



cancer.org | 1.800.227.2345

DetECCIÓN temprana, diagnóstico y clasificación de la etapa del cáncer colorrectal

Información sobre signos y síntomas del cáncer colorrectal. Vea cómo es se analiza, diagnostica y estadifica el cáncer colorrectal.

DetECCIÓN y diagnóstico

La detección temprana del cáncer, cuando es menor tamaño y no se ha propagado, a menudo permite más opciones de tratamiento. Algunos casos de cáncer en sus etapas iniciales pueden presentar signos y síntomas que se pueden notar, aunque esto no es siempre el caso.

- [¿Se pueden detectar los pólipos y el cáncer colorrectal en sus etapas iniciales?](#)
- [Guías de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Cobertura del seguro médico para pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Signos y síntomas del cáncer colorrectal](#)
- [Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal](#)
- [Understanding Your Pathology Report](#)

Etapas y perspectiva (pronóstico)

Después de un diagnóstico de cáncer, la estadificación proporciona información importante sobre la extensión del cáncer en el cuerpo y la respuesta anticipada al tratamiento.

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

Preguntas a responder sobre el cáncer de colorrectal

A continuación se sugieren algunas preguntas que puede hacer para ayudarle a entender mejor su cáncer diagnóstico y tratamiento opciones.

- [Preguntas a responder sobre el cáncer de colorrectal](#)

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

- [¿Por qué es importante hacer las pruebas de detección del cáncer colorrectal?](#)

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

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

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

El cáncer de colorrectal es la principal causa de muerte por cáncer en los EE.UU. Sin embargo, la [tasa de muertes](#)¹ (el número de muertes por año por cada 100,000 personas) a causa del cáncer colorrectal ha estado disminuyendo durante varias décadas. Una razón para esta disminución consiste en que en la actualidad los pólipos se descubren con más frecuencia mediante las pruebas de detección y se extraen

antes de que se conviertan en cáncer.

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

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

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

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html

Referencias

American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2020*. Atlanta, American Cancer Society; 2020.

American Cancer Society. *Colorectal Cancer Facts & Figures 2020-2022*. Atlanta, American Cancer Society; 2020.

Howlander N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2016, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/, based on November 2018 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2019.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

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

- [Para las personas con riesgo promedio](#)
- [Opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal](#)
- [Para las personas con alto o mayor riesgo](#)
- [Personas con un mayor riesgo de cáncer colorrectal](#)
- [Personas con alto riesgo de cáncer colorrectal](#)

Para las personas con riesgo promedio

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

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

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

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

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

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

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

Opciones de pruebas para la detección del cáncer colorrectal

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

Pruebas basadas en heces fecales

- Prueba inmunoquímica fecal altamente sensible (FIT) cada año
- Prueba de sangre oculta en heces fecales basada en guayacol (gFOBT) altamente sensible cada año
- Prueba multidirigida de ADN (Multi-target stool DNA test) cada 3 años

comenzar las pruebas de detección antes de los 45 años, hacérselas con más

Personas que han padecido cáncer de colon o cáncer de recto

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

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

La mayoría de estas personas necesitarán comenzar a realizarse exámenes colorrectales (colonoscopia o pruebas basadas en heces) a una edad más temprana (dependiendo de la edad que tenían cuando recibieron la radiación). Las pruebas de detección a menudo comienzan 5 años después de que se administró la radiación o a los 30 años, lo que ocurra primero. Es posible que estas personas también deban someterse a exámenes de detección con más frecuencia de lo normal (por ejemplo, al menos cada 3 a 5 años).

Personas con alto riesgo de cáncer colorrectal

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

Por lo general, estas personas necesitan hacerse colonoscopias (y ningún otro tipo de prueba) a partir de al menos 8 años después de que se les diagnostique la enfermedad inflamatoria intestinal. Las colonoscopias de seguimiento deben realizarse cada 1 a 3 años, según los factores de riesgo de cáncer colorrectal de la persona y los resultados de la colonoscopia anterior.

Personas que se sabe o se sospecha tienen ciertos síndromes genéticos

Generalmente estas personas necesitan hacerse una colonoscopia (no cualquiera de las otras pruebas). A menudo, se recomienda que las pruebas de detección comiencen a una edad temprana, posiblemente tan temprano como la adolescencia en caso de

debe seguir, basándose en su riesgo individual.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html

Referencias

Children's Oncology Group. Long-Term Follow-Up Guidelines for Survivors of Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer. Version 5.0 - October 2018. Accessed at http://www.survivorshipguidelines.org/pdf/2018/COG_LTFU_Guidelines_v5.pdf on Feb 11, 2020.

Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr;113(4):481-517. doi: 10.1038/ajg.2018.27. Epub 2018 Mar 27.

Smith RA, Adrenw KLS, Brook Di, Febdewa SA, Aanagssaram-BaptisteDi, FSasow- D ehl. VCCN Clisc National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Genetic/Del lial High-Risk Assessment: Colorectal. V.3.2019. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_colon.pdf on Feb 10, 2020.

NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines

Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin*. 2018 Jul;68(4):250-281. doi: 10.3322/caac.21457. Epub 2018 May 30.

