](#)⁴.

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

- Muchas personas reciben [quimioterapia](#) y [radioterapia](#) (conocido como *quimiorradiación*) como primer tratamiento. Por lo general, la quimioterapia administrada con radiación consiste en 5-FU o capecitabina (Xeloda).
- A esto le sigue a menudo [cirugía](#), tal como una resección anterior baja (LAR), una proctectomía con anastomosis coloanal, o una resección abdominoperineal (APR), dependiendo de la ubicación del cáncer en el recto. Si la radioterapia y la quimioterapia reducen el tamaño del tumor lo suficiente, a veces se puede hacer una resección transanal en lugar de una LAR o APR más invasiva. Esto podría ayudar a evitar la necesidad de una colostomía. Pero no todos los médicos concuerdan con este método, ya que no permite al cirujano examinar los [ganglios linfáticos](#)⁵ cercanos para saber si contienen cáncer.
- Luego se administra [quimioterapia](#) adicional tras de la cirugía, usualmente por un

total de aproximadamente 6 meses. Se le puede administrar el régimen de quimioterapia FOLFOX (oxaliplatino, 5-FU, y leucovorín), 5-FU y leucovorín, CAPEOX (capecitabina y oxaliplatino) o capecitabina sola, según el tratamiento que satisfaga mejor sus necesidades de salud.

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

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

Tratamiento del cáncer de recto en etapa III

Los cánceres rectales en etapa III se han propagado a los [ganglios linfáticos](#)⁶ adyacentes, pero no a otras partes de su cuerpo.

La mayoría de las personas con cáncer rectal en etapa III se tratará con [quimioterapia](#), [radioterapia](#) y [cirugía](#), aunque el orden de estos tratamientos puede ser diferente para algunas personas.

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

La quimiorradiación es seguida por cirugía para extraer el tumor rectal y los ganglios linfáticos adyacentes, por lo general mediante una resección anterior baja (LAR), una proctectomía con anastomosis coloanal, o una resección abdominoperineal (APR), dependiendo de la ubicación del cáncer en el recto. Si el cáncer ha alcanzado los órganos cercanos, puede que se necesite una operación más extensa, conocida como exenteración pélvica.

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

necesidades de salud.

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

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

Tratamiento del cáncer de recto en etapa IV

Los cánceres de recto en etapa IV se han propagado a órganos y tejidos distantes, como por ejemplo el hígado o los pulmones. Las opciones de tratamiento para la enfermedad en etapa IV depende hasta cierto grado de cuán propagado está el cáncer.

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

- [Cirugía](#) para extirpar la lesión rectal y los tumores distantes, seguida de [quimioterapia](#) (y/o [radioterapia](#) en algunos casos).
- Quimioterapia, seguida por cirugía para extirpar el tumor rectal y los tumores distantes, usualmente seguida de quimioterapia y radioterapia (quimiorradiación)
- Quimioterapia seguida por la quimiorradiación y luego por cirugía para extirpar el tumor rectal y los tumores distantes. Podría ser que después se administre más quimioterapia.
- Quimiorradiación, seguida por cirugía para extirpar el tumor rectal y los tumores distantes. Podría ser que después se administre quimioterapia.

Estos métodos pueden ayudarle a vivir por más tiempo. La cirugía para extirpar el tumor rectal sería usualmente una resección anterior baja, una proctectomía con anastomosis coloanal o una resección abdominoperineal, dependiendo de donde esté localizado.

Si el único lugar de propagación del cáncer es el hígado, podría recibir tratamiento con quimioterapia administrada directamente en la arteria que llega al hígado ([infusión en la arteria hepática](#)). Esto puede que encoja los tumores cancerosos del hígado más eficazmente que la quimioterapia administrada por vía intravenosa (IV) u oral.

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

- FOLFOX: leucovorín, 5-FU, y oxaliplatino (Eloxatin)
- FOLFIRI: leucovorín, 5-FU, e irinotecán (Camptosar)
- CAPEOX o CAPOX: capecitabina (Xeloda) y oxaliplatino
- FOLFOXIRI: leucovorín, 5-FU, oxaliplatino e irinotecán
- Una de las combinaciones anteriores más un medicamento que ataca el VEGF (bevacizumab [Avastin], ziv-aflibercept [Zaltrap] o ramucirumab [Cyramza]) o uno que ataca el EGFR (cetuximab [Erbix] o panitumumab [Vectibix])
- 5-FU y leucovorín por sí solos o junto con un medicamento de terapia dirigida
- Capecitabina, sola o con un medicamento de terapia dirigida
- Irinotecán, solo o con un medicamento de terapia dirigida
- Cetuximab solo
- Panitumumab solo
- Regorafenib (Stivarga) solo
- Trifluridina y tipiracil (Lonsurf)

La selección de los regímenes depende de varios factores, incluyendo cualquier tratamiento previo, su estado general de salud y qué tan bien puede tolerar el tratamiento.

En algunos casos en que la quimioterapia reduce el tamaño de los tumores, se puede considerar la cirugía para tratar de extirpar todo el cáncer en ese momento. Luego se puede volver a administrar quimioterapia.

Si no se reduce el tamaño del tumor, se puede intentar una combinación de diferentes medicamentos. Para las personas con ciertos cambios genéticos en las células cancerosas, otra opción después de la quimioterapia inicial podría ser el tratamiento con un medicamento de [inmunoterapia](#), como pembrolizumab (Keytruda).

Para los cánceres que no se reducen con quimioterapia y los cánceres con propagación amplia que están causando síntomas, el tratamiento va dirigido a aliviar los síntomas y a evitar los problemas de largo plazo, como sangrado o bloqueo de los intestinos. Puede que con los tratamientos se incluya una o más de las siguientes cosas:

- Extirpación del tumor rectal mediante cirugía
- Cirugía para crear una colostomía y derivar el tumor rectal (una [colostomía de derivación](#))
- Uso de un rayo láser especial para destruir el tumor dentro del recto
- Colocación de una endoprótesis o [stent](#) (tubo hueco de metal o de plástico) dentro del recto para mantenerlo abierto; esto no requiere cirugía
- Quimiorradioterapia
- Quimioterapia solamente

Si no es posible extirpar los tumores en el hígado mediante la cirugía debido al gran tamaño o a una gran cantidad de éstos, quizá sea posible destruir los tumores (parcial o completamente) con [ablación o embolización](#).

Tratamiento del cáncer de recto recurrente

Un [cáncer recurrente](#)⁷ significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento. Puede que regrese cerca del área del tumor rectal inicial (localmente) o en órganos distantes, como los pulmones o el hígado. Si el cáncer regresa, esto usualmente ocurre dentro de los primeros 2 a 3 años después de la cirugía, aunque también puede regresar mucho tiempo después.

Recurrencia local

Si el cáncer regresa en la pelvis (localmente), se trata con [cirugía](#) para extraer el cáncer, si es posible. Con frecuencia, esta operación es más extensa que la cirugía inicial. En algunos casos, la [radioterapia](#) se puede administrar durante la cirugía (a esto se le llama radioterapia intraoperatoria) o después de la misma. También puede que se administre [quimioterapia](#) después de la cirugía. Podría ser que también se aplique radiación en caso de que no se haya empleado antes.

Recurrencia a distancia

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

Si el cáncer se puede remover, se hace una cirugía. Puede que se administre quimioterapia **antes** de la cirugía (para ver una lista de posibles regímenes de medicamentos refiérase a “Tratamiento del cáncer de recto en etapa IV” que se mencionó anteriormente). También se administra quimioterapia **después** de la operación. Cuando el cáncer se ha propagado al hígado, se puede administrar

quimioterapia a la arteria hepática que llega al hígado.

Si el cáncer no se puede extraer mediante cirugía, se puede administrar quimioterapia y/o [medicamentos de terapia dirigida](#). Para las personas con ciertos cambios genéticos en las células cancerosas, otra opción después podría ser el tratamiento con un medicamento de [inmunoterapia](#). El régimen usado dependerá del tratamiento que la persona haya recibido previamente y de su salud general. Si no se reduce el tamaño del cáncer, se puede intentar una combinación de diferentes medicamentos.

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

Estos cánceres a menudo pueden ser difíciles de tratar. Por lo tanto, tal vez sea buena idea preguntar a su doctor si hay algún [estudio clínico](#)⁸ adecuado para su situación que use tratamientos más recientes.

Para obtener más información sobre la recurrencia, refiérase al contenido sobre [cómo afrontar la recurrencia del cáncer](#)⁹.

La información sobre los tratamientos que se incluye en este artículo no constituye una política oficial de la Sociedad Americana Contra El Cáncer y no tiene como objetivo ofrecer asesoramiento médico que replazce la experiencia y el juicio de su equipo de atención médica contra el cáncer. Su objetivo es ayudar a que usted y su familia estén informados para tomar decisiones conjuntamente con su médico. Es posible que su médico tenga motivos para sugerir un plan de tratamiento distinto de estas opciones generales de tratamiento. No dude en hacer preguntas a su médico sobre sus opciones de tratamiento.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html
2. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
3. www.cancer.org/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html
4. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
5. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
6. www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lymph-nodes-and-cancer.html
7. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-

- [del-tratamiento/recurrencia-del-cancer.html](#)
8. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html
 9. www.cancer.org/content/cancer/es/tratamiento/supervivencia-durante-y-despues-del-tratamiento/recurrencia-del-cancer/como-hacer-frente-a-la-recurrencia-del-cancer.html
 10. www.cancer.org/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/content/cancer/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/referencias.html)¹⁰

Última revisión médica completa: febrero 21, 2018 Actualización más reciente: octubre 20, 2018

cancer.org | 1.800.227.2345