



NCCN  
GUIDELINES  
FOR PATIENTS®

2021

# Detección del cáncer colorrectal

Presentada con el respaldo de:



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®  
**FOUNDATION**  
Guiding Treatment. Changing Lives.

**FIGHT**  
★  
COLORECTAL CANCER



Disponible en Internet en [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients)



**Es fácil  
perderse en  
el mundo del  
cáncer**



**Deje que  
NCCN Guidelines  
for Patients®  
lo oriente**

- ✓ Guías paso a paso para conocer las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados
- ✓ Basadas en las guías para el tratamiento usadas por los profesionales de atención médica en todo el mundo
- ✓ Diseñadas para ayudarlo a hablar sobre el tratamiento del cáncer con sus médicos



## NCCN Guidelines for Patients® fue desarrollada por National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)



### NCCN

- ✓ Una alianza de centros oncológicos de gran importancia en los Estados Unidos dedicados a la atención de los pacientes, la investigación y la educación

Centros oncológicos  
que forman parte de NCCN:  
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



### NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

- ✓ Desarrollada por los médicos de los centros oncológicos de NCCN por medio de las investigaciones más recientes y su larga experiencia
- ✓ Para profesionales de tratamiento oncológico de todo el mundo
- ✓ Recomendaciones de expertos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer

Versión gratuita en línea en  
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



### NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Presenta la información de NCCN Guidelines en un formato que facilita el aprendizaje
- ✓ Para las personas con cáncer y sus grupos de apoyo
- ✓ Explica las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados

Versión gratuita en línea en  
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

### NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para la detección del cáncer colorrectal (versión 2.2021, 13 de abril de 2021).

© 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, ni médicos ni pacientes, está autorizada a utilizar la Guía NCCN Guidelines for Patients con fines comerciales, ni puede declarar, de forma implícita o explícita, que NCCN Guidelines for Patients que haya sido modificada de cualquier manera fue derivada de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa, se relaciona o surge de ella. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede modificarse siempre que se descubra información nueva. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso de modo alguno.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer por medio de la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también está comprometida con el desarrollo de tratamientos para el cáncer por medio de la financiación de los médicos prometedores del país en el centro de innovación para la investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) / NCCN Foundation  
3025 Chemical Road, Suite 100  
Plymouth Meeting, PA 19462  
+1 215.690.0300



## NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

Para efectuar una donación u obtener más información, visite [NCCNFoundation.org/donate](https://www.nccnfound.org/donate) o envíe un correo electrónico a [PatientGuidelines@NCCN.org](mailto:PatientGuidelines@NCCN.org).



## También cuenta con el apoyo de Fight Colorectal Cancer

Luchamos para curar el cáncer colorrectal y actuamos como implacables defensores de la esperanza para todos los afectados por esta enfermedad a través del apoyo a pacientes informados, cambios de impacto en las políticas y esfuerzos de investigación de vanguardia. Como organización dedicada a ayudar a la comunidad a encontrar recursos de confianza para tomar decisiones informadas sobre su salud, estamos orgullosos de apoyar este recurso integral.

[Fightcolorectalcancer.org](https://fightcolorectalcancer.org)

### Con el generoso respaldo de:

Kristina Gregory  
Lois y Donald Howland  
John Kisiel  
Wui-Jin Koh  
Elizabeth y Brian Rizor  
Marianne y Gary Weyhmuller



## Contenido

- 6 La detección del cáncer salva vidas
- 14 Riesgo medio de cáncer colorrectal
- 20 Antecedentes médicos familiares
- 26 Pólipos colorrectales y cáncer
- 33 Enfermedad inflamatoria intestinal
- 39 Recursos
- 40 Palabras que debe saber
- 43 Colaboradores de NCCN
- 44 Centros oncológicos de NCCN
- 46 Índice

# 1

## La detección del cáncer salva vidas

- 
- 7 ¿Qué es el cáncer colorrectal?
- 
- 9 ¿Por qué hacerse una prueba de detección?
- 
- 10 ¿Quién debería someterse a las pruebas de detección?
- 
- 12 ¿Qué salva vidas además de la detección?
- 
- 13 Puntos clave



El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuente en el mundo. La detección puede prevenir el cáncer colorrectal y descubrirlo a tiempo, cuando hay mayor probabilidad de curarlo.

## ¿Qué es el cáncer colorrectal?

El cuerpo humano está formado por más de 30 billones de células. El cáncer es una enfermedad de células anormales que crecen sin control. El cáncer colorrectal se refiere al cáncer de colon o recto.

### El colon y el recto son órganos del sistema digestivo

El sistema digestivo descompone los alimentos para que el cuerpo pueda utilizarlos. En el estómago, los alimentos se descomponen en

partes pequeñas. En el intestino delgado, casi todos los nutrientes de los alimentos se absorben en el torrente sanguíneo.

El sistema digestivo también elimina del cuerpo los alimentos no digeridos. En el intestino grueso, se eliminan el agua y las sales de los alimentos no digeridos a medida que pasan por el colon. Los residuos sólidos de los alimentos se denominan heces o excrementos. El recto retiene las heces hasta que salen del cuerpo a través de una abertura llamada ano.

### Algunos pólipos se convierten en cáncer colorrectal

La pared colorrectal está formada por capas de tejido. La capa más interna que está en contacto con las heces es la mucosa. Las áreas de crecimiento celular anormal, llamadas pólipos, suelen aparecer en la mucosa.

### El colon y el recto

El colon y el recto forman parte del intestino grueso. El colon es la parte más larga, de aproximadamente 5 pies (1,5 metros) de largo. El colon tiene cuatro secciones: ascendente, transverso, descendente y sigmoide. El recto está cerca del final del intestino grueso. Mide unas 5 pulgadas (12 centímetros) de largo.



Si bien la mayoría de los pólipos no se convierten en cáncer, casi todos los cánceres colorrectales empiezan como pólipos. Hay diferentes tipos de pólipos, y algunos tienen más probabilidades de convertirse en cáncer que otros. Un pólipo tarda muchos años en transformarse en un cáncer.

### Las células cancerosas tienen un crecimiento descontrolado

Cuando las células se vuelven cancerosas, no se comportan como las células normales. Rompen las reglas del crecimiento celular normal.

- A diferencia de las células normales, las células cancerosas no mueren cuando deberían hacerlo. Además, producen muchas células cancerosas nuevas que sustituyen a las células normales con el tiempo.
- Las células cancerosas no se quedan en su sitio. Pueden crecer a través de la pared colorrectal y llegar a los órganos y tejidos cercanos.

- Las células cancerosas no se han extendido a otras partes del cuerpo. Los vasos sanguíneos y linfáticos están dentro de la pared colorrectal. Una vez que las células cancerosas han alcanzado estos vasos, pueden propagarse.

El sistema de estadificación es una forma estándar de agrupar los cánceres según su crecimiento y propagación. Los estadios del cáncer colorrectal van del estadio 0 al 4. Cuanto más graves sean el crecimiento y la propagación del cáncer, mayor será el estadio.

A medida que el cáncer crece, puede provocar síntomas. Cuando hay síntomas, el cáncer suele estar avanzado y ser más difícil de curar. Si el tratamiento no funciona, las células cancerosas seguirán creciendo y harán que los órganos dejen de funcionar.

### Pólipos en el colon y el recto

Los pólipos son lesiones que crecen en la pared colorrectal. Tienen muchas formas. Los pólipos elevados que parecen un hongo se denominan pólipos pedunculados (izquierda). Los pólipos sésiles tienen una parte superior redonda y una base ancha (derecha).



## ¿Por qué hacerse una prueba de detección?

La detección del cáncer colorrectal busca pólipos y cáncer antes de que aparezcan los síntomas. Salva vidas de dos maneras:

- **La detección previene el cáncer colorrectal.** El cáncer se previene cuando se extirpan los pólipos antes de que se conviertan en cáncer.
- **La detección encuentra el cáncer antes de que aparezcan los síntomas.** Cuando el cáncer se detecta pronto, es más fácil de tratar o curar.

Las pruebas de detección comienzan cuando una persona tiene riesgo de padecer cáncer colorrectal. Existen varios métodos de detección:

- La **endoscopia** consiste en un dispositivo manual que permite a los médicos, como los gastroenterólogos, observar el interior del colon y el recto para detectar crecimientos anormales.
- El **diagnóstico por imágenes** toma imágenes del interior del colon y del recto. Un radiólogo revisará las imágenes para detectar crecimientos anormales.
- Los **análisis de laboratorio** detectan marcadores de cáncer, como la sangre, en las heces.

El único método de detección que puede eliminar los pólipos es la endoscopia. Los procedimientos endoscópicos para la detección del cáncer colorrectal son la colonoscopia y la sigmoidoscopia flexible.

Los pólipos extraídos se enviarán a un experto llamado patólogo. Este médico buscará células cancerosas en el pólipo utilizando un microscopio.

## La detección frente al diagnóstico

La detección del cáncer se realiza si no tiene signos o síntomas de cáncer colorrectal. Una vez que tiene signos o síntomas, el objetivo de las pruebas es encontrar el problema y hacer un diagnóstico. Consulte a su profesional de atención médica sobre la posibilidad de someterse a una prueba de detección de cáncer colorrectal de inmediato si tiene estos signos o síntomas:

### Anemia por deficiencia de hierro



### Heces con sangre



### Cambio en los hábitos intestinales



Si se encuentran células cancerosas, se realiza un diagnóstico de cáncer.

## ¿Quién debería someterse a las pruebas de detección?

El riesgo es la posibilidad de que algo ocurra. El riesgo forma parte de la vida. Hay riesgos cuando comemos, viajamos e invertimos dinero. La vida también incluye un riesgo de sufrir problemas de salud, incluido el cáncer.

### Algunas personas tienen mayores probabilidades de padecer cáncer colorrectal que otras

Las cosas que aumentan el riesgo se llaman factores de riesgo. Por ejemplo, un factor de riesgo de contraer un resfrío es el contacto cercano con una persona infectada.

Hay muchos factores de riesgo de cáncer colorrectal. Algunos pueden modificarse, como, por ejemplo:

- Comer alimentos muy procesados
- Tabaquismo
- No hacer ejercicio

Otros factores de riesgo no se pueden cambiar, por ejemplo:

- Su edad
- Sus antecedentes médicos

Si tiene factores de riesgo, no significa que con seguridad vaya a padecer cáncer colorrectal. Del mismo modo, puede padecer cáncer colorrectal, aunque no tenga factores de riesgo conocidos.

## Guía 1. Niveles de riesgo de cáncer colorrectal

<b>Riesgo medio</b>	Tiene al menos 45 años de edad y no tiene otros factores de riesgo importantes.
<b>Riesgo elevado</b>	Su familia biológica tiene antecedentes de cáncer colorrectal o pólipos precancerosos avanzados.
	Ha tenido cáncer colorrectal o pólipos que aumentan el riesgo de cáncer.
	Tiene una de estas enfermedades inflamatorias del intestino: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colitis ulcerosa</li> <li>• Colitis de Crohn</li> </ul>
<b>Riesgo alto</b>	Tiene uno de estos síndromes de cáncer hereditario: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome de Lynch</li> <li>• Síndromes polipósicos, como la poliposis adenomatosa familiar clásica y atenuada</li> </ul>

## Algunos factores de riesgo afectan el momento de realizar la detección del cáncer

No todos los factores de riesgo tienen el mismo efecto. **Consulte la Guía 1** para conocer los niveles de riesgo que se utilizan a fin de adaptar la detección del cáncer colorrectal a cada persona.

Conozca cuál es su riesgo de padecer cáncer colorrectal antes de los 40 años, para no empezar con las pruebas de detección tarde. Conozca su riesgo antes si su familia ha tenido cáncer colorrectal.

En los próximos capítulos se analiza el momento de iniciar y repetir las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

- El Capítulo 2 aborda la detección para personas con un riesgo medio.
- El Capítulo 3 aborda la detección cuando hay antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos precancerosos. También se habla brevemente de los síndromes de cáncer hereditario.
- El Capítulo 4 explica la repetición de las pruebas de detección si ha tenido pólipos precancerosos o cáncer colorrectal.
- El Capítulo 5 explica el proceso de detección si tiene una enfermedad inflamatoria intestinal.



¡La detección del cáncer colorrectal es de SUMA importancia! El cáncer colorrectal es uno de los pocos cánceres que no solo es altamente tratable cuando se detecta a tiempo, sino que puede prevenirse con pruebas de detección regular. Aunque la preparación para una colonoscopia, o el proceso para recoger una muestra para una prueba de detección en casa podría parecer desagradable, juro que, como sobreviviente de un cáncer de colon en fase III, son mucho más preferibles que los tratamientos para el cáncer colorrectal como la radiación y la quimioterapia.

– Ben

## ¿Qué salva vidas además de la detección?

La detección es importante para prevenir el cáncer colorrectal. Hay otras 7 medidas que puede tomar para prevenir el cáncer colorrectal:

### 1. Tomar aspirina

Tomar aspirina todos los días durante al menos 5 a 10 años protege contra el desarrollo del cáncer colorrectal. Pregunte a su profesional de atención médica si la aspirina es adecuada para usted. Las hemorragias internas son un posible efecto secundario de tomar aspirina.

### 2. Consumir alimentos saludables

- Consuma muchos alimentos de origen vegetal.
- Consuma cantidades limitadas de carne roja y evite la carne procesada.
- Limite el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados.
- No dependa solo de suplementos dietéticos para obtener nutrientes. Obtenga los nutrientes de los alimentos naturales.

### 3. Beber poco o nada de alcohol

El consumo elevado y moderado de alcohol podría aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. La cantidad de alcohol que es segura depende de la biología de cada persona. El riesgo de padecer cáncer de colon no aumenta con una bebida al día para las mujeres y dos bebidas al día para los hombres.

### 4. Moverse más y descansar menos

Se ha relacionado la actividad física regular con un menor riesgo de cáncer colorrectal.

### 5. Obtener suficiente vitamina D

Los niveles bajos de vitamina D podrían aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. Prevenga los niveles bajos al ingerir alimentos con vitamina D. La vitamina D se encuentra en el salmón, el atún, la caballa y las yemas de huevo. También puede consumir alimentos enriquecidos con vitamina D y tomar suplementos.

La piel puede producir vitamina D cuando se expone al sol. Se aconseja usar protección solar si va a estar al aire libre durante períodos prolongados. El uso de protector solar podría limitar la cantidad de vitamina D producida por la piel.

### 6. Mantener un peso saludable

La obesidad es otro factor de riesgo del cáncer colorrectal. El índice de masa corporal (IMC) es una medida de la grasa corporal. Un IMC de 18,5 a 24,9 se considera un peso normal. El seguimiento de su peso, dieta, calorías y niveles de actividad podrían ayudarle a cumplir sus objetivos.

### 7. Dejar de fumar

Si fuma, déjelo. Pida ayuda a sus profesionales de atención médica para dejar de fumar. Existe asesoramiento para dejar de fumar. Hay medicación que puede ayudar a frenar la ansiedad y los síntomas de abstinencia.

## Puntos clave

- El cáncer colorrectal se refiere al cáncer de colon o recto. Estos dos órganos forman parte del sistema digestivo. Ayudan a eliminar las heces del cuerpo.
- Los pólipos son un crecimiento excesivo de la capa interior del colon o del recto. Si bien la mayoría de los pólipos no se convierten en cáncer, casi todos los cánceres colorrectales empiezan como pólipos.
- La detección del cáncer colorrectal salva vidas. Previene el cáncer al encontrar y eliminar los pólipos antes de que se conviertan en cáncer. También detecta el cáncer a tiempo, cuando es más probable su curación.
- El riesgo es la posibilidad de que algo ocurra. El riesgo de cáncer forma parte de la vida de todos.
- Las cosas que aumentan el riesgo se llaman factores de riesgo. Hay muchos factores de riesgo de cáncer colorrectal.
- Algunos factores de riesgo aumentan el riesgo de cáncer colorrectal más que otros. Los factores de riesgo que influyen en el momento de la detección del cáncer colorrectal son la edad y la salud. El riesgo de cáncer colorrectal se agrupa en riesgo medio, elevado y alto.
- Tomar aspirina y llevar un estilo de vida saludable puede ayudar a prevenir el cáncer colorrectal, además de la detección del cáncer.

### **El cáncer no va a esperar, usted tampoco debería hacerlo.**

Durante la pandemia de COVID-19, la cantidad de personas que se someten a las pruebas de detección del cáncer recomendadas ha disminuido. La falta de pruebas de detección podría conducir a diagnósticos tardíos y a la pérdida de oportunidades de curación.

No espere ni descuide la atención médica rutinaria. Cuidese; hágase las pruebas de detección de cáncer rutinarias. Hable con su médico sobre cuándo y con qué frecuencia debe hacerse las pruebas de detección.

Puede encontrar más información sobre el mensaje de NCCN de que “El cáncer no va a esperar, usted tampoco debería hacerlo” en [NCCN.org/resume-screening](https://www.nccn.org/resume-screening).

# 2

## Riesgo medio de cáncer colorrectal

- 15 Las pruebas de detección comienzan a los 45 años
- 16 Existen métodos de detección
- 18 La siguiente prueba de detección podría ser dentro de 10 años
- 19 Puntos clave



La mayoría de las personas con riesgo de padecer cáncer colorrectal tienen un riesgo medio. El riesgo medio se basa en la edad y en la ausencia de otros factores de riesgo importantes.

## Las pruebas de detección comienzan a los 45 años

Durante años, las personas con riesgo medio empezaban a someterse a las pruebas de detección del cáncer colorrectal a los 50 años de edad. Pero cada vez se detectan más casos de cáncer colorrectal en personas menores de 50 años. Ahora, las personas con un riesgo medio comienzan con las pruebas de detección a los 45 años.

El riesgo de cáncer colorrectal difiere según la etnia y la raza. En Estados Unidos, las tasas más elevadas de cáncer colorrectal se dan entre

las personas de raza negra. Las personas de raza negra deberían empezar a someterse a las pruebas de detección del cáncer colorrectal a los 45 años o antes si el cáncer colorrectal está presente en la familia.

Algunas personas menores de 45 años padecen cáncer colorrectal. Algunas tienen un riesgo mayor o alto de padecer cáncer colorrectal, pero otras no tienen factores de riesgo importantes. Hable con su profesional de atención médica para saber si debería empezar a hacerse las pruebas de detección del cáncer antes de los 45 años.

Las personas con buena salud deberían realizarse las pruebas de detección de cáncer colorrectal hasta los 75 años. Si tiene entre 76 y 85 años, la detección del cáncer es una decisión personal que debe tomarse después de hablar con el profesional de atención médica. Pregunte por los pros y los contras de la detección en función de su salud. Las pruebas de detección del cáncer colorrectal no son necesarias si tiene más de 85 años.

**Edades  
45 a 75 años**

**Hágase las pruebas de detección (a menos que tenga una enfermedad grave que ponga en peligro su vida).**

**Edades  
76 a 85 años**

**La prueba de detección es una decisión personal. Conozca cuáles son los pros y los contras para usted.**

**Edades  
86 y más**

**No es necesario realizar una prueba de detección.**

## Existen métodos de detección

Las personas con un riesgo medio de padecer cáncer colorrectal tienen varios métodos de detección. El mejor método de detección es el que utilice. Cualquier método de detección es mejor que no hacer nada. Consulte a su médico sobre los pros y los contras de cada opción de detección.

### DetECCIÓN VISUAL

La detección visual utiliza dispositivos médicos que permiten a los médicos ver el interior de su cuerpo. Incluye la colonoscopia, la sigmoidoscopia flexible y la colonografía por tomografía computada (TC). La colonoscopia es necesaria si hay resultados anormales en la sigmoidoscopia flexible o en la colonografía por TC.

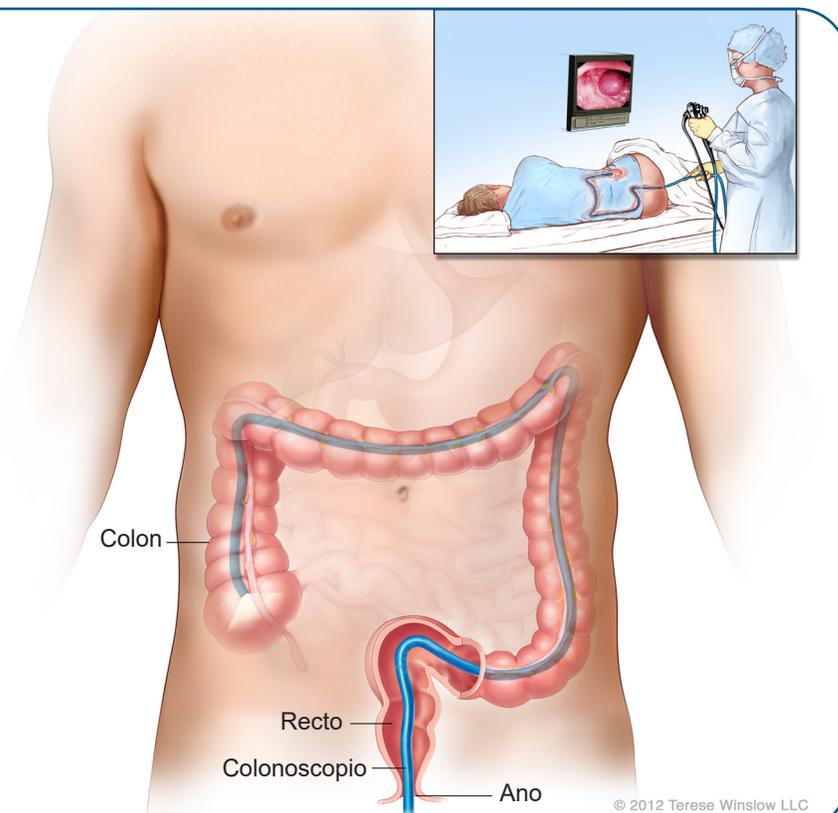
La detección visual requiere que el intestino esté limpio de heces. La preparación intestinal consiste

en una dieta líquida y laxantes fuertes. Siga las instrucciones de preparación de su médico antes de la prueba de detección. Si su intestino no está lo suficientemente limpio, es posible que tenga que reprogramar, repetir la prueba o hacer una prueba diferente.

La biopsia es un procedimiento que extrae muestras de fluido o tejido para realizar más pruebas. La polipectomía es un tipo de biopsia que extrae pólipos enteros (sobrecrecimientos de la pared intestinal interna). La biopsia solo puede realizarse durante una colonoscopia y una sigmoidoscopia flexible. Se introduce una herramienta de corte a través del endoscopio para extraer el tejido. La mayoría de los pólipos pueden extraerse con el endoscopio. La necesidad de recurrir a la cirugía es poco frecuente.

### Colonoscopia

La colonoscopia es un procedimiento que permite a los médicos ver el interior del intestino. Se le sedará durante el procedimiento. Su médico utilizará un dispositivo manual llamado endoscopio. Los endoscopios diseñados para la colonoscopia se denominan colonoscopios. Solo se guía la parte delgada, en forma de tubo, del dispositivo a través del ano, subiendo por el recto y llegando al colon. El dispositivo tiene una luz, una cámara y una herramienta de corte.



© 2012 Terese Winslow LLC  
U.S. Govt. has certain rights

## Métodos de detección para el riesgo medio



### Pros



### Contras

#### Detección visual

##### Colonoscopia

Examen del colon y el recto con un dispositivo delgado que se introduce delicadamente a través del ano

- Detección en un solo paso: no se necesita ninguna prueba adicional
- Intervalos muy largos entre las pruebas si los resultados son normales

- Es necesario preparar el intestino
- Se realiza fuera de casa
- Se utiliza sedación
- Pequeño riesgo de hemorragia, infección y lesión

##### Sigmoidoscopia flexible

Examen de la última parte del colon con un dispositivo fino que se introduce delicadamente a través del ano

- Intervalos largos entre exámenes si los resultados son normales
- No se necesita sedación

- Es necesario preparar el intestino
- Se realiza fuera de casa
- No evalúa todo el colon
- Se necesita una colonoscopia si se encuentran pólipos

##### Colonografía por TC

Radiografías del colon

- Intervalos largos entre exámenes si los resultados son normales
- No se necesita sedación

- Es necesario preparar el intestino
- Se realiza fuera de casa
- Podría pasar por alto pólipos planos
- Si se encuentran pólipos, es necesario volver a realizar una nueva prueba de detección o una colonoscopia

#### Detección basada en las heces

##### Prueba basada en el ADN en heces multiobjetivo (mt-sDNA)

Análisis de laboratorio que busca marcadores genéticos de cáncer en las heces

- Usted recoge las heces en su hogar
- No se necesita preparación
- No hay riesgos físicos

- Se necesita una colonoscopia si los resultados son anormales
- No brindan tanta precisión como las pruebas visuales
- Revisiones frecuentes, incluso si los resultados son normales

##### Prueba de alta sensibilidad basada en el guayacol y prueba inmunoquímica fecal (FIT)

Análisis de laboratorio que buscan pequeñas cantidades de sangre en las heces

**Detección basada en las heces**

La detección basada en las heces es más fácil de realizar que las pruebas visuales. En su hogar, recogerá una muestra de sus heces en un recipiente. Luego enviará la muestra a un laboratorio para que la analicen. Los análisis de heces incluyen la prueba inmunoquímica fecal (FIT), la prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad y la prueba de ADN en heces multiobjetivo (mt-sDNA).

Aunque son más fáciles, los análisis de heces no son tan buenas como las pruebas visuales para encontrar los pólipos que se convierten en cáncer. Además, la detección es un proceso de dos pasos si los resultados de los análisis de heces son anormales. El segundo paso es someterse a una colonoscopia en un plazo de 6 a 10 meses después del análisis de heces. No es necesario realizar más pruebas si los resultados de la colonoscopia después de la FIT o la mt-sDNA son normales.

**La siguiente prueba de detección podría ser dentro de 10 años**

Cuando los resultados de la prueba de detección son normales, la siguiente se puede realizar con cualquier método de detección. El intervalo de tiempo entre las pruebas de detección varía en función del método de detección anterior.

**Consulte la Guía 2** para conocer los intervalos de detección de riesgo medio.

La repetición de las pruebas de detección con colonoscopia tiene el intervalo más largo, de 10 años. La repetición de las pruebas de detección con sigmoidoscopia flexible podría realizarse en 10 años si se realiza el análisis de heces FIT cada año.

El intervalo tras la detección visual podría ajustarse en función de la calidad de la prueba de detección anterior. Podría ser necesario un intervalo de un año si su intestino estaba bien limpio o si no se completó el procedimiento.

**Guía 2. Repetición de las pruebas de detección basada en el riesgo medio**



Métodos de detección



Tiempo hasta la repetición de las pruebas de detección si los resultados anteriores son normales

Colonoscopia	Reexaminar en 10 años
Sigmoidoscopia flexible	Reexaminar en 5 a 10 años
Colonografía por TC	Reexaminar en 5 años
Prueba de ADN en heces multiobjetivo	Reexaminar en 3 años
Prueba de alta sensibilidad basada en guayacol	Reexaminar en 1 año
Prueba inmunoquímica fecal	Reexaminar en 1 año

Si tiene pólipos precancerosos o cáncer colorrectal, lea el Capítulo 4 para conocer los siguientes pasos.

## Puntos clave

- Las personas con un riesgo medio de padecer cáncer colorrectal comienzan con las pruebas de detección a los 45 años de edad. No debe tener ningún otro factor de riesgo importante.



### ¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Complete nuestra encuesta para hacernos saber lo que hemos hecho bien y lo que podríamos hacer mejor:

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

- Puede elegir el tipo de detección que desea recibir.
- La mejor prueba de detección es la que utilice. Analice los pros y los contras de cada método de detección con su profesional de atención médica para poder tomar una decisión informada.
- El tiempo que transcurre hasta la siguiente prueba de detección varía en función del método de detección anterior. Si los resultados de la colonoscopia son normales, no es necesario realizar otra prueba de detección hasta dentro de 10 años. La repetición de las pruebas de detección posterior a los análisis de heces varía entre 1 y 3 años.



El cáncer colorrectal siempre se ha considerado una “enfermedad de personas mayores”. Ahora, los estudios han demostrado que una persona nacida en 1990, o incluso después, tiene de dos a cuatro veces más probabilidades de desarrollar cáncer colorrectal en comparación con una persona nacida en 1950. Por ello, es muy importante hacerse las pruebas de detección a los 45 años.

– Lara, sobreviviente de cáncer rectal

# 3

## Antecedentes médicos familiares

---

21 Antecedentes con alto riesgo

---

23 Antecedentes con mayor riesgo

---

24 Puntos clave



El cáncer colorrectal no se da en la mayoría de las familias. Aproximadamente 1 de cada 3 personas con cáncer colorrectal tiene un familiar que también lo ha padecido. Los antecedentes familiares aumentan el riesgo, pero no significan que con seguridad vaya a padecer cáncer colorrectal.

## Antecedentes con alto riesgo

En algunas familias, varios familiares consanguíneos tienen cáncer colorrectal. Cuando el cáncer aparece en familiares jóvenes o en varios familiares lejanos, podría deberse a un síndrome de cáncer hereditario.

Los síndromes de cáncer hereditario son provocados por un gen anormal que se transmite de un padre biológico a su hijo. Son poco frecuentes.

Su profesional de atención médica podría sospechar que usted tiene un síndrome de cáncer hereditario. Si es así, le derivará a un experto en genética. Estos expertos diagnostican y planifican el tratamiento de los síndromes de cáncer hereditario.

Hay varios tipos de síndromes de cáncer hereditario que ponen a una persona en alto riesgo de padecer cáncer colorrectal:

- El síndrome de Lynch es provocado por un error hereditario (mutación) en los genes de reparación de desajustes (MMR). A veces, el síndrome de Lynch se denomina cáncer colorrectal hereditario no polipósico (CCHNP), pero no son exactamente lo mismo.
- Los síndromes polipósicos son un grupo de síndromes de cáncer que causan múltiples pólipos colorrectales. El más común es la poliposis adenomatosa familiar (PAF).

## Conozca sus antecedentes familiares

Los antecedentes familiares son uno de los factores de riesgo más importantes del cáncer colorrectal. Prepárese para comunicar a su profesional de atención médica la siguiente información:

- El tipo de cáncer, si lo hubiera, entre los familiares consanguíneos.
- Su edad en el momento del diagnóstico de cáncer.
- Su edad actual o la edad al momento de la muerte.
- Afecciones de salud heredadas y anomalías congénitas en su familia.

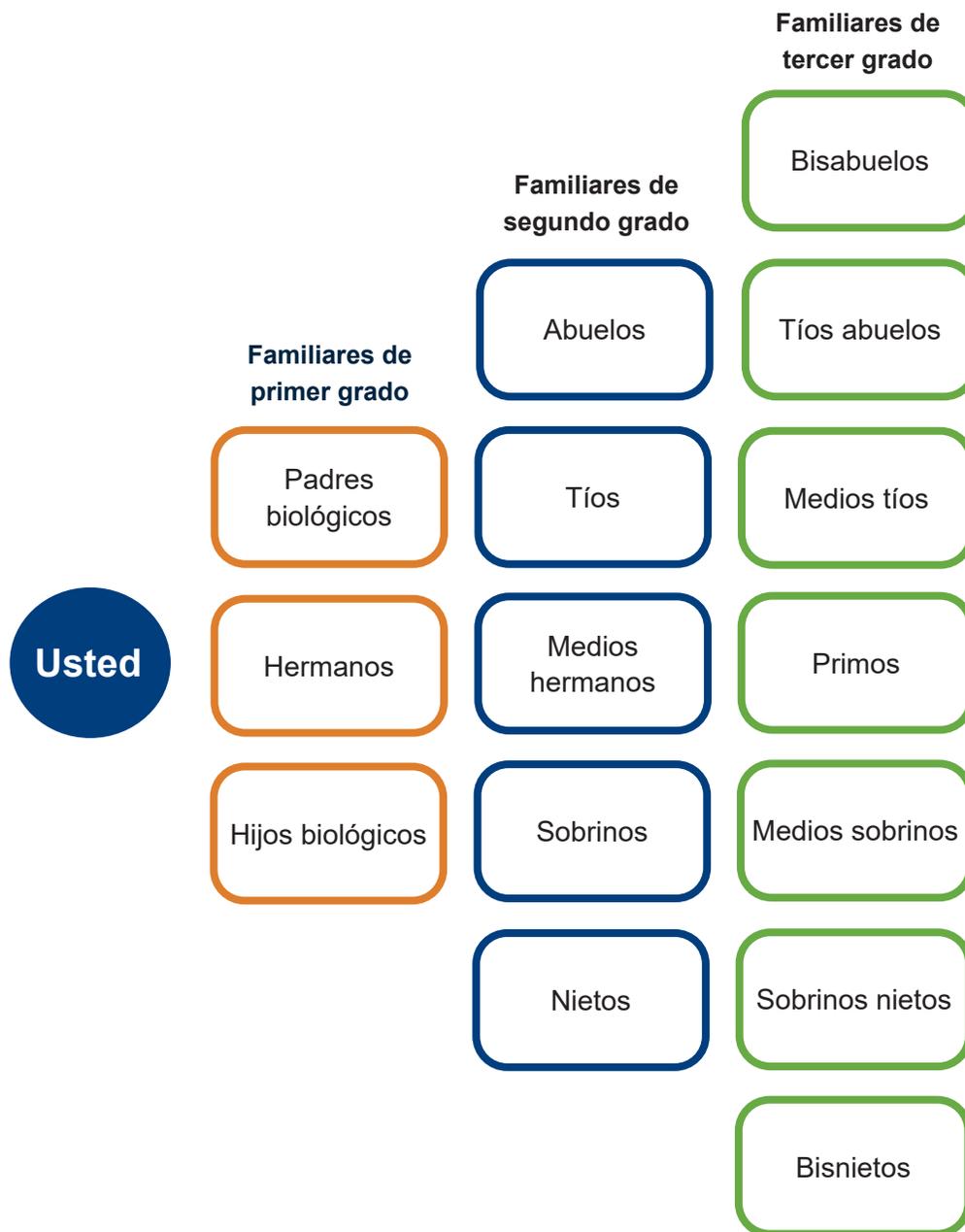


Mis pruebas genéticas, que identificaron que tengo una mutación MSH2 (síndrome de Lynch), me ayudaron a tomar decisiones sobre el tratamiento futuro y a comprender mi riesgo futuro de padecer otros cánceres. Esto me dio la oportunidad de ser proactiva en mi propio cuidado de la salud.

– Wenora, tres veces sobreviviente de cáncer

## Familiares consanguíneos

Los familiares consanguíneos son miembros de la familia que están relacionados con usted por nacimiento. Los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos son importantes para decidir su riesgo de padecer cáncer colorrectal. Usted comparte aproximadamente la mitad (50 %) de sus genes con sus familiares de primer grado. Comparte una cuarta parte (25 %) de sus genes con familiares de segundo grado. Usted y sus familiares de tercer grado comparten el 12,5 % de los genes.



## Antecedentes con mayor riesgo

La mayoría de las familias con antecedentes de cáncer colorrectal no tienen un síndrome de cáncer hereditario. En estas familias, la causa del cáncer no está clara. El cáncer podría ser causado por genes compartidos, por experiencias compartidas o por ambas cosas.

### Antecedentes familiares de cáncer colorrectal

El riesgo de padecer cáncer colorrectal es mayor si un familiar consanguíneo ha padecido este tipo de cáncer. Es probable que haya una causa genética si muchos familiares han tenido cáncer colorrectal. También es más probable si el cáncer se desarrolló antes de los 45 años de edad.

### Antecedentes familiares de adenoma

El riesgo aumenta si un familiar de primer grado ha tenido un adenoma avanzado. Un adenoma es un tipo de pólipo común.

Un adenoma avanzado presenta una o más de estas tres características:

- Displasia de alto grado: La displasia es un patrón de crecimiento celular anormal. La displasia de alto grado consiste en células que probablemente se conviertan en cáncer.
- Tamaño grande: Un adenoma es grande si tiene un tamaño de 1 centímetro o más.
- Histología vellosa o tubulovellosa: Los adenomas tubulares son los más comunes, pero los adenomas vellosos y tubulovellosos tienen más probabilidades de convertirse en cáncer. Los adenomas serrados tradicionales (AST) tienen un patrón de crecimiento vellosa.

### Antecedentes familiares de pólipos serrados sésiles

Su riesgo aumenta si un familiar de primer grado ha tenido un pólipo serrado sésil (PSS). Un PSS es uno de los varios tipos de pólipos que tienen

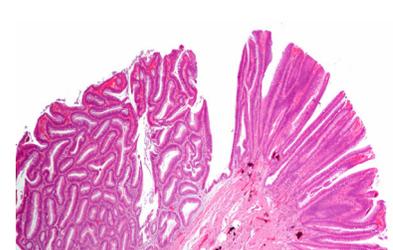
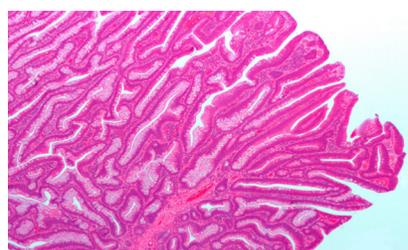
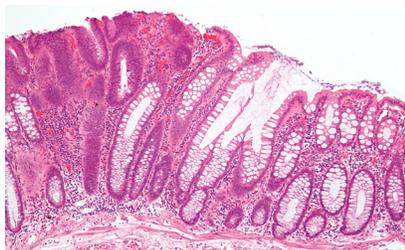
## Patrones de crecimiento de los adenomas

**Los adenomas tienen tres patrones de crecimiento. En los adenomas tubulares, las glándulas tienen una forma redondeada (izquierda). Los adenomas vellosos tienen glándulas largas (centro). Los adenomas tubulovellosos son una mezcla de ambas glándulas (derecha).**

Adenoma tubular: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular\\_adenoma\\_2\\_intermed\\_mag.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular_adenoma_2_intermed_mag.jpg)

Adenoma vellosa: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous\\_adenoma1.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous_adenoma1.jpg)

Adenoma tubulovellosa: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubulovillous\\_adenoma.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubulovillous_adenoma.jpg)



un patrón celular en forma de diente de sierra (serrado). Al igual que los adenomas, los PSS implican un mayor riesgo de cáncer. Un PSS avanzado presenta una o las dos características que se detallan a continuación:

- **Displasia:** Un PSS puede tener una bolsa (focos) de displasia. Estos pólipos se denominan pólipos serrados sésiles con displasia (PSS-d).
- **Tamaño grande:** Un PSS es grande si tiene un tamaño de 1 centímetro o más.

### Detección de mayor riesgo

En comparación con la detección de riesgo medio, la detección basada en los antecedentes familiares suele comenzar antes y es más frecuente.

**Consulte la Guía 3** para conocer sobre la detección basada en los antecedentes familiares.

Su esquema de detección puede adaptarse a usted. Si no hubo problemas en dos o más revisiones anteriores, el tiempo entre las revisiones podría prolongarse. Otros factores que podrían alterar la detección son su edad y la cantidad y la edad de los familiares afectados.

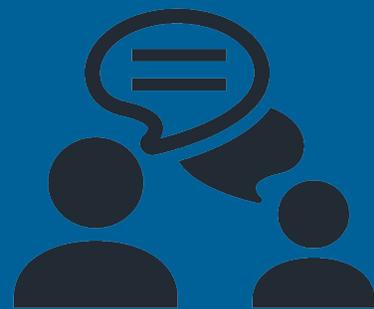
Si tiene pólipos precancerosos o cáncer colorrectal, lea el Capítulo 4 para conocer los siguientes pasos.

Puede ayudar a su familia comunicándoles los resultados de su detección. Su médico podría facilitarles los resultados de las pruebas o una carta que usted puede compartir. Cuando sus familiares conozcan sus antecedentes, podrán tomar decisiones informadas por sí mismos.

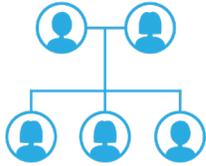
## Puntos clave

- El síndrome de Lynch y los síndromes polipósicos son afecciones de salud muy poco frecuentes que se dan en familias. Son afecciones de alto riesgo para el cáncer colorrectal.
- Se suele comenzar con las pruebas de detección del cáncer colorrectal antes de los 40 años si su familia tiene cáncer colorrectal o pólipos precancerosos, pero no un síndrome de cáncer hereditario. Podría volver a someterse a una prueba de detección en un plazo de 5 años, incluso si no se encuentran pólipos.
- Dado que los antecedentes familiares influyen en el momento de realizar la detección del cáncer, comunique a su familia los resultados de la detección. Así podrán tomar decisiones informadas por sí mismos.

**Demuestre que se preocupa y comparta los resultados de la prueba de detección con su familia.**



## Guía 3. Pruebas de detección basadas en los antecedentes familiares



### Sus antecedentes familiares



Iniciar la detección con una colonoscopia ante el primero de los dos momentos



Tiempo hasta la repetición de las pruebas de detección si los resultados anteriores son normales

Uno o más de sus familiares de primer grado han tenido cáncer colorrectal

40 años o

10 años antes del primer diagnóstico de sus familiares

Reexaminar cada 5 años

Uno o más de sus familiares de segundo y tercer grado han tenido cáncer colorrectal

45 años o

Antes de los 45 años en caso de aparición temprana del cáncer de un familiar

Reexaminar cada 10 años

Uno o más de sus familiares de primer grado han tenido un adenoma avanzado o un pólipos serrado sésil avanzado

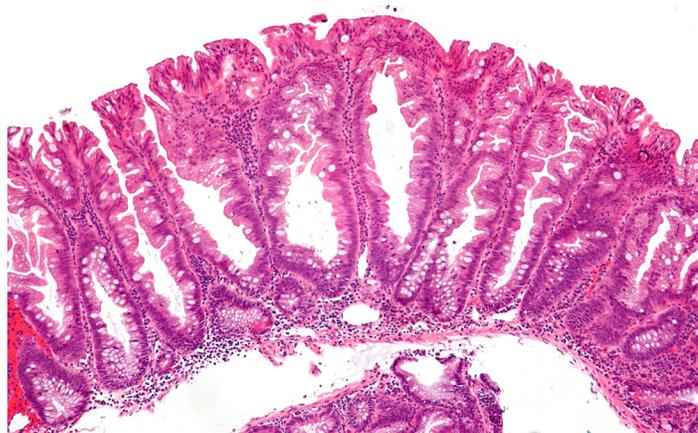
40 años o

Misma edad que la de su familiar al momento del diagnóstico

Reexaminar cada 5 a 10 años

### Pólipos serrados

Los pólipos serrados tienen un patrón celular en forma de diente de sierra. Hay tres tipos principales de pólipos serrados: los pólipos hiperplásicos son serrados y la mayoría no suponen un riesgo de cáncer. Los pólipos serrados sésiles podrían convertirse en cáncer (imagen). Los adenomas serrados tradicionales son poco frecuentes y podrían convertirse en cáncer.



Serrados: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile\\_serrated\\_adenoma\\_2\\_intermed\\_mag.jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile_serrated_adenoma_2_intermed_mag.jpg)

# 4

## Pólipos colorrectales y cáncer

---

27 Pólipos que aumentan el riesgo

---

29 Tiempo hasta la nueva prueba de detección

---

31 Cáncer colorrectal

---

32 Puntos clave



Un pólipo colorrectal es un crecimiento excesivo de la capa interna del intestino grueso. Los pólipos extraídos se envían a un patólogo para su estudio. Los siguientes pasos de la atención se basan en lo que su médico vio durante la colonoscopia y en los hallazgos patológicos.

## Pólipos que aumentan el riesgo

La mayoría de los pólipos no se convierten en cáncer, pero su riesgo de cáncer aumenta si ha tenido uno o más de estos tres pólipos:

### Adenoma

Un adenoma también se denomina pólipo adenomatoso, pólipo tradicional y pólipo convencional. Es el tipo más común de pólipo colorrectal. Se trata de un crecimiento excesivo de células similares a glándulas que producen moco.

Algunos adenomas tienen mayores probabilidades de convertirse en cáncer que otros. Estos se denominan adenomas “avanzados”. Un adenoma avanzado presenta una o más de estas tres características:

- Displasia de alto grado: La displasia de alto grado consiste en células que probablemente se conviertan en cáncer.
- Tamaño grande: Un adenoma es grande si tiene un tamaño de 1 centímetro o más.
- Histología vellosa o tubulovellosa: Los adenomas tienen tres tipos de patrones de crecimiento llamados tubular, vellosa y tubulovellosa. El patrón tubular es el más común, pero los adenomas vellosos y tubulovellosos tienen más probabilidades de convertirse en cáncer.

### Pólipo serrado sésil

Un pólipo serrado sésil (PSS) se eleva por encima de la pared colorrectal y tiene un patrón celular en forma de diente de sierra. Los PSS avanzados implican un mayor riesgo de convertirse en cáncer. Un PSS avanzado presenta una o las dos características que se detallan a continuación:

- Displasia: Un PSS puede tener una bolsa (focos) de displasia. Estos pólipos se denominan pólipos serrados sésiles con displasia (PSS-d).
- Tamaño grande: Un PSS es grande si tiene un tamaño de 1 centímetro o más.

### Adenoma serrado tradicional

Los adenomas serrados tradicionales (AST) son poco frecuentes. Tienen un patrón de crecimiento vellosa y un patrón celular en forma de diente de sierra. Pueden desarrollar displasia. Si ha tenido un AST, es probable que le aparezca otro pólipo que tiene un alto riesgo de convertirse en cáncer.



Todos estamos muy ocupados con nuestra vida personal y profesional. Sin embargo, la detección del cáncer colorrectal es rápida y sencilla y, si se realiza a tiempo, puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

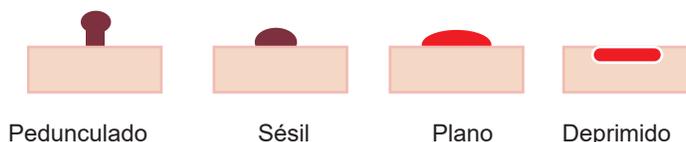
– Evan, sobreviviente de cáncer rectal

## Pólipos detectados mediante una colonoscopia

Ciertas características de los pólipos precancerosos sugieren un mayor riesgo de cáncer colorrectal. Algunas características, como el tamaño y la forma del pólipo, pueden verse durante una colonoscopia. Otras características se observan con un microscopio.

### Forma

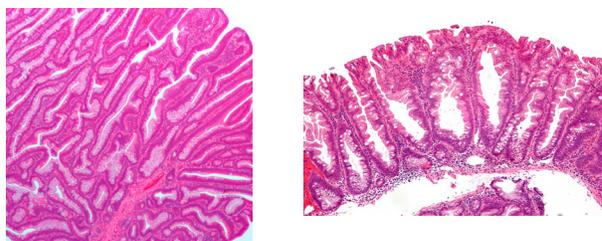
Los pólipos que no tienen tallo son más difíciles de extirpar y tienen más probabilidades de convertirse en cáncer.



### Tipo

No todos los pólipos conllevan riesgo de cáncer. Los pólipos que podrían convertirse en cáncer son los adenomas (izquierda) y los pólipos serrados (derecha).

Créditos de las imágenes: Adenoma vellososo: commons.wikimedia.org/wiki/File:Villous\_adenoma1.jpg (izquierda). Pólipo serrado: commons.wikimedia.org/wiki/File:Sessile\_serrated\_adenoma\_2\_intermed\_mag.jpg (derecha).



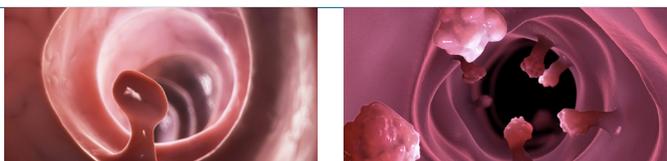
### Tamaño

Existe un alto riesgo de cáncer si los pólipos tienen un tamaño de 1 centímetro o más.



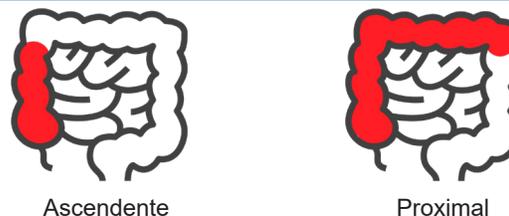
### Cantidad

Existe un alto riesgo de cáncer si hay tres o más pólipos.



### Ubicación

Los pólipos en el colon ascendente conllevan un mayor riesgo de cáncer (izquierda). Los pólipos hiperplásicos pequeños en el colon proximal podrían requerir más análisis (derecha).



### Displasia

La displasia es un patrón de crecimiento anormal. La displasia de alto grado es más anormal que la displasia de bajo grado.

Créditos de las imágenes: Colon normal: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon\_intermed\_mag.jpg (izquierda). Displasia de bajo grado: commons.wikimedia.org/wiki/File:Tubular\_adenoma\_-\_colon\_intermed\_mag.jpg (centro). Displasia de alto grado: commons.wikimedia.org/wiki/File:Colon\_adenoma\_with\_high-grade\_dysplasia\_intermed\_mag.jpg (derecha).



## Guía 4. Reexamenación tras la extirpación de pequeños pólipos precancerosos

Cantidad y tipo de pólipo extirpado	Tiempo hasta la nueva prueba de detección con colonoscopia	Si los resultados de la nueva prueba de detección son normales, se prolonga el tiempo hasta la siguiente
1 o 2 adenomas	De 7 a 10 años	10 años
1 o 2 pólipos serrados sésiles	5 años	10 años
Adenoma serrado tradicional	3 años	5 años
1 o 2 adenomas avanzados (displasia de alto grado, histología vellosa o tubulovellosa)	3 años	5 años
1 o 2 pólipos serrados sésiles con displasia	3 años	5 años
De 3 a 10 adenomas o pólipos serrados sésiles	3 años	5 años
11 o más adenomas o pólipos serrados sésiles	De 1 a 3 años	El elevado número de pólipos sugiere que usted tiene un síndrome polipósicos. Si las pruebas genéticas demuestran que no lo tiene o no se hace, vuelva a hacerse la prueba.

### Tiempo hasta la nueva prueba de detección

Cuando se encuentran y extirpan uno o dos adenomas pequeños, el tiempo hasta la nueva prueba de detección es similar al riesgo medio. Si creciera otro pólipo, tardaría muchos años en convertirse en cáncer. El riesgo de recurrencia de un pólipo es mayor en el caso de los pólipos serrados, por lo que el intervalo es más corto.

**Consulte la Guía 4** para conocer los

intervalos de pruebas de detección tras haber encontrado y extirpado pólipos pequeños.

Una alta cantidad de pólipos es preocupante. Tener de 3 a 10 pólipos aumenta el riesgo de cáncer, aunque los pólipos no estén avanzados. Tener más de 11 pólipos podría deberse a un síndrome de cáncer hereditario. Su médico debería derivarlo para que le hagan pruebas genéticas.

## Guía 5. Reexaminación tras la extirpación de grandes pólipos precancerosos

Tipo de pólipo extirpado	— Tiempo hasta la nueva prueba de detección con colonoscopia	— Si los resultados de la nueva prueba de detección son normales, se prolonga el tiempo hasta la siguiente
Pólipo pedunculado	3 años	
Un pólipo sésil, plano o deprimido sin otras características preocupantes	De 1 a 3 años	3 años
Un pólipo sésil, plano o deprimido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un mayor riesgo de recurrencia o recidiva</li> <li>• Fue extirpado por partes</li> </ul>	6 meses      1 año	3 años
Un pólipo sésil, plano o deprimido: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene factores de riesgo de cáncer invasivo</li> <li>• No se extirpó por completo</li> </ul>	Es posible que le deriven a un experto en endoscopia de pólipos grandes o a un cirujano	

Los pólipos grandes pueden ser difíciles de extirpar y podrían tener otras características que aumentan el riesgo de cáncer colorrectal. En estos casos, la prueba de detección se realizará con mayor frecuencia o se le remitirá a médicos expertos en la extirpación de pólipos grandes. Consulte la **Guía 5** para conocer los intervalos de pruebas de detección tras haber encontrado y extirpado pólipos grandes.

Por lo general, los pólipos hiperplásicos no evolucionan hacia el cáncer. Los médicos están estudiando si los pólipos hiperplásicos grandes progresan hasta convertirse en cáncer. Los pólipos hiperplásicos son serrados y podrían tratarse como pólipos serrados sésiles si son grandes.

Si hay una recurrencia o recidiva, su gastroenterólogo podría extirpar el pólipo o derivarle a otro médico especializado en pólipos colorrectales.

## Cáncer colorrectal

Aproximadamente 1 de cada 24 personas en Estados Unidos padecerá cáncer colorrectal. Si ha tenido un cáncer colorrectal, tiene un mayor riesgo de padecer un nuevo (segundo) cáncer colorrectal. Este riesgo no se refiere a la reaparición del primer cáncer, que se denomina recidiva. Este riesgo se refiere a un nuevo pólipo que se convertirá en cáncer con el tiempo.

Para obtener información sobre el seguimiento del cáncer, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Colon Cancer* [Cáncer de colon] o *Rectal Cancer* [Cáncer rectal] en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines). Estas guías también hablan de las pruebas de biomarcadores de inestabilidad de microsatélites (MSI) para todas las personas que han tenido cáncer colorrectal. Si las células cancerosas tienen MSI, también debería hacerse la prueba del síndrome de Lynch. Tener el síndrome de Lynch aumenta el riesgo de contraer cáncer colorrectal.



Los científicos han aprendido mucho sobre el cáncer. Como resultado, los tratamientos actuales funcionan mejor que los del pasado. Además, muchas personas con cáncer tienen más de una opción de tratamiento.

### ¿Quiénes son los más afectados?



En Estados Unidos, las personas de raza negra tienen más probabilidades de padecer cáncer colorrectal, de ser diagnosticados a una edad temprana y de morir a causa de este cáncer que cualquier otro grupo racial o étnico.

Además, las personas de raza negra enfrentan muchas barreras para la detección del cáncer colorrectal.

Usted puede tomar medidas para realizar las pruebas de detección y reducir el riesgo de padecer cáncer colorrectal:

- ✓ Inicie la conversación a tiempo. Antes de los 45 años, hable de su riesgo de padecer cáncer colorrectal con su profesional de atención médica.
- ✓ Conozca sus antecedentes familiares de cáncer colorrectal, que podrían requerir una detección más temprana.
- ✓ Infórmese sobre las numerosas opciones aceptables para la detección del cáncer colorrectal.
- ✓ Inicie las pruebas de detección a tiempo y mantenga el esquema de las pruebas de seguimiento.
- ✓ Consuma alimentos que le protejan contra el cáncer colorrectal y evite los alimentos poco saludables.

## Puntos clave

- El riesgo de padecer cáncer colorrectal es mayor si ha tenido ciertos pólipos. Entre ellos se encuentran los adenomas y los pólipos serrados sésiles.
- Una vez extirpados estos pólipos, el momento de la siguiente revisión se basará en varios factores, como la cantidad de pólipos. El momento también se basará en si los pólipos tienen células de aspecto anormal, no se han extirpado por completo o tienen características de alto riesgo.
- Si ha padecido un cáncer colorrectal, tiene un mayor riesgo de tener un nuevo pólipo canceroso. Siga las recomendaciones de seguimiento de las guías de tratamiento.



Una colonoscopia permitió a mis médicos resolver mi misteriosa dolencia. Oír las palabras “tiene cáncer” es algo que cambia la vida. Pero la detección temprana de mi cáncer colorrectal en estadio II me salvó la vida.

– Heather

# 5

## Enfermedad inflamatoria intestinal

---

34 Inflamación crónica y cáncer

---

35 Inicio de las pruebas de detección del cáncer

---

35 Tiempo hasta la nueva prueba de detección

---

37 Puntos clave



La enfermedad inflamatoria intestinal provoca inflamación y daños a largo plazo en el tracto digestivo. Dos tipos de esta enfermedad que a menudo conducen al cáncer colorrectal son la colitis de Crohn y la colitis ulcerosa.

## Inflamación crónica y cáncer

La inflamación es una reacción defensiva del organismo. Se produce cuando un factor físico desencadena el sistema inmunitario del cuerpo. Este sistema envía células inmunitarias para atacar el factor físico desencadenante. El ataque puede provocar síntomas, como hinchazón y dolor.

La inflamación normal ayuda a sanar el cuerpo. La inflamación crónica puede causar daños. La inflamación crónica puede provocar un crecimiento celular anormal denominado displasia. La displasia puede convertirse en cáncer con el tiempo.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una respuesta anormal del sistema inmunitario a determinadas células de la pared intestinal. La colitis de Crohn es un tipo de enfermedad de Crohn que afecta al colon. La colitis ulcerosa se produce solo en el colon y el recto.

Tener colitis de Crohn o colitis ulcerosa aumenta el riesgo de cáncer colorrectal. Su riesgo aumenta aún más si tiene los siguientes factores de alto riesgo:

- Inflamación activa o grave y duradera del colon.
- Inflamación de una gran parte del colon.

- Displasia en la pared del colon. La displasia de alto grado consiste en células que probablemente se conviertan en cáncer.
- Una afección de salud denominada colangitis esclerosante primaria, que provoca la inflamación y el estrechamiento de los conductos biliares.
- Familiares consanguíneos que hayan tenido cáncer colorrectal, en especial si el cáncer se desarrolló antes de los 50 años de edad.

Si tiene una inflamación que solo se presenta en el recto, puede seguir las pruebas de detección de riesgo medio. Lea el Capítulo 2 para obtener información sobre la detección.



Es importante conocer los síntomas del cáncer colorrectal y conocer su cuerpo. No espere ni piense que el cáncer no puede pasarle a usted.

– Lara, sobreviviente de cáncer rectal

## Inicio de las pruebas de detección del cáncer

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa suelen comenzar antes de los 30 años. Hay un segundo pico de ambas enfermedades más adelante en la vida.

Inicie las pruebas de detección del cáncer colorrectal apenas se cumpla uno de los siguientes puntos:

- 8 años después del inicio de los síntomas de la EII.
- Antes de los 8 años si sus antecedentes familiares incluyen cáncer colorrectal.
- Este año si tiene colangitis esclerosante primaria.

La displasia es difícil de ver porque a menudo se produce en una sección plana y de aspecto normal de la pared del colon. Lo ideal es realizar la detección cuando la EII está inactiva utilizando los mejores métodos para ver la pared colorrectal.

El procedimiento de detección debería ser siempre una colonoscopia. El médico guiará suavemente un dispositivo delgado a través del ano y hasta el colon mientras usted está sedado. Las tres opciones para la EII son:

- La endoscopia de luz blanca de alta definición (HD-WLE) produce más de un millón de puntos de color (píxeles) en las imágenes de su colon. Las imágenes son más claras a medida que aumenta la cantidad de píxeles.
- La cromoendoscopia por pulverización de colorantes mediante una endoscopia de alta definición aplica una tinción a la pared interna del colon.
- La cromoendoscopia virtual (CEV) que utiliza imágenes de banda estrecha no utiliza tintes

y en su lugar filtra la luz blanca. Este método también se denomina CEV óptica.

Durante la prueba de detección, se extraerán al menos 32 muestras de tejido (biopsia) de cuatro partes del colon. Su médico decidirá qué tejido extraer y separará las biopsias cada 10 centímetros. Se extraerán más muestras de cualquier zona estrecha (estenosis), masas en la pared del colon u otras zonas anormales.

Además, durante la cromoendoscopia, el médico realizará biopsias selectivas del tejido de aspecto anormal que pueda verse gracias al tinte o a la iluminación especial.

## Tiempo hasta la nueva prueba de detección

Si en su última revisión se detectó una estenosis, debería consultar a un experto en EII. Las estenosis de colon podrían tener un cáncer subyacente. El siguiente paso de la atención podría ser la colectomía. La colectomía es una intervención quirúrgica que extirpa todo o parte del colon. Si no se realiza la cirugía, tendrá que volver a realizar una prueba de detección dentro de 1 año.

Si no se encuentran pólipos ni displasias, vuelva a realizar una prueba de detección en 1 año si tiene un alto riesgo de cáncer. Las características de alto riesgo son la inflamación activa, los antecedentes familiares y la colangitis esclerosante primaria. Vuelva a someterse a la prueba en 2 o 3 años si el riesgo de cáncer es bajo.

Los pólipos se suelen extirpar durante las pruebas de detección del cáncer. Algunos pólipos podrían requerir su extirpación mediante resección endoscópica de la mucosa (REM) o disección

submucosa endoscópica (DSE). Durante la REM, el pólipo se levanta de la pared del colon y se extrae mediante un círculo de alambre llamado asa. La DSE utiliza una herramienta similar a un cuchillo para extraer los pólipos.

Si no se extirpó el pólipo por completo, es posible que lo deriven a un centro especializado en EII. En el centro, se podría extirpar el pólipo por vía endoscópica. De lo contrario, podría acudir a un cirujano para que le practique una colectomía.

Si todos los pólipos se han extirpado por completo se le volverá a examinar para detectar el cáncer colorrectal. Los pólipos extirpados por partes o con displasia de alto grado confieren un riesgo

muy elevado de cáncer. En estos casos, vuelva a someterse a una prueba de detección en un plazo de 3 a 6 meses. Si tiene factores de alto riesgo de cáncer colorrectal, hágase una nueva prueba de detección en 1 año. Puede esperar de 2 a 3 años si no tiene factores de alto riesgo.

La displasia invisible no puede verse con un endoscopio. Podría encontrarse en las muestras aleatorias extraídas durante la endoscopia con luz blanca. Un patólogo experto en el sistema digestivo puede ayudar con el diagnóstico. Si se confirma la displasia, debería consultar a un experto en EII. Los siguientes pasos de la atención podrían involucrar una cromoendoscopia si no se

## Guía 6. Reexaminación basada en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII)



Resultados de la detección de una colonoscopia anterior



Tiempo hasta la nueva prueba de detección

No se encontraron pólipos ni displasia

- Reexaminar en 1 año si tiene una estenosis menor que no fue tratada con cirugía
- Reexaminar en 1 año si tiene factores de alto riesgo
- Reexaminar en 2 o 3 años si no tiene factores de alto riesgo

Se encontró una displasia “invisible”, que no se puede ver con un endoscopio

- Debería consultar a un experto en EII
- Se le podría volver a examinar ahora con una cromoendoscopia si no se hizo antes
- Se le podría derivar a un cirujano

Se han encontrado uno o más pólipos

- Vuelva a realizar una prueba de detección en 3 a 6 meses si se extirpó un pólipo por partes
- Vuelva a realizar una prueba de detección en 3 a 6 meses si un pólipo tuvo una displasia de alto grado
- Reexaminar en 1 año si tiene factores de alto riesgo
- Reexaminar en 2 o 3 años si no tiene factores de alto riesgo

hubiera hecho antes, una cirugía o pruebas de detección más frecuentes.

Consulte la **Guía 6** para conocer los intervalos de pruebas de detección en función de la EII.

## Puntos clave

- Las personas con colitis de Crohn y colitis ulcerosa tienen un mayor riesgo de contraer cáncer colorrectal.
- El momento estándar para iniciar las pruebas de detección del cáncer colorrectal es 8 años después del inicio de los síntomas de la EII. Las pruebas de detección comienzan antes si se tienen antecedentes familiares o colangitis esclerosante primaria.
- La displasia podría ser difícil de ver con una colonoscopia típica, por lo que se utilizan métodos más nuevos para ver mejor.
- Consulte a un experto en EII si tiene una estenosis o una displasia invisible, o si no se ha extirpado un pólipo completo. El tiempo hasta la próxima revisión oscila entre 3 meses y 3 años, según el riesgo de cáncer.



## Recursos

### Cáncer colorrectal

#### **Fight Colorectal Cancer**

[FightColorectalCancer.org](http://FightColorectalCancer.org)

#### **National Cancer Institute (NCI)**

[cancer.gov/types/colorectal](http://cancer.gov/types/colorectal)

#### **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**

Cáncer de colon

[nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf](http://nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/colon-patient.pdf)

Cáncer rectal

[nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/rectal-patient.pdf](http://nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/rectal-patient.pdf)

### Detección del cáncer colorrectal

#### **Fight Colorectal Cancer**

[fightcolorectalcancer.org/resources/colorectal-cancer-screening](http://fightcolorectalcancer.org/resources/colorectal-cancer-screening)

#### **MyPathologyReport**

[mypathologyreport.ca](http://mypathologyreport.ca)

#### **National Cancer Institute (NCI)**

[cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq](http://cancer.gov/types/colorectal/patient/colorectal-screening-pdq)

## Síndrome de cáncer hereditario

### **MedlinePlus**

Poliposis adenomatosa familiar

[medlineplus.gov/genetics/condition/familial-adenomatous-polyposis](http://medlineplus.gov/genetics/condition/familial-adenomatous-polyposis)

Síndrome de Lynch

[medlineplus.gov/genetics/condition/lynch-syndrome](http://medlineplus.gov/genetics/condition/lynch-syndrome)

## Enfermedad inflamatoria intestinal

### **Cleveland Clinic**

[my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview](http://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15587-inflammatory-bowel-disease-overview)

## Supervivencia

### **National Comprehensive Cancer Network (NCCN)**

Atención a los sobrevivientes para una vida saludable

[nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf](http://nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-hl-patient.pdf)

Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer

[nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf](http://nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/survivorship-crl-patient.pdf)

## Palabras que debe saber

### **adenoma**

Crecimiento excesivo de células similares a glándulas que producen moco. También denominado pólipo adenomatoso, pólipo tradicional y pólipo convencional.

### **adenoma serrado tradicional (AST)**

Crecimiento excesivo de células que tiene un patrón de células en forma de diente de sierra.

### **anemia por deficiencia de hierro**

Afección en la que la cantidad de glóbulos rojos es baja debido a la baja concentración de hierro.

### **ano**

Abertura por la que las heces salen del cuerpo.

### **biopsia**

Procedimiento utilizado para extirpar muestras de tejido o fluido para analizarlas en busca de una enfermedad.

### **CCHNP**

Cáncer colorrectal hereditario no polipósico

### **colangitis esclerosante primaria**

Afección de salud que provoca la inflamación y el estrechamiento de los conductos biliares.

### **colectomía**

Cirugía para extirpar una parte del colon.

### **colitis de Crohn**

Afección de salud que provoca una inflamación prolongada del colon.

### **colitis ulcerosa**

Afección de salud que provoca una inflamación prolongada en el colon o el recto.

### **colon**

Órgano hueco en el que los alimentos ingeridos pasan de ser líquidos a sólidos.

### **colonografía por tomografía computada (TC)**

Radiografías del colon.

### **colonoscopia**

Procedimiento para revisar el interior del colon con un dispositivo que se introduce a través del ano.

### **colonoscopia**

Dispositivo que se guía a través del ano para trabajar en el interior del colon.

### **romoendoscopia por pulverización de colorantes**

Procedimiento para observar el interior del colon mediante tintes y un dispositivo que genera imágenes muy claras.

### **romoendoscopia virtual (CEV)**

Procedimiento para revisar el interior del colon con un dispositivo que filtra la luz y se introduce a través del ano. También se denomina CEV óptica.

### **diagnóstico por imágenes**

Estudio que toma fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

### **dissección submucosa endoscópica (DSE)**

Procedimiento que elimina los tumores con un bisturí especial que se pasa a través de una abertura natural.

### **displasia**

Patrón de crecimiento celular anormal.

### **endoscopia de luz blanca de alta definición (HD-WLE)**

Procedimiento para revisar el interior del colon con un dispositivo que genera imágenes muy claras y se introduce a través del ano.

### **endoscopia**

Dispositivo que se pasa a través de una abertura natural para realizar trabajos en el interior del cuerpo.

### **enfermedad de Crohn**

Afección de salud que causa una inflamación a largo plazo en el tracto digestivo.

### **enfermedad inflamatoria intestinal**

Grupo de afecciones de salud que causan una inflamación a largo plazo en el tracto digestivo.

### **estenosis**

Estrechamiento anormal de un órgano hueco.

### **esófago**

Órgano en forma de tubo entre la garganta y el estómago.

### **factor de riesgo**

Algo que aumenta la posibilidad de un evento.

### **familiares consanguíneos**

Personas que están relacionadas con usted por nacimiento.

### **gen de reparación de desajustes (MMR)**

Instrucciones en el interior de las células para una proteína que corrige los errores del ADN que se producen al replicarse.

### **heces**

Alimentos no utilizados que se eliminan del cuerpo. También llamadas excrementos.

### **inestabilidad de microsatélites (MSI)**

Errores cometidos en partes pequeñas y repetidas del ADN durante el proceso de copia debido a un sistema de reparación anormal.

### **intestino**

Órgano por el que pasan los alimentos después de salir del estómago. También se lo llama tripa. Se divide en dos partes llamadas intestino delgado y grueso.

### **índice de masa corporal (IMC)**

Medida de la grasa corporal basada en la altura y el peso.

### **laxante**

Medicamentos utilizados para limpiar los intestinos.

### **linfa**

Fluido claro que contiene glóbulos blancos.

### **mt-sDNA**

ADN en heces multiobjetivo

### **mucosa**

Capa más interna de la pared del colon.

### **PAF**

Poliposis adenomatosa familiar

### **patólogo**

Médico experto en el análisis de células y tejido para detectar enfermedades.

### **polipectomía**

Procedimiento para eliminar un crecimiento excesivo de células.

### **prueba de ADN en heces multiobjetivo (mt-sDNA)**

Análisis de laboratorio que busca marcadores genéticos de cáncer colorrectal en las heces.

### **prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad**

Análisis de laboratorio que busca pequeñas cantidades de sangre en las heces.

### **prueba inmunoquímica fecal (FIT)**

Análisis de laboratorio que busca pequeñas cantidades de sangre en las heces.

### **pólipo**

Crecimiento excesivo de la pared interna del tubo digestivo.

### **pólipo deprimido**

Crecimiento anormal que se encuentra por debajo del tejido circundante.

### **pólipo hiperplásico**

Crecimiento excesivo de células que tiene un patrón de células en forma de diente de sierra.

### **pólipo pedunculado**

Crecimiento anormal que tiene forma de hongo.

### **pólipo plano**

Crecimiento anormal que no sobresale o sobresale ligeramente por encima del tejido circundante.

### **pólipo serrado sésil (PSS)**

Crecimiento excesivo de células con una parte superior elevada y redondeada y un patrón celular en forma de dientes de sierra. También se denomina adenoma serrado sésil.

### **pólipo serrado sésil con displasia (PSS-d)**

Crecimiento excesivo de células con un patrón de crecimiento en forma de dientes de sierra y una parte superior elevada y redondeada.

### **pólipo sésil**

Crecimiento excesivo de células que tiene una parte superior redondeada y una base ancha.

### **recidiva**

La reaparición del cáncer después de un período sin esta enfermedad.

**recto**

Órgano hueco en el que se alojan las heces hasta que salen del cuerpo.

**resección endoscópica de la mucosa (REM)**

Procedimiento que elimina crecimientos levantándolos y cortándolos con un círculo de alambre que se pasa a través de una abertura natural.

**SD-WLE**

endoscopia con luz blanca de definición estándar

**sigmoidoscopia flexible**

Procedimiento para revisar el interior de la última parte del colon con un dispositivo que se introduce a través del ano.

**sistema digestivo**

Conjunto de órganos que transforman los alimentos en pequeñas partes para que el cuerpo los utilice como energía.

**síndrome de Lynch**

Afección de salud en las familias que aumenta las probabilidades de desarrollar cáncer.

**síndromes polipósicos**

Grupo de afecciones de salud dentro de las familias que causan múltiples pólipos colorrectales.

**vaso linfático**

Pequeña estructura en forma de tubo por la que circula un líquido llamado linfa.



**Comparta su  
opinión con  
nosotros.**

**Complete nuestra [encuesta](#)**

Y colabore para que la Guía  
NCCN Guidelines for Patients sea  
mejor para todos.

[NCCN.org/patients/comments](https://www.nccn.org/patients/comments)

# Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en la NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer colorrectal, versión 2.2021. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, MS  
*Directora general  
 de Operaciones de información para pacientes*

Laura J. Hanisch, PsyD  
*Directora del Programa de información para  
 pacientes*

Susan Kidney  
*Especialista principal en diseño gráfico*

La NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer colorrectal, versión 2.2021 fue desarrollada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dawn Provenzale, MD, MS/Presidenta  
*Duke Cancer Institute*

\*Reid M. Ness, MD, MPH/Vicepresidente  
*Vanderbilt-Ingram Cancer Center*

Benjamin Abbadessa, MD  
*UC San Diego Moores Cancer Center*

Christopher T. Chen, MD  
*Stanford Cancer Institute*

Gregory Cooper, MD  
*Case Comprehensive Cancer Center/  
 University Hospitals Seidman Cancer  
 Center y Taussig Cancer Institute,  
 Cleveland Clinic*

Dayna S. Early, MD  
*Siteman Cancer Center, Barnes-  
 Jewish Hospital y Washington  
 University School of Medicine*

\*Mark Friedman, MD  
*Moffitt Cancer Center*

Francis M. Giardiello, MD, MBA  
*The Sidney Kimmel Comprehensive  
 Cancer Center, Johns Hopkins*

Kathryn Glaser, MA, PhD  
*Roswell Park Comprehensive Cancer Center*

Suryakanth Gurudu, MD  
*Mayo Clinic Cancer Center*

Amy L. Halverson, MD  
*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer  
 Center, Northwestern University*

Rachel Issaka, MD, MAS  
*Fred Hutchinson Cancer Research Center/  
 Seattle Cancer Care Alliance*

Rishi Jain, MD, MS  
*Fox Chase Cancer Center*

Priyanka Kanth, MD, MS  
*Huntsman Cancer Institute,  
 University of Utah*

Trilokesh Kidambi, MD  
*City of Hope National Medical Center*

Audrey J. Lazenby, MD  
*Fred & Pamela Buffett Cancer Center*

Xavier Llor, MD, PhD  
*Yale Cancer Center/  
 Smilow Cancer Hospital*

Lillias Maguire, MD  
*University of Michigan Rogel Cancer Center*

Arnold J. Markowitz, MD  
*Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

\*Folasade P. May, MD, PhD, MPhil  
*UCLA Jonsson Comprehensive  
 Cancer Center*

Robert J. Mayer, MD  
*Dana-Farber/Brigham and Women's  
 Cancer Center | Massachusetts General  
 Hospital Cancer Center*

Shivan Mehta, MD, MBA, MS  
*Abramson Cancer Center,  
 University of Pennsylvania*

Caitlin Murphy, PhD  
*UT Southwestern Simmons  
 Comprehensive Cancer Center*

Swati Patel, MD, MS  
*University of Colorado Cancer Center*

\*Shajan Peter, MD  
*O'Neal Comprehensive  
 Cancer Center, UAB*

\*Laura Porter, MD  
*Defensor de pacientes*

Peter P. Stanich, MD  
*The Ohio State University Comprehensive  
 Cancer Center - James Cancer Hospital  
 y Solove Research Institute*

Jonathan Terdiman, MD  
*UCSF Helen Diller Family  
 Comprehensive Cancer Center*

Jennifer M. Weiss, MD, MS  
*University of Wisconsin  
 Carbone Cancer Center*

## Personal de NCCN

Mallory Campbell, PhD

\* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

# Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,  
University of Pennsylvania  
Filadelfia, Pensilvania  
+1 800.789.7366 • [pennmedicine.org/cancer](http://pennmedicine.org/cancer)

Fred & Pamela Buffett Cancer Center  
Omaha, Nebraska  
+1 402.559.5600 • [unmc.edu/cancercenter](http://unmc.edu/cancercenter)

Case Comprehensive Cancer Center/  
University Hospitals Seidman Cancer  
Center y Taussig Cancer Institute,  
Cleveland Clinic  
Cleveland, Ohio  
+1 800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center  
[uhhospitals.org/services/cancer-services](http://uhhospitals.org/services/cancer-services)  
+1 866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute  
[my.clevelandclinic.org/departments/cancer](http://my.clevelandclinic.org/departments/cancer)  
+1 216.844.8797 • Case CCC  
[case.edu/cancer](http://case.edu/cancer)

City of Hope National Medical Center  
Los Ángeles, California  
+1 800.826.4673 • [cityofhope.org](http://cityofhope.org)

Dana-Farber/Brigham Cancer Center y  
Women's Cancer Center | Massachusetts  
General Hospital Cancer Center  
Boston, Massachusetts  
+1 617.732.5500  
[youhaveus.org](http://youhaveus.org)  
+1 617.726.5130  
[massgeneral.org/cancer-center](http://massgeneral.org/cancer-center)

Duke Cancer Institute  
Durham, Carolina del Norte  
+1 888.275.3853 • [dukecancerinstitute.org](http://dukecancerinstitute.org)

Fox Chase Cancer Center  
Filadelfia, Pensilvania  
+1 888.369.2427 • [foxchase.org](http://foxchase.org)

Huntsman Cancer Institute,  
University of Utah  
Salt Lake City, Utah  
+1 800.824.2073  
[huntsmancancer.org](http://huntsmancancer.org)

Fred Hutchinson Cancer  
Research Center/Seattle  
Cancer Care Alliance  
Seattle, Washington  
+1 206.606.7222 • [seattlecca.org](http://seattlecca.org)  
+1 206.667.5000 • [fredhutch.org](http://fredhutch.org)

The Sidney Kimmel Comprehensive  
Cancer Center, Johns Hopkins  
Baltimore, Maryland  
+1 410.955.8964  
[www.hopkinskimmelfcancercenter.org](http://www.hopkinskimmelfcancercenter.org)

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer  
Center, Northwestern University  
Chicago, Illinois  
+1 866.587.4322 • [cancer.northwestern.edu](http://cancer.northwestern.edu)

Mayo Clinic Cancer Center  
Phoenix/Scottsdale, Arizona  
Jacksonville, Florida  
Rochester, Minnesota  
+1 480.301.8000 • Arizona  
+1 904.953.0853 • Florida  
+1 507.538.3270 • Minnesota  
[mayoclinic.org/cancercenter](http://mayoclinic.org/cancercenter)

Memorial Sloan Kettering  
Cancer Center  
Nueva York, Nueva York  
+1 800.525.2225 • [mskcc.org](http://mskcc.org)

Moffitt Cancer Center  
Tampa, Florida  
+1 888.663.3488 • [moffitt.org](http://moffitt.org)

The Ohio State University  
Comprehensive Cancer Center -  
James Cancer Hospital and  
Solove Research Institute  
Columbus, Ohio  
+1 800.293.5066 • [cancer.osu.edu](http://cancer.osu.edu)

O'Neal Comprehensive  
Cancer Center en UAB  
Birmingham, Alabama  
+1 800.822.0933 • [uab.edu/onealcancercenter](http://uab.edu/onealcancercenter)

Roswell Park Comprehensive  
Cancer Center  
Búfalo, Nueva York  
+1 877.275.7724 • [roswellpark.org](http://roswellpark.org)

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish  
Hospital y Washington  
University School of Medicine  
St. Louis, Misuri  
+1 800.600.3606 • [siteman.wustl.edu](http://siteman.wustl.edu)

St. Jude Children's Research Hospital/  
The University of Tennessee  
Health Science Center  
Memphis, Tennessee  
+1 866.278.5833 • [stjude.org](http://stjude.org)  
+1 901.448.5500 • [uthsc.edu](http://uthsc.edu)

Stanford Cancer Institute  
Stanford, California  
+1 877.668.7535 • [cancer.stanford.edu](http://cancer.stanford.edu)

UC Davis  
Comprehensive Cancer Center  
Sacramento, California  
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261  
[health.ucdavis.edu/cancer](http://health.ucdavis.edu/cancer)

UC San Diego Moores Cancer Center  
La Jolla, California  
+1 858.822.6100 • [cancer.ucsd.edu](http://cancer.ucsd.edu)

UCLA Jonsson  
Comprehensive Cancer Center  
Los Ángeles, California  
+1 310.825.5268 • [cancer.ucla.edu](http://cancer.ucla.edu)

UCSF Helen Diller Family Comprehensive  
Cancer Center  
San Francisco, California  
+1 800.689.8273 • [cancer.ucsf.edu](http://cancer.ucsf.edu)

University of Colorado Cancer Center  
Aurora, Colorado  
+1 720.848.0300 • [coloradocancercenter.org](http://coloradocancercenter.org)

University of Michigan  
Rogel Cancer Center  
Ann Arbor, Michigan  
+1 800.865.1125 • [rogelcancercenter.org](http://rogelcancercenter.org)

The University of Texas  
MD Anderson Cancer Center  
Houston, Texas  
+1 844.269.5922 • [mdanderson.org](http://mdanderson.org)

University of Wisconsin  
Carbone Cancer Center  
Madison, Wisconsin  
+1 608.265.1700 • [uwhealth.org/cancer](http://uwhealth.org/cancer)

UT Southwestern Simmons  
Comprehensive Cancer Center  
Dallas, Texas  
+1 214.648.3111 • [utsouthwestern.edu/simmons](http://utsouthwestern.edu/simmons)

Vanderbilt-Ingram Cancer Center  
Nashville, Tennessee  
+1 877.936.8422 • [vicc.org](http://vicc.org)

Yale Cancer Center/  
Smilow Cancer Hospital  
New Haven, Connecticut  
+1 855.4.SMILOW • [yalecancercenter.org](http://yalecancercenter.org)



# Índice

- adenoma** 23, 25, 27–29
- adenoma serrado tradicional** 23, 25, 27, 29
- antecedentes familiares** 10–11, 21–25
- biopsia** 16
- colangitis esclerosante primaria** 34–35
- colectomía** 35–36
- cromoendoscopia** 35–36
- disección submucosa endoscópica (DSE)** 36
- displasia** 23–24, 27–29, 34–36
- endoscopia** 9, 35–36
- enfermedad inflamatoria intestinal (EII)**  
10, 34–37
- gen de reparación de desajustes (MMR)** 21
- inestabilidad de microsatélites (MSI)** 31
- lesión** - Ver pólipo
- polipectomía** 16
- prueba de ADN en heces multiobjetivo (mt-sDNA)** 17–19
- prueba de sangre oculta en heces de alta sensibilidad** 18
- prueba inmunoquímica fecal (FIT)** 17–18
- pólipo** 7–8, 10, 27–32, 35–37
- pólipo hiperplásico** 25, 28, 30
- pólipo serrado sésil (PSS)** 23, 25, 27–29
- resección endoscópica de la mucosa (REM)** 35
- riesgo** 10-11
- sigmoidoscopia flexible** 9, 16–19
- sistema digestivo** 7
- síndrome de cáncer hereditario** 10, 21, 23, 29
- síntoma** 8–9, 12, 21, 34–35





NCCN  
GUIDELINES  
FOR PATIENTS®

# Detección del cáncer colorrectal

## 2021

NCCN Foundation agradece profundamente a nuestro promotor y colaborador, Fight Colorectal Cancer, y a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible estas NCCN Guidelines for Patients: Amgen Inc., Bristol Myers Squibb, Exact Sciences, y Olympus Corporation of the Americas. Asimismo, estas NCCN Guidelines for Patients cuentan con el apoyo de una beca académica de Daiichi Sankyo. NCCN adapta, actualiza y hospeda de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan de la elaboración de esta guía de NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan por el contenido ni las recomendaciones incluidos en el presente. La traducción a otros idiomas de esta NCCN Guidelines for Patients ha sido posible gracias al apoyo de Exact Sciences.

Para apoyar NCCN Guidelines for Patients

DONE AHORA

Visite [NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccn.org/Donate)



National Comprehensive  
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100  
Plymouth Meeting, PA 19462  
+1 215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) – Para pacientes | [NCCN.org](https://www.nccn.org) – Para médicos