

Guía de Práctica Clínica

Resumen

Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Recto (MMCR) con Preferencias Institucionales

La presente guía de práctica clínica es para uso exclusivo en todas las sedes asistenciales de la Red Auna y su aplicación seguirá el respectivo programa oncológico (ONCOPLUS, ONCO CLÁSICO PRO u ONCO CLÁSICO) contratado por el paciente.

Copyright

Se autoriza la reproducción total o parcial, la transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o cualquier otro; en publicaciones científicas y médicas siempre que se citen expresamente los autores y a ONCOSALUD - AUNA como institución, colocando su logotipo de forma adecuada.

La guía resumen tiene como objetivo proporcionar al usuario las recomendaciones clave de la **Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Recto (MMCR)** basado en evidencia científica, preferencias institucionales y categorizadas según la fuerza y dirección de los colaboradores expertos de Oncosalud – AUNA.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa en el portal AUNA – Documentos AUNA.

Debe ser citado como: Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Recto (MMCR). Guía Resumen, Perú: AUNA; 2018.

COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ONCOSALUD - AUNA		
NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA / ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Frank Young T.	Cirugía Oncológica	Director Médico de Oncosalud
Dra. Paola Montenegro B.	Oncología Médica	Subdirector Médico de Oncosalud
Dr. Alfredo Aguilar C.	Oncología Médica	Director Científico y Académico Presidente del Comité de GPC
Dr. Luis Mas L.	Oncología Médica	Miembro del Comité
Dr. Víctor Rojas G.	Cirugía Oncológica	Miembro del Comité
Dr. Néstor Juárez H.	Cirugía Oncológica	Miembro del Comité
Dr. Bernardo Vizcarra LDG.	Radioncología	Miembro del Comité

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE RECTO (MMCR)		
NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA / ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Paola Montenegro B.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Jorge León Ch.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Fernando Salas S.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Víctor Castro O.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Cristian Pacheco C.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Eduardo Payet M.	Cirugía Oncológica Abdominal	Colaborador experto
Dr. José Sullón O.	Cirugía Oncológica Abdominal	Colaborador experto
Dr. Néstor Sánchez B.	Cirugía Oncológica Abdominal	Colaborador experto
Dr. Jorge Chuquillanqui LI.	Cirugía Oncológica Abdominal	Colaborador experto
Dr. Gustavo Sarria B.	Radioncología	Colaborador experto
Dr. Alberto Lachos D.	Radioncología	Colaborador experto

Dr. Bernardo Vizcarra LDG.	Radioncología	Colaborador experto
Dr. Christian Rau V.	Radioncología	Colaborador experto
Dra. Pamela Mora A.	Genética	Colaborador experto
Dra. Cilia Farias M.	Radiología	Colaborador experto
Dra. Karina Aliaga LI.	Oncología Médica	Coordinadora Equipo GPC. Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía y edición final.
Dra. Mariana Serrano C.	Oncología Médica	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía
Dra. Cindy Alcarraz M.	Oncología Médica	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía

**REVISOR EXTERNO
GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE RECTO (MMCR)**

NOMBRE COMPLETO	DISCIPLINA/ESPECIALIDAD	FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ
Dr. Christian Caglevic M.	Oncólogo Médico del Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago de Chile. Investigador en el Instituto Terapias Oncológicas Providencia (INTOP).	Revisor experto

**Recomendaciones, Nivel de Evidencia y GRADE
Guía de Práctica Clínica
Manejo Multidisciplinario de Cáncer de Recto**

N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de la Recomendación (GRADE)
A. Tratamiento del pólipo rectal asociado a cáncer invasivo		
1.	En pacientes con pólipo del recto medio asociado a cáncer invasivo, se sugiere marcar durante la colonoscopia el sitio del pólipo 48 horas antes del acto quirúrgico. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
2.	En pacientes con pólipo rectal pediculado asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente con características histológicas favorables y márgenes libres, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 4, SIGN)	Fuerte a favor

3.	En pacientes con pólipo rectal sésil T1 asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente, con características histológicas favorables y márgenes libres, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
4.	En pacientes con pólipo rectal sésil T1 asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente con características histológicas favorables y márgenes libres, se sugiere optar por manejo quirúrgico (escisión transanal o resección transabdominal). (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
5.	En pacientes con pólipo rectal asociado a cáncer invasivo con espécimen fragmentado, márgenes difícil de evaluar o características histológicas desfavorables, se recomienda escisión total del mesorrecto por vía transanal o resección transabdominal. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
B. Tratamiento del cáncer de recto temprano (cT1-2, N0)		
6.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 con características histológicas favorables, se recomienda escisión total del mesorrecto por vía transanal. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
7.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sin características histológicas favorables, se recomienda resección transabdominal. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
8.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx sin características patológicas de alto riesgo, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
9.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx y características patológicas de alto riesgo o pT2Nx, se recomienda resección transabdominal o escisión total del mesorrecto por vía transanal. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
10.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx y características patológicas de alto riesgo o pT2Nx que posteriormente se sometió a resección transabdominal con pT1-2,N0,M0 sin características patológicas de alto riesgo, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
11.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx y características patológicas de alto riesgo o pT2,Nx que posteriormente se sometió a resección transabdominal con pT3,N0,M0 y características patológicas de alto riesgo o pT4,N0,M0 o pT1-4,N1-2, se recomienda tratamiento adyuvante en base a FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina seguido de Capecitabina/RT, infusión 5-FU/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT y continuar con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
12.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx y características patológicas de alto riesgo o pT2,Nx o pT3,N0,M0 luego de resección transabdominal y características patológicas de alto riesgo o pT4,N0,M0 o pT1-4,N1-2, se recomienda tratamiento adyuvante en base a infusión de 5-FU/RT, Capecitabina/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT, seguido de	Fuerte a favor

	FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	
13.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx y características patológicas de alto riesgo o pT2Nx, se sugiere tratamiento adyuvante en base a QT/RT con Capecitabina/RT, infusión de 5-FU/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
14.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a resección transabdominal con pT1-2,N0,M0, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
15.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a resección transabdominal con pT3,N0,M0 sin otros factores de riesgo, se recomienda observación. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
16.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a resección transabdominal con pT3,N0,M0 con otras características patológicas de alto riesgo o pT4,N0,M0, se recomienda tratamiento adyuvante en base a FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
C. Tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (cT3-T4,N0,M0 o cualquier T, N1-N2,M0)		
i. Tratamiento neoadyuvante		
17.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0, se recomienda tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia, radioterapia o quimioterapia como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 1++, SIGN)	Fuerte a favor
18.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0, se recomienda quimiorradioterapia neoadyuvante con Capecitabina/RT o infusión de 5-FU/RT de curso prolongado como opciones de manejo. (Categoría 1, NCCN) (Nivel de evidencia 1++, SIGN)	Fuerte a favor
19.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0, se recomienda quimiorradioterapia neoadyuvante con bolos de 5-FU/Leucovorina asociado a RT de curso prolongado (en pacientes no aptos a infusión de 5-FU o Capecitabina) o RT de curso corto (no recomendado en tumores cT4) como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
20.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0, se recomienda quimioterapia neoadyuvante con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina seguido de Capecitabina/RT, infusión de 5-FU/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
21.	En pacientes con cáncer de recto cT4 candidatos a tratamiento neoadyuvante, no se recomienda RT de curso corto. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte en contra

iii. Tratamiento adyuvante		
22.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0 que logra resección transabdominal posterior a neoadyuvancia, se recomienda tratamiento adyuvante con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina hasta completar 6 meses de tratamiento perioperatorio como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
D. Tratamiento del cáncer de recto metastásico		
i. Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático resecable		
23.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, se recomienda la administración de un régimen de terapia sistémica perioperatoria con un tiempo total de 6 meses. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 4, SIGN)	Fuerte a favor
24.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, se sugiere la administración de un régimen de terapia sistémica perioperatoria con uso de agentes biológicos. (Categoría 2B, NCCN)	Débil a favor
25.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, se recomienda quimioterapia combinada con FOLFOX, CAPOX o FOLFIRI por 2 a 3 meses, seguido de resección del tumor rectal y resección de la metástasis sincrónica con o sin terapia local, luego considerar infusión de 5-FU/RT, Capecitabina/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT como opciones de manejo por un total de 6 meses. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
26.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, se recomienda quimioterapia combinada con FOLFOX, CAPOX o FOLFIRI por 2 a 3 meses, seguido de infusión de 5-FU/RT, Capecitabina/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT o cursos cortos de RT, seguido de resección del tumor rectal y resección de la metástasis sincrónica con o sin terapia local y considerar continuar con terapia sistémica (la misma que recibió al inicio) por un total de 6 meses. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
27.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, se recomienda infusión de Capecitabina/RT, 5-FU/RT, bolos de 5-FU/Leucovorina/RT o cursos cortos de RT seguido resección del tumor rectal y resección de la metástasis sincrónica con o sin terapia local, luego quimioterapia en base a FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina como opciones de manejo por un total de 6 meses. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
ii. Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático irresecable		
28.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática irresecables, sintomático y que requieren manejo urgente, se recomienda infusión de 5-FU/RT, bolos de 5-FU/RT, Capecitabina/RT, RT de curso corto, resección del segmento rectal involucrado, ostomía desfuncionante o colocación de stent como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor

29.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFOX con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 4, SIGN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor (Preferido)
30.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFOX con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)(Nivel de evidencia 1++, SIGN)	Fuerte a favor (Preferido)
31.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda CAPOX con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
32.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, no candidatos a quimioterapia intensa, se recomienda Capecitabina con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
33.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
34.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFIRI con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 1++, SIGN)	Fuerte a favor (Preferido)
35.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFIRI con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor (Preferido)
36.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, se recomienda FOLFIRI como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
37.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, se sugiere FOLFOXIRI con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
38.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, no aptos para terapia sistémica intensa, se recomienda Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados, como una opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN)	Fuerte a favor
39.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, que reciben terapia sistémica no intensa y no mejoran su estado funcional, se recomienda soporte médico. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
iii. Tratamiento del cáncer de recto metastásico metacrónico resecable		

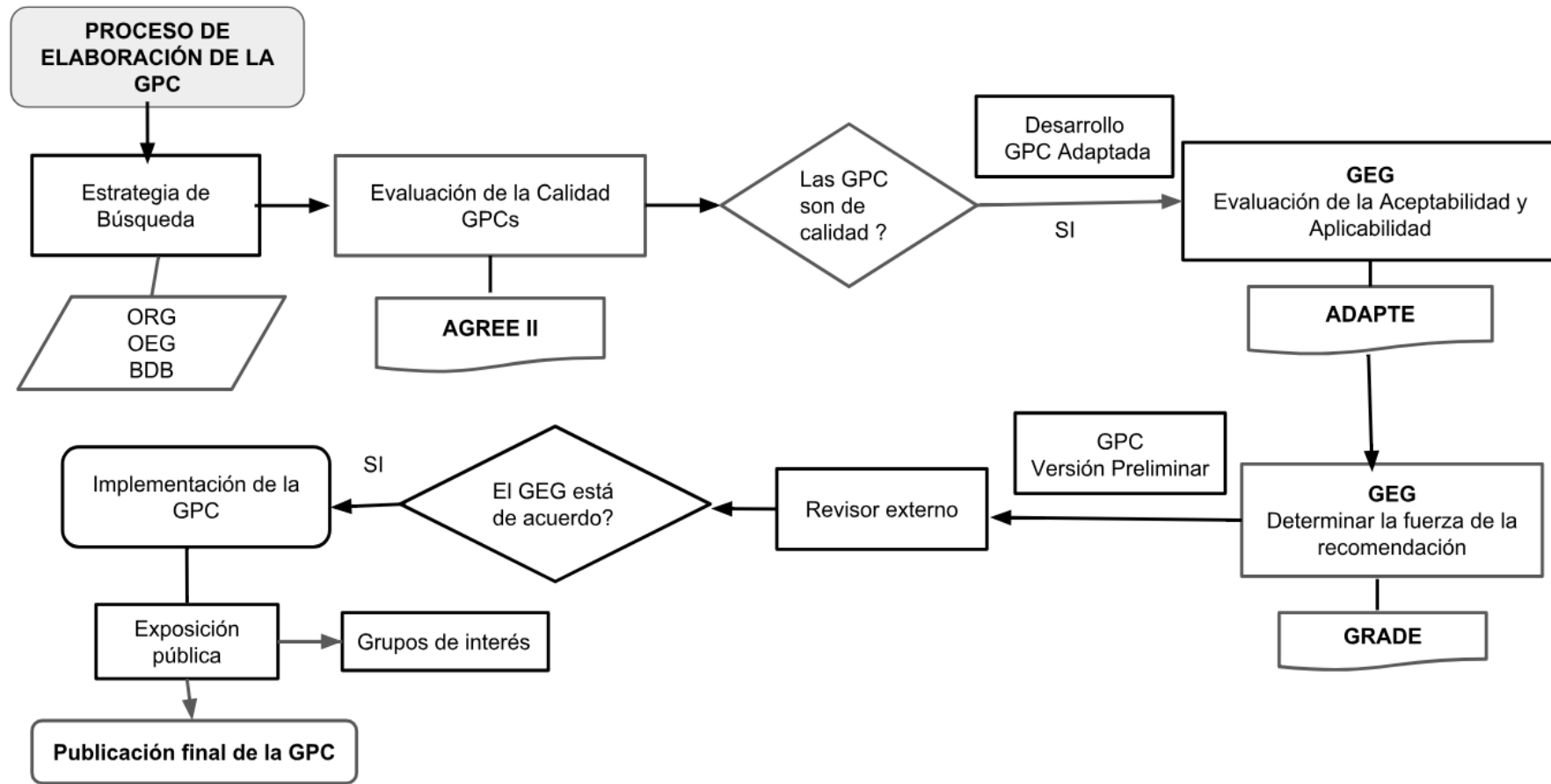
40.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas reseccables, se recomienda resección solo en oligometastasis hepática y/o pulmonar. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
41.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas operada, que tenga alto riesgo de morbilidad (adultos mayores o pacientes con deterioro del estado funcional), se sugiere observación. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
42.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables se recomienda terapia neoadyuvante con FOLFOX o CAPOX una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
43.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables se recomienda terapia neoadyuvante con FLOX como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
44.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables se sugiere terapia neoadyuvante con Capecitabina o 5-FU/Leucovorina como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
45.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables que recibieron terapia neoadyuvante, se recomienda resección de la o las metástasis. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
46.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables que fueron expuestos a neoadyuvancia y lograron cirugía R0, se sugiere observación. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
iv. Tratamiento del cáncer de recto metastásico metacrónico irresecable		
a. Adyuvancia previa ≤ 12 meses con FOLFOX o CAPOX		
47.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas irresecables y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino dentro de los 12 meses, se recomienda FOLFIRI o Irinotecan con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
48.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas irresecables y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino dentro de los 12 meses, se recomienda FOLFIRI o Irinotecan con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)(Nivel de evidencia 1++, SIGN)	Fuerte a favor
b. Adyuvancia previa > 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5 FU/Leucovorina, Capecitabina o sin quimioterapia previa		
49.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónica irresecable y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino con un intervalo mayor de 12 meses, se recomienda manejo sistémico con Oxaliplatino. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
v. Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de recto metastásico		
a. Tratamiento previo con terapia basada en Oxaliplatino		

50.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a Oxaliplatino, se recomienda FOLFIRI o Irinotecan con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)(Nivel de evidencia 1+, SIGN) (Recomendación, NICE)	Fuerte a favor
51.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a terapia basada en Oxaliplatino con Bevacizumab, se recomienda FOLFIRI con Ramucirumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
52.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a Oxaliplatino, se recomienda FOLFIRI o Irinotecan con o sin Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
b. Tratamiento previo con Irinotecan con o sin Oxaliplatino o FOLFOXIRI		
53.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a Irinotecan con o sin Cetuximab o Panitumumab sin Oxaliplatino, se recomienda FOLFOX o CAPOX con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
54.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a Irinotecan sin Oