**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA**

**PARA EL MANEJO DE CÁNCER DE COLON**

**VERSIÓN EN EXTENSO**

## I. Tabla 1. Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC)

<table>
<tr><th>Enunciado</th><th>Tipo</th></tr>
<tr><td colspan="2">Pregunta 1. En pacientes adultos con cáncer de colon en proceso de estadiaje, ¿se debería realizar tomografía computarizada (TC) (tórax, abdomen y pelvis) o tomografía por emisión de positrones (PET/TC)?</td></tr>
<tr><td>En pacientes adultos con cáncer de colon, que se encuentran en proceso de estadiaje inicial, considere utilizar la TC de tórax, abdomen y pelvis (con o sin contraste) para definir el estadiaje, en lugar de usar PET/TC.</td><td>BPC</td></tr>
<tr><td>Para el estadiaje de los pacientes con cáncer de colon, considere usar la clasificación de la AJCC:<br><br>Tabla N° 1: Clasificación de estadio clínico (EC) en pacientes con cáncer de colon
<table>
<tr><td>Estadio 0</td><td>Tis, N0, M0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Estadio I</td><td>T1, N0, M0</td></tr>
<tr><td>T2, N0, M0</td></tr>
<tr><td>Estadio IIA</td><td>T3, N0, M0</td></tr>
<tr><td>Estadio IIB</td><td>T4a, N0, M0</td></tr>
<tr><td>Estadio IIC</td><td>T4b, N0, M0</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Estadio IIIA</td><td>T1-T2, N1/N1c, M0</td></tr>
<tr><td>T1, N2a, M0</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Estadio IIIB</td><td>T3-T4a, N1/N1c, M0</td></tr>
<tr><td>T2-T3, N2a, M0</td></tr>
<tr><td>T1-T2, N2b, M0</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Estadio IIIC</td><td>T4a, N2a, M0</td></tr>
<tr><td>T3-T4a, N2b, M0</td></tr>
<tr><td>T4b, N1-N2, M0</td></tr>
<tr><td>Estadio IVA</td><td>Cualquier T, cualquier N, M1a</td></tr>
<tr><td>Estadio IVB</td><td>Cualquier T, cualquier N, M1b</td></tr>
<tr><td>Estadio IVC</td><td>Cualquier T, cualquier N, M1c</td></tr>
</table>
Fuente: Vogel JD, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. Dis Colon Rectum. 2022.<br><br>Donde cada una de las siglas especificadas significa lo siguiente:<br><br>Tabla N° 2: Especificación de siglas en la clasificación AJCC
<table>
<tr><th colspan="2">Tumor primario (T)</th></tr>
<tr><td>TX</td><td>No puede evaluarse el tumor primario</td></tr>
<tr><td>T0</td><td>No hay indicación de tumor primario</td></tr>
<tr><td>Tis</td><td>Carcinoma in situ: intraepiteliar o invasión de la lámina propia</td></tr>
<tr><td>T1</td><td>El tumor invade la submucosa</td></tr>
<tr><td>T2</td><td>El tumor invade la muscularis propia</td></tr>
</table>
</td><td>BPC</td></tr>
</table>

| | | |
|---|---|---|
| **T3** | El tumor invade la subserosa o los tejidos pericólicos o perirrectales no peritonealizados a través de la muscularis propia | |
| **T4a** | El tumor invade o perfora el peritoneo visceral (serosa) | |
| **T4b** | El tumor invade directamente otros órganos o estructuras | |
| **Ganglios linfáticos regionales (N)** | | |
| **NX** | No pueden evaluarse los ganglios regionales | |
| **N0** | No hay metástasis de los ganglios linfáticos regionales | |
| **N1** | De uno a tres ganglios linfáticos regionales son positivos (tumor en los ganglios linfáticos que miden ≥0,2 mm), o hay cualquier cantidad de depósitos tumorales y todos los ganglios linfáticos identificables son negativos | |
| **N1a** | Metástasis en 1 ganglio linfático regional | |
| **N1b** | Metástasis en 2 a 3 ganglios linfáticos regionales | |
| **N1c** | Ningún ganglio linfático regional es positivo, pero hay depósitos tumorales en la subserosa, el mesenterio o los tejidos pericólicos o perirrectales no peritonealizados sin metástasis en los ganglios regionales | |
| **N2** | Metástasis en 4 o más ganglios linfáticos regionales | |
| **N2a** | Metástasis en 4 a más ganglios linfáticos regionales | |
| **N2b** | Metástasis en 7 o más ganglios linfáticos regionales | |
| **Metástasis a distancia (M)** | | |
| **M0** | No hay metástasis a distancia | |
| **M1a** | Se identifica metástasis confinada a un órgano o sitio sin metástasis peritoneal | |
| **M1b** | Se identifica metástasis confinada a dos o más órganos o sitios sin metástasis peritoneal | |
| **M1c** | La metástasis a la superficie peritoneal se identifica sola o con metástasis en otro sitio u órgano | |

**Fuente**: Vogel JD, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Colon Cancer. Dis Colon Rectum. 2022.

| | |
|---|---|
| **Pregunta 2. En pacientes adultos con cáncer de colon en EC I, ¿se debería realizar resección endoscópica o resección quirúrgica?** | |
| En pacientes adultos con cáncer de colon en EC I, sugerimos realizar resección quirúrgica en lugar de la endoscópica. | Recomendación condicional a favor del control<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⨁◯◯◯ |
| **Pregunta 3. En pacientes adultos con cáncer de colon EC I-III, ¿se debería realizar la colectomía segmentaria mediante cirugía mínimamente invasiva o cirugía abierta?** | |
| En pacientes adultos con cáncer de colon EC I-III, sugerimos realizar colectomía segmentaria mediante cirugía laparoscópica o cirugía abierta, según la experiencia de los especialistas y disponibilidad de recursos. | Recomendación condicional a favor de la intervención o del control<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⨁◯◯◯ |

| | |
|---|---|
| **Pregunta 4. En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y sin o con factores de riesgo de recurrencia, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante?** | |
| En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y sin factores de riesgo de recurrencia, sugerimos no brindar quimioterapia adyuvante de manera rutinaria. | Recomendación condicional en contra de la intervención<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⊕◯◯◯ |
| En pacientes adultos con cáncer de colon EC II resecado y con al menos un factor de riesgo de recurrencia, sugerimos brindar quimioterapia adyuvante. | Recomendación condicional a favor de la intervención<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⊕◯◯◯ |
| Considere a los pacientes adultos con un alto riesgo de recurrencia de la enfermedad, si presenta al menos uno de los siguientes criterios:<br>- Tumor T4 patológico,<br>- Histología poco diferenciada o indiferenciada,<br>- Presencia de invasión linfovascular o perineural,<br>- Cirugía de emergencia por obstrucción o perforación,<br>- Menos de 12 ganglios linfáticos extirpados,<br>- Un margen de resección positivo (definido como un margen de resección con afectación tumoral microscópica dentro de 1 mm del margen de resección). | BPC |
| **Pregunta 5. En pacientes adultos con cáncer de colon resecado en EC III, ¿se debería brindar quimioterapia adyuvante durante 3 meses o 6 meses?** | |
| En pacientes adultos con cáncer de colon resecado en EC III de bajo riesgo, sugerimos brindar quimioterapia adyuvante por 3 meses en lugar de 6 meses. | Recomendación condicional a favor de la intervención<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⊕◯◯◯ |
| En adultos con cáncer de colon resecado en EC III, la consideración de extender la duración de la quimioterapia a 6 meses requiere una evaluación minuciosa de las siguientes características:<br>- Tumor del paciente,<br>- Integridad de la resección quirúrgica,<br>- Número de ganglios linfáticos examinados,<br>- Comorbilidades y estado funcional.<br>- Estado de desempeño,<br>- Valores y preferencias,<br>- Edad en el momento del diagnóstico,<br>- Esperanza de vida,<br>- Años potenciales en riesgo de secuelas a largo plazo del tratamiento. | BPC |
| **Pregunta 6. En pacientes adultos con metástasis irresecables de cáncer de colon, ¿se debería brindar como esquema inicial quimioterapia sola o resección quirúrgica del tumor primario?** | |

| | |
|---|---|
| Los pacientes adultos con enfermedad metastásica irresecable de cáncer de colon deben ser evaluados en una reunión del equipo multidisciplinario con la experiencia quirúrgica adecuada antes de someterse a cualquier tratamiento (excepto en caso de una emergencia quirúrgica). Esta evaluación se debe basar en los síntomas del tumor primario y el impacto de las alternativas terapéuticas en el pronóstico del paciente. | BPC |
| Idealmente, la elección del tratamiento debe ser realizada por un equipo multidisciplinario de cirujanos, médicos oncólogos, patólogos, oncólogos radioterápicos, radiólogos, gastroenterólogos y médico paliativista luego de la discusión del caso.<br><br>Se debe realizar un enfoque de toma de decisiones compartida con el paciente y familiares. | BPC |
| **Pregunta 7. En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, ¿se debería colocar stent colónico o brindar cirugía de emergencia?** | |
| En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda aguda, sugerimos brindar cirugía de emergencia o colocar stent colónico. | Recomendación condicional a favor de la intervención o del control<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⨁◯◯◯ |
| En pacientes adultos con cáncer de colon y obstrucción colónica izquierda, considerar las características del paciente (edad avanzada, estado funcional, medio interno, presencia de comorbilidades), así como la disponibilidad de recursos y experiencia de los especialistas para la elección del tratamiento. | BPC |
| **Pregunta 8. En pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon, ¿se debería realizar colectomía simultánea o colectomía por etapas con resección hepática y/o pulmonar?** | |
| En pacientes adultos con metástasis hepáticas resecables de cáncer de colon, sugerimos realizar colectomía simultánea o colectomía por etapas para la resección hepática; dependiendo de la complejidad de la hepatectomía o colectomía, enfermedades comórbidas, estado funcional del paciente, exposición quirúrgica y experiencia del equipo de cirugía. | Recomendación condicional a favor de la intervención o del control<br><br>Certeza evidencia: Muy baja<br>⨁◯◯◯ |
| Considere brindar colectomía simultánea en los siguientes casos:<br>- El paciente pueda recibir cuatro a seis ciclos de quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía simultánea,<br>- En el caso de enfermedad hepática limitada y un tumor primario resecable, o<br>- En caso sea accesible la cirugía del tumor primario y la metástasis hepática al mismo tiempo. | BPC |
| El tratamiento de pacientes adultos con cáncer de colon resecable en EC IV debe ser individualizado y basado en una discusión multidisciplinaria integral. | BPC |
| Brindar un adecuado soporte posoperatorio especializado, ya sea en cuidados intensivos o intermedios, después de la cirugía para cáncer de colon y hepatectomía. | BPC |

**Pregunta 9. En pacientes adultos con cáncer de colon operado no metastásico, y con quimioterapia adyuvante, ¿se debería realizar como prueba de seguimiento la colonoscopia o la TC contrastada?**

Considere la siguiente estrategia de seguimiento en los pacientes adultos con cáncer de colon no metastásico, y con quimioterapia adyuvante:

**Tabla N° 3: Estrategia de seguimiento**

| Seguimiento | 1° al 3° año | 3° al 5° año |
|---|---|---|
| Historia médica, examinación física y antígeno carcinoembrionario (CEA) | Cada 3 a 6 meses | Cada 6 a 12 meses |
| TC (tórax, abdomen y pelvis) con contraste endovenoso | Cada 6 a 12 meses | Cada 12 meses |
| Colonoscopía completa | Realizarse al 1 año después de la cirugía. Excepto si no hubo colonoscopía preoperatoria debido a lesión obstructiva, en cuyo caso la colonoscopia debe realizarse a los 3 – 6 meses luego de la cirugía. Si en la colonoscopia postcirugía no hay adenoma avanzado, repetir en 3 años. | Si al 3° año no hay hallazgos (como lesión obstructiva, adenomas avanzados y cánceres metacrónicos), repetir el examen cada 5 años. |

**Fuente**: ESMO. Localized colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2020; y NCCN Versión 3.2023.

BPC

* Recomendación basada en evidencias o buenas prácticas clínicas (BPC).

## II. Flujograma para el manejo de cáncer de colon