Actualización más reciente: noviembre 17, 2020

Pruebas de detección del cáncer colorrectal

- [Pruebas basadas en heces fecales](#)
- [Exámenes visuales \(estructurales\)](#)
- [¿Cuáles son algunas de las limitantes y beneficios las pruebas de detección para el cáncer colorrectal?](#)

Las pruebas y exámenes de detección se realizan como parte del proceso de determinar la presencia de cáncer en las personas que no presentan ningún síntoma. Se pueden usar varias pruebas para detectar el cáncer colorrectal (consulte [Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección del cáncer colorrectal](#)). **Independientemente de la prueba que escoja, lo más importante es hacerse la prueba de detección.**

Estas pruebas pueden ser divididas en dos grupos principales:

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

Cada una de estas pruebas presenta ventajas y desventajas diferentes (refiérase a la

tabla a continuación), y algunas de estas pruebas podrían ser mejores opciones para usted que otras.

Si usted se somete a la detección con una prueba que no sea colonoscopia, y la prueba indica cualquier anomalía en los resultados, se deberá hacer una colonoscopia en el tiempo correspondiente.

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

Pruebas basadas en heces fecales

Por medio de estas pruebas se examinan las heces fecales (excremento) para saber si hay posibles signos de cáncer colorrectal o pólipos. Estas pruebas generalmente se realizan en casa, por lo que muchas personas las encuentran más fáciles que pruebas como una colonoscopia. Sin embargo, es necesario realizar estas pruebas con más frecuencia. Además, si el resultado de una de estas pruebas de heces fecales es positivo (anormal), usted necesitará hacerse una colonoscopia para saber si tiene cáncer.

Prueba inmunoquímica fecal (FIT)

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

La prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) busca sangre oculta en las heces de los intestinos inferiores. Se debe realizar cada año, a diferencia de algunas otras pruebas (como las pruebas visuales descritas más adelante). Esta prueba puede hacerse desde la comodidad (privacidad, conveniencia, etc) del hogar.

A diferencia de la gFOBT (vea información más adelante), no existen restricciones relacionadas con medicamentos o alimentos antes de la prueba (las vitaminas y los alimentos 1 f4 rg /rs a sedF losUn.r 11.s y los

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

Si el resultado de la prueba da positivo (presencia de sangre oculta en las muestras), se requerirá de una colonoscopia para hacer un estudio más a fondo. Aunque la sangre en las heces fecales puede deberse a cáncer o a pólipos, también puede tener otras causas, tales como úlceras, hemorroides u otras afecciones.

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

La prueba de sangre oculta en heces basada en guayacol (gFOBT) detecta sangre oculta en las heces a través de una reacción química. Pero al igual que la FIT, la

- Más de 250 mg de vitamina C al día ya sea de suplementos o de frutas y jugos cítricos durante 3 a 7 días antes de la prueba. (Esto puede afectar las sustancias químicas en la prueba y provocar que el resultado sea negativo, aun cuando hay sangre).
- Carne roja (res, cordero o hígado) durante 3 días antes de la prueba. (Los componentes de la sangre en la carne podrían causar que el resultado de la prueba sea positivo).

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

Cómo obtener las muestras: Esta prueba es un kit con instrucciones del consultorio médico o de la clínica sobre cómo realizar la prueba. Las instrucciones le indicarán cómo obtener muestras de excremento en su casa (generalmente muestras de tres evacuaciones distintas cuyas muestras son recolectadas con tarjetas). Las muestras recolectadas se entregan al consultorio del médico o a un laboratorio clínico para su posterior análisis.

Cuando vaya a realizar la prueba, tenga listos todos los suministros en un solo lugar. Por lo general, los suministros consisten en un kit de prueba, tarjetas para la prueba, un cepillo o aplicador de madera y un sobre para enviar la muestra por correo. En el kit de prueba se proveerá instrucciones detalladas sobre cómo obtener las muestras de heces fecales. ar la prueba, gs (heces fecales. ar la 712 Tf f 0 0 0 rg /GS419 gs (C3mo obtAsegú g een

de ADN en heces fecales [*MT-sDNA*] o [*FIT- ADN*]) identifica ciertas secciones anormales de ADN provenientes del cáncer o de células de pólipos, así como sangre oculta en las heces. A menudo, las células de los cánceres colorrectales o de los pólipos contienen mutaciones de ADN (cambios) en ciertos genes. Las células con estas mutaciones a menudo llegan hasta las heces fecales, y puede que las pruebas las detectan. La prueba Cologuard, la única disponible en EE.UU. actualmente, es útil para detectar mutaciones del ADN y para encontrar sangre en las heces fecales (FIT).

Esta prueba puede hacerse desde la comodidad (privacidad, conveniencia, etc) del hogar cada tres años. Realiza un análisis completo sobre la muestra. Con esta prueba no se requiere cumplir con restricciones dietéticas o de medicamentos para poder realizarla.

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

Si la prueba es positiva (si se descubre sangre o cambios de ADN), se necesitará una colonoscopia.

Exámenes visuales (estructurales)

Con estas pruebas se observa el interior del colon y del recto para detectar cualquier área anormal que pueda ser cáncer o pólipos. Estas pruebas se pueden hacer con menos frecuencia que las pruebas de heces fecales, pero requieren más preparación con anticipación. Además, puede que haya algunos riesgos que no se presentan con las pruebas de heces fecales.

Colonoscopia

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

Para ver una animación visual de una colonoscopia y saber más detalles sobre cómo prepararse para el procedimiento, cómo se realiza y los posibles efectos secundarios, consulte [colonoscopia](#)¹.

(**Nota:** esta prueba es diferente a una colonoscopia virtual [también conocida como *colonografía por CT*], que es un tipo de [tomografía computarizada](#)²).

Colonografía por CT (colonoscopia virtual)

Este examen es un tipo avanzado de tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés) del colon y del recto con el que se puede observar cualquier anomalía, como pólipos o cáncer. Los programas especiales de computadora usan rayos X y una tomografía computarizada para crear imágenes tridimensionales del interior del colon y el recto. No requiere sedación (dar medicamento para adormecer al paciente) ni el uso de endoscopio en el recto o el colon o algún otro instrumento para procedimientos médicos.

Este estudio se puede usar en las personas que no pueden o no quieren someterse a un examen más invasivo, como una colonoscopia. Se puede hacer con bastante rapidez, pero requiere el mismo tipo de preparación intestinal que para una colonoscopia.

Si se observan pólipos u otras áreas sospechosas en esta prueba, será necesario realizar una colonoscopia para extirpar o examinar la región según se requiera.

Antes del examen: Para obtener buenas imágenes, es importante que se vacíen el

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

Sigmoidoscopia flexible

Una sigmoidoscopia flexible es similar a una colonoscopia, excepto que no se examina todo el colon. Se introduce un sigmoidoscopio (un tubo flexible e iluminado del grosor de un dedo con una pequeña cámara de video en el extremo) a través del ano hasta el recto y luego se mueve hacia la parte inferior del colon. Pero el sigmoidoscopio mide solo unos 60 cm (2 pies) de largo, por lo que el médico solo puede ver menos de la mitad del colon y todo el recto. Las imágenes del endoscopio se ven en una pantalla de video para que el médico pueda encontrar y posiblemente eliminar cualquier área anormal.

Esta prueba no es ampliamente usada como prueba de detección para el cáncer colorrectal en los Estados Unidos.

Antes del examen:

Para obtener buenas imágenes, se requerirá vaciar el colon y el recto antes del examen. Probablemente le indiquen seguir las mismas instrucciones de preparación intestinal que se siguen para la colonoscopia.

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

Probablemente le pedirán que se acueste en una camilla sobre el lado izquierdo con las rodillas dobladas hacia el pecho. Antes del examen, es posible que su médico inserte un dedo cubierto con un guante lubricado en su recto para examinarlo. El sigmoidoscopio se lubrica primero para facilitar su colocación en el recto. Para que el médico pueda ver mejor el revestimiento interno, se bombeará aire hacia el colon y el recto a través del sigmoidoscopio. Esta puede causar algunas molestias, pero no debería ser dolorosa. Asegúrese de informar a su médico si siente dolor durante el

procedimiento.

<p>basada en guayacol (gFOBT)</p>	<p>No requiere preparación intestinal</p> <p>Muestra tomada en su casa</p> <p>De bajo costo</p>	<p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Se necesitan cambios en la dieta (y posiblemente cambios en los medicamentos) antes de la prueba</p> <p>Se requiere cada año</p> <p>Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia</p>
<p>Prueba de ADN en heces fecales</p>	<p>No presenta riesgo directo al colon</p> <p>No requiere preparación intestinal</p> <p>No requiere cambios en la dieta o en los medicamentos antes de la prueba</p> <p>Muestra tomada en su casa</p>	<p>Puede pasar por alto muchos pólipos y algunos cánceres</p> <p>Puede dar resultados positivos falsos</p> <p>Debe hacerse cada 3 años</p> <p>Si resulta anormal, será necesaria una colonoscopia</p> <p>Al ser relativamente nueva, podría haber alguna complicación en la cobertura del costo</p>
<p>Colonoscopia</p>	<p>Generalmente se puede observar todo el colon</p> <p>Puede hacerse biopsia y extirpar pólipos</p> <p>Se hace cada 10 años</p> <p>Puede ayudar a encontrar otras enfermedades</p>	<p>Puede pasar por alto pólipos pequeños</p> <p>Requiere preparación total del intestino</p> <p>Más costosa si se compara el costo</p>

		sangrado, infección o perforación intestinal
Colonografía por CT (colonoscopia virtual)		

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html

Referencias

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colorectal Cancer Screening. V.2.2019. Accessed at https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf on Feb 11, 2020.

Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D et al. Cancer screening in the United States, 2018: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: Cancer J Clin.* 2018;68(4):297-316. doi: 10.3322/caac.21446. Epub 2018 May 30.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Cobertura del seguro médico para pruebas de detección del cáncer colorrectal

- [La ley federal](#)
- [Cobertura de seguro médico privado para las pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Cobertura de Medicare para las pruebas de detección del cáncer colorrectal](#)
- [Cobertura de Medicaid para la detección del cáncer colorrectal](#)

La Sociedad Americana Contra El Cáncer sostiene que todas las personas deben tener acceso a las pruebas de detección del cáncer, independientemente de la cobertura. Las limitaciones en la cobertura no deben impedir que alguien pudiera beneficiarse al realizar las pruebas para la detección temprana del cáncer. La Sociedad Americana Contra El Cáncer apoya las leyes que promueven que todas las personas tengan acceso a las pruebas de detección temprana del cáncer por tener cubiertos los costos de las mismas. Estas leyes se ajustan en función a la edad y al riesgo, según las evidencias científicas vigentes que se explican en las [guías de detección temprana de la Sociedad Americana Contra El Cáncer](#)¹.

La ley federal

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

La USPSTF actualmente Americana Contra El Cáncer recomienda que las personas en riesgo promedio de desarrollar cáncer colorrectal comiencen las pruebas rutinarias para la detección a partir de los 45 años.

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

ras leyes fede164.18 S 0 G 1 w BT 1 0 0 1 72 339893 Tm /F2 12 T gs ()Tj 0 g 0 0.2 0

beneficiarios.

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

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

Aunque muchos planes de salud privados cubren los costos de la colonoscopia como prueba de detección, en ciertos casos podría surgir la necesidad de algún servicio relacionado a ser saldado por el paciente. Revise su plan de atención médica para saber los detalles específicos, incluyendo si su médico está en la lista de “proveedores de salud” de su compañía de seguros. Si el médico no pertenece a la red de su plan de salud, puede que usted tenga que pagar más en efectivo. **Llame a su aseguradora si tiene alguna pregunta o no está seguro de algo.**

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

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

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

Las opciones distintas a la colonoscopia también están disponibles y la gente podría optar por una de estas pruebas por una variedad de razones. Como ya se mencionó, la

prueba de detección en sí debe estar cubierta por el plan de salud sin que haya copagos ni deducibles para el paciente. Pero si la prueba de detección que no sea una colonoscopia resulta en positivo (anormalidad), será necesario continuar con una colonoscopia. Algunas compañías aseguradoras consideran que dicha colonoscopia sería de **diagnóstico** (no de detección), por lo que se incurriría en un deducible o copago.

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

Cobertura de Medicare para las pruebas de detección del cáncer colorrectal

El programa [Medicare](#)³ cubre un examen físico preventivo inicial para todos los beneficiarios. Este examen debe hacerse dentro del año de inscripción con Medicare. El examen físico “Bienvenido a Medicare” incluye la transferencia a servicios preventivos que ya están cubiertos por Medicare, incluyendo las pruebas de detección para el cáncer colorrectal.

Si usted ha contado con el beneficio de Medicare Parte B por más de 12 meses, tiene incluida (sin costo para usted) una revisión médica anual con su médico general. Esta consulta tiene el objetivo de desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado para prevenir enfermedades y discapacidades. Su proveedor de atención médica deberá junto con usted preparar el plan de pruebas programadas (como una lista de comprobación) para los procedimientos de medicina preventiva que correspondan a su caso, incluyendo la prueba para la detección del cáncer de colorrectal.

¿Qué pruebas de detección del cáncer colorrectal cubre Medicare?

Medicare ofrece cobertura para las siguientes pruebas, generalmente a partir de los 45 años:

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

Prueba de ADN en las heces fecales (Cologuard) cada 3 años para las personas de

45 a 85 años que no presenten síntomas de cáncer colorrectal y que no tengan un mayor riesgo de cáncer colorrectal.

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

Colonoscopia

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

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

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

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

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

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

- **Prueba anual de sangre oculta en las heces fecales (FOBT)/prueba inmunoquímica fecal (FIT):** cubierta sin ningún costo para los beneficiarios que tengan 45 años o más* (sin coaseguro ni el deducible de la Parte B).
- **Prueba de ADN en las heces fecales (Cologuard):** cubierta sin ningún costo* para aquellas personas de 45 a 85 años, siempre y cuando no se encuentren en un mayor riesgo de cáncer colorrectal y no presenten síntomas de cáncer colorrectal (sin coaseguro o deducible de la Parte B).

Es importante saber que **si el resultado de una prueba de laboratorio FOBT, FIT o ADN en heces da positivo**, Medicare cubrirá el costo de una colonoscopia de

detección de seguimiento. Usted no tendrá que pagar por esta prueba siempre y cuando su médico o proveedor de atención médica calificado acepte la cantidad que paga Medicare como pago total. Sin embargo, si se descubre un pólipo u otro tejido y se extrae durante la detección colonoscopia, usted podría pagar el 15% de la cantidad aprobada por Medicare de los servicios de su médico.

- **Colonoscopia:** cubierta sin ningún costo* a cualquier edad (no paga coaseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección. **Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extrae una masa, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 15% del coaseguro y/o copago, o ambos (pero ya no habrá necesidad de pagar deducible).
- **Sigmoidoscopia flexible:** cubierta sin ningún costo* (no paga coaseguro, copago ni el deducible de la Parte B) cuando se hace como prueba de detección. **Nota:** Si después de la prueba se hace una biopsia o se extrae una masa, ya no se considera una prueba de “detección”, y usted tendrá que cubrir el 15% del coaseguro y/o copago, o ambos (pero ya no habrá necesidad de pagar deducible de la Parte B).
- **Enema de bario de doble contraste:** usted paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios del médico. Si la prueba se hace en una clínica ambulatoria o un centro quirúrgico ambulatorio, usted también paga el copago del hospital (pero no tendrá que pagar el deducible por la Parte B).

Si se va a someter a una colonoscopia (o una sigmoidoscopia) de detección, asegúrese de averiguar si habrá algo relacionado por lo que tendrá usted que pagar. Esto puede ayudar a evitar gastos imprevistos.

- Pregunte cuánto tendrá que pagar si un pólipo es extirpado o si se hace una biopsia. Usted paga 15% de la cantidad aprobada por Medicare para cubrir los servicios del médico.
- Es posible que también deba pagar el kit de preparación intestinal a menos que su plan Medicare Parte D o Medicare Advantage cubra el costo.
- Dependiendo de dónde se realice la colonoscopia, es posible que deba pagar un coseguro del 15 % por una tarifa del centro.

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

Cobertura de Medicaid para la detección del cáncer colorrectal

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

Signos y síntomas del cáncer colorrectal

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

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

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

Algunas personas puede que presenten señales de propagación del cáncer al hígado generando un agrandamiento del hígado grande durante la examinación, ictericia (coloración amarillenta de la piel o el blanco de los ojos) o dificultad para respirar debido a la propagación a los pulmones.

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

Referencias

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Colon Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 12, 2020.

National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Rectal Cancer Treatment. 2020. Accessed at <https://www.cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-treatment-pdq> on February 12, 2020.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Pruebas para diagnosticar y clasificar la etapa del cáncer colorrectal

- [Antecedentes médicos y examen médico](#)
- [Pruebas para detectar sangre en las heces fecales](#)
- [Análisis de sangre](#)
- [Colonoscopia de diagnóstico](#)
- [Proctoscopia](#)
- [Biopsia](#)
- [Estudios por imágenes para encontrar el cáncer colorrectal](#)

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

Antecedentes médicos y examen médico

Su médico le preguntará acerca de su historial clínico para conocer los posibles factores de riesgo, incluyendo sus antecedentes familiares. También se le preguntará si presenta cualquier síntoma y, de ser así, cuando comenzó y por cuánto tiempo lo ha tenido.

Como parte del examen físico, su médico examinará su abdomen para tratar de detectar masas u órganos que estén agrandados, y también examinará el resto de su cuerpo. También es posible que le hagan un examen digital del recto. Durante este

examen, el médico se coloca un guante en la mano, inserta un dedo lubricado en el recto del paciente y palpa para determinar si hay cualquier área anormal.

Pruebas para detectar sangre en las heces fecales

Si usted acude a consulta médica debido a anemia u algún síntoma (además de los síntomas evidentes como sangrado del recto o sangre en las heces), el médico podría recomendar hacer una prueba para comprobar si hay sangre en sus heces fecales que no sea visible a simple vista (sangre oculta), lo cual puede ser un signo de cáncer provisto un resultado positivo de la prueba. Estos tipos de pruebas (prueba de sangre oculta en las heces fecales [FOBIT] o prueba inmunoquímica fecal [FIT]) se realizan en el hogar, y requieren obtener de 1 a 3 muestras de materia fecal de una evacuación. Para más información sobre cómo se hacen estas pruebas, consulte [pruebas para detectar el cáncer colorrectal](#).

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

Análisis de sangre

Puede que su médico ordene ciertas pruebas de sangre para ayudar a determinar si usted tiene cáncer colorrectal. Estas pruebas pueden también utilizarse para ayudar a examinar el estado de enfermedad para los casos de ya haber un diagnóstico.

Hemograma completo (CBC): esta prueba mide los diferentes tipos de células en su sangre. Puede indicar si tiene [anemia](#)¹ (muy pocos glóbulos rojos). Algunas personas con cáncer colorrectal se vuelven anémicas porque el tumor ha sangrado durante mucho tiempo.

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

Marcadores de tumores: en ocasiones, las células del cáncer colorrectal producen sustancias, llamadas marcadores tumorales que se pueden detectar en la sangre. El marcador tumoral más común para el cáncer colorrectal es el antígeno carcinoembrionario (CEA).

Las pruebas sanguíneas para estos marcadores tumorales a veces pueden sugerir la presencia de cáncer colorrectal, pero no pueden usarse solas para detectar o

diagnosticar el cáncer. Esto se debe a que los niveles del marcador tumoral pueden a veces ser normales en alguien que tiene cáncer y pueden ser anormales debido a otras razones aparte del cáncer.

Por lo general, si durante cualquier prueba diagnóstica o de detección se sospecha la presencia de un cáncer colorrectal, se realiza una biopsia durante la colonoscopia. En una biopsia, el médico extrae un fragmento de tejido con un instrumento especial que se pasa a través del endoscopio. Con menos frecuencia, es posible que se necesite extirpar quirúrgicamente parte del colon para hacer el diagnóstico. Refiérase al contenido (disponible en inglés) titulado [Testing Biopsy and Cytology Specimens for Cancer](#)³ para consultar más información sobre los tipos de biopsias, cómo se usa el tejido en el laboratorio para diagnosticar el cáncer, y lo que indicarán los resultados.

Pruebas de laboratorio de las muestras de biopsia

Las muestras de biopsia (de la colonoscopia o la cirugía) se envían al laboratorio donde se examinan minuciosamente. Si se determina la presencia de cáncer, puede que también se hagan otras pruebas de laboratorio sobre las biopsias para ayudar a clasificar mejor el cáncer y posiblemente determinar opciones de tratamiento.

Pruebas moleculares: Si el cáncer está avanzado, es probable que se analicen las células cancerosas en busca de cambios genéticos y proteicos específicos que podrían ayudar a determinar si la [terapia dirigida de medicamentos](#)⁴ se incluye entre las opciones de tratamiento. Por ejemplo, las células cancerosas generalmente se analizan para determinar la presencia de cambios (mutaciones) en los genes **KRAS**, **NRAS**, y **BRAF**, así como para otros cambios genéticos y proteicos.

- Si se descubre que las células cancerosas tienen una mutación en el gen **BRAF** que se denomina **BRAF V600E**, en algunos casos podría ser útil el tratamiento con medicamentos que se dirigen a las proteínas BRAF y EGFR.
- Algunos cánceres colorrectales sin mutaciones en los genes **KRAS**, **NRAS**, o **BRAF** pueden ser sometidos a pruebas para ver si producen un exceso de **proteína HER2**. Para estos tipos de cáncer, los medicamentos de terapia dirigida a HER2 podría resultar útil.
- Los cánceres colorrectales sin mutaciones en los genes **KRAS**, **NRAS**, o **BRAF** podrían ser sometidos a prueba para cambios en el gen **NTRK**. Estos cambios pueden eventualmente resultar en que las células presenten un crecimiento anormal. Para los cánceres que presenten uno de estos cambios genéticos, los medicamentos codificados para dirigirse al gen **NTRK** podrían ser útiles.

Para obtener más información sobre este tipo de medicamentos que podrían usarse, remítase al contenido sobre [medicamentos de terapia dirigida para el cáncer colorrectal](#)⁵.

Al igual que la CT, las [imágenes por resonancia magnética](#)¹³ (MRI) muestran imágenes detalladas de los tejidos blandos del cuerpo. Sin embargo, las MRI utilizan ondas de radio e imanes potentes en lugar de rayos X. Para mostrar mejor los detalles, puede que una sustancia de contraste conocida *gadolinio* se inyecte a través de una vena previamente al comienzo de esta prueba.

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

MRI endorrectal: Los estudios con MRIs en la pelvis pueden hacerse en pacientes con cánceres rectales para determinar si el tumor se ha propagado a las estructuras adyacentes. Esto puede ayudar a planear la cirugía y otros tratamientos. Algunos médicos usan la MRI endorrectal buscando una mayor precisión en los resultados generados. Para realizar este estudio, el médico coloca una sonda llamada *espiral endorrectal* en el interior del recto. Durante el estudio, esta sonda permanece colocada por 30 a 45 minutos que podría ser algo molesto o incómodo.

Radiografía de tórax

Un [radiografía](#)¹⁴ se puede hacer después de que se haya diagnosticado el cáncer colorrectal para ver si el cáncer se ha propagado a los pulmones, pero con mayor frecuencia se realiza una tomografía computarizada de los pulmones, ya que tiende a brindar imágenes más detalladas.

Tomografía por emisión de positrones

Para una [tomografía por emisión de positrones \(PET\)](#)¹⁵, se inyecta en la sangre un tipo de azúcar ligeramente radiactivo (conocido como FDG, por sus siglas en inglés) que se acumula principalmente en las células cancerosas. Las PETs no se realizan de forma rutinaria en personas diagnosticadas con cáncer colorrectal. Las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas se usan con más frecuencia.

Angiografía

La angiografía es un [estudio radiológico](#)¹⁶ para examinar los vasos sanguíneos. Se inyecta un tinte de contraste en una arteria y luego se toman radiografías. El tinte delinea los vasos sanguíneos en las radiografías.

Si su cáncer se ha propagado al hígado, este estudio puede mostrar las arterias que suplen sangre a esos tumores. Esta información puede ayudar a los cirujanos a decidir si los tumores del hígado se pueden extirpar y, de ser así, puede ayudar a planificar la

operación. La angiografía también puede ser útil en la planificación de otros tratamientos para la propagación del cáncer al hígado, como la [embolización](#)¹⁷.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/efectos-secundarios/recuentos-sanguineos-bajos/anemia.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/endoscopia/colonoscopia.html
3. www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/tests/biopsy-and-cytology-tests.html
4. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
5. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/terapia-dirigida.html
6. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html
7. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/inmunoterapia.html
8. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-endometrio.html
9. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-colon.html
10. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/tomografia-por-computadora-y-el-cancer.html
11. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/ecografia-y-el-cancer.html
12. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/imagen-por-resonancia-magnetica-y-el-cancer.html
13. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
14. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html
15. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/pruebas/estudios-por-imagenes/radiografias-y-otros-estudios-radiograficos.html
16. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento/ablacion-embolizacion.html

Etapas del cáncer colorrectal

- [¿Cómo se determina la etapa?](#)

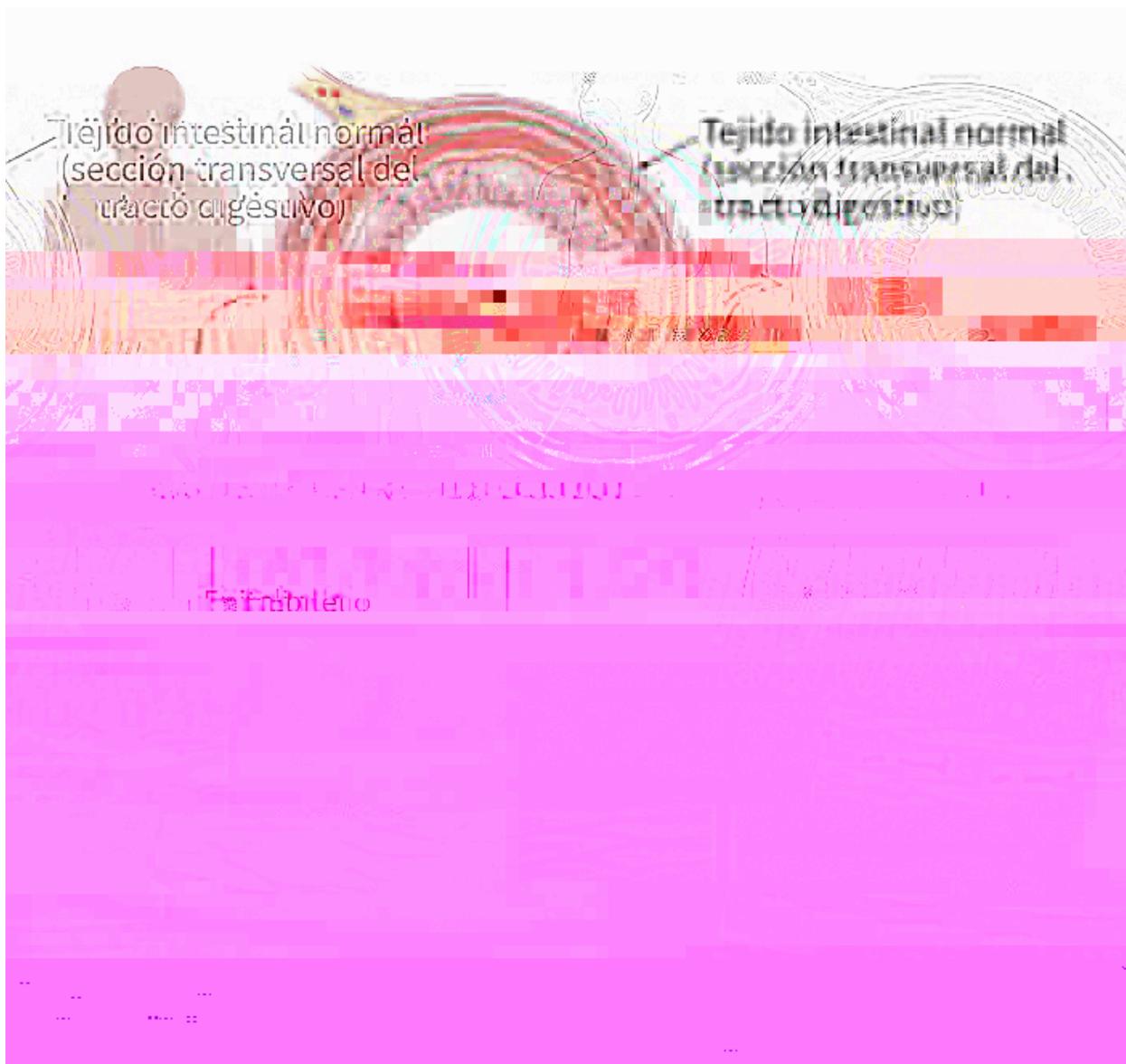
Después del diagnóstico de cáncer colorrectal, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado y si es así, a qué distancia. Este proceso se llama *estadificación* (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a saber qué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

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

¿Cómo se determina la etapa?

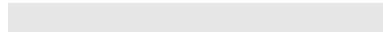
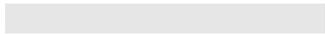
El sistema de estadificación que se emplea con más frecuencia para el cáncer colorrectal es el sistema **TNM** del American Joint Committee on Cancer (AJCC) que se basa en tres piezas clave de información:

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



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

El sistema descrito fue desarrollado en función de las definiciones de las etapas que conforman el sistema AJCC más reciente, en vigor desde enero de 2018 el cual considera la *etapa patológica* (también llamada la *etapa quirúrgica*), que se determina mediante el análisis de muestras de tejidos que se extraen durante una operación. Esta también se conoce como *etapa quirúrgica*. Esta es probablemente más precisa que la



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

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

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

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

información.

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento.html
2. www.cancer.org/es/cancer/diagnostico-y-etapa-del-cancer/estadificacion-del-cancer.html

Referencias

American Joint Committee on Cancer. Chapter 20 - Colon and Rectum. En: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer; 2017.

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Tasas de supervivencia para el cáncer colorrectal

- [¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?](#)
- [¿De dónde provienen estos porcentajes?](#)
- [Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de colon](#)
- [Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de recto](#)
- [Cómo entender los porcentajes](#)

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

Tenga en cuenta que las tasas de supervivencia son cálculos (estimaciones) que

a menudo se basan en los resultados previos de un gran número de personas que padecieron un cáncer específico; sin embargo, no pueden predecir lo que sucederá en el caso particular de una persona. Estas estadísticas pueden ser confusas y pueden ocasionar que usted tenga más preguntas. Pregunte al médico familiarizado con su atención contra el cáncer lo que las cifras que se presentan continuación implicarían en su caso.

¿Qué es tasa relativa de supervivencia a 5 años?

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

¿De dónde provienen estos porcentajes?

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

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de colon o recto en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. La base de datos SEER no agrupa a los cánceres en las etapas I, II y III, etc. propias del [sistema TNM del AJCC](#) sino que los agrupa en función de las etapas local, regional y distante:

- **Localizado:** No hay señal de que el cáncer se haya propagado fuera del colon o del recto.
- **Regional:** El cáncer se ha propagado externamente del colon o recto hacia las estructuras o los ganglios linfáticos que se encuentran en la proximidad.
- **Distante:** El cáncer se ha propagado a distantes partes del cuerpo, como hacia el hígado, los pulmones o ganglios linfáticos distantes.

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de colon

Estas cifras se determinaron de acuerdo a los casos de cáncer de colon que se diagnosticaron entre 2012 y 2018.

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	91%
Regional	72%
Distante	13%
Todas las etapas SEER combinadas	63%

Tasas relativas de supervivencia a 5 años del cáncer de recto

Estas cifras se determinaron de acuerdo a los casos de cáncer de recto que se diagnosticaron entre 2012 y 2018.

Etapa SEER	Tasa relativa de supervivencia a 5 años
Localizado	90%
Regional	74%
Distante	17%
Todas las etapas SEER combinadas	68%

Cómo entender los porcentajes

- **Estos porcentajes se aplican solo a la etapa del cáncer cuando se hizo el diagnóstico por primera vez.** No se aplican en situaciones en donde el cáncer crece, se propaga o regresa después del tratamiento.
- **Al calcular estos porcentajes, no se tomaron en cuenta todos los factores.** Las tasas de supervivencia se agrupan en función de qué tanto se ha propagado el cáncer, pero la edad, el estado general de salud, el lado del colon en que se originó el tumor (izquierdo o derecho), presencia de [cambios en genes o proteínas](#) en las células cancerosas y qué tan bien responde el cáncer al tratamiento, entre otros factores también pueden afectar su perspectiva.
- **Las personas que en la actualidad reciben un diagnóstico de cáncer de colon**

mi caso?

- ¿Necesitaré otras [pruebas](#) antes de poder decidir el tratamiento?
- ¿Ha sido mi cáncer analizado con pruebas de laboratorio para determinar la presencia de cambios genéticos que podrían ayudarme a seleccionar mis opciones de tratamiento?
- ¿Tengo que consultar con otros médicos o profesionales de la salud?
- Si me preocupan los gastos y la cobertura del seguro para mi diagnóstico y tratamiento, ¿quién me puede ayudar?

Al momento de decidir un plan de tratamiento

- ¿Cuáles son mis [opciones de tratamiento](#)¹?
- Si la cirugía es parte de mi tratamiento, ¿necesitaré una ostomía? En el caso de requerirla, ¿sería de tipo temporal o permanente? ¿Quién me enseñará los cuidados de ostomía que debería seguir?
- ¿Qué recomienda y por qué?
- ¿Cuánta experiencia tiene con el tratamiento de este tipo de cáncer?
- ¿Debería buscar una segunda opinión? ¿Cómo gestiono esto? ¿Me puede recomendar a alguien?
- ¿Cuál sería el objetivo del tratamiento?
- ¿Con qué prontitud tenemos que decidir el tratamiento?
- ¿Qué debo hacer a fin de prepararme para el tratamiento?
- ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Cómo será la experiencia del tratamiento? ¿Dónde se llevará a cabo el tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o los efectos secundarios de los tratamientos que sugiere? ¿Qué puedo hacer para reducir los efectos secundarios del tratamiento?
- ¿Cómo afectaría el tratamiento mis actividades diarias? ¿Puedo continuar con mi trabajo a tiempo completo?
- ¿Cuáles son las probabilidades de combatir mi cáncer con las opciones de tratamiento recomendadas?
- ¿Cuáles serían mis opciones si el tratamiento no surte efecto o si el cáncer regresa (recurrencia) después del tratamiento?
- ¿Qué puedo hacer si tengo problemas de transporte para acudir y regresar de mis citas para los tratamientos?

Durante el tratamiento

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

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

Después del tratamiento

- ¿Necesito una dieta especial después del tratamiento?
- ¿Hay límites en las actividades que puedo hacer?
- ¿Hay síntomas que deba yo vigilar?
- ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer ahora?
- ¿Qué tipo de atención médica de seguimiento necesitaré después del tratamiento?
- ¿Con qué frecuencia necesitaré exámenes de seguimiento y estudios por imágenes?
- ¿Cuándo se debe realizar mi próxima colonoscopia?
- ¿Necesitaré hacerme algún análisis de sangre?
- ¿Cómo podemos saber si el cáncer ha regresado? ¿A qué debo prestar atención?
- ¿Cuáles serán mis opciones si el cáncer regresa?

Además de estos ejemplos de preguntas, asegúrese de escribir las que usted desee hacer. Por ejemplo, puede que quiera más información acerca del tiempo de

recuperación del tratamiento. Por otra parte, usted tal vez quiera preguntar sobre los [estudios clínicos](#)² para los que usted cumpla los requisitos de inclusión.

Recuerde que los médicos no son los únicos que pueden proporcionarle información. Otros profesionales de atención médica, como enfermeras y trabajadores sociales, quizás puedan responder a algunas de sus preguntas. Usted puede encontrar más información sobre cómo comunicarse con su equipo de profesionales que atiende su salud en [La relación entre el médico y el paciente](#).³

Hyperlinks

1. www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-o-recto/tratamiento.html
2. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tomar-decisiones-sobre-el-tratamiento/estudios-clinicos.html
3. www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/encontrar-tratamiento/la-relacion-entre-el-medico-y-el-paciente.html

Actualización más reciente: junio 29, 2020

Escrito por

Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la American Cancer Society (<https://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.

La información médica de la American Cancer Society está protegida bajo la ley *Copyright* sobre derechos de autor. Para solicitudes de reproducción, por favor refiérase a nuestra Política de Uso de Contenido (www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html) (información disponible en inglés).

cancer.org | 1.800.227.2345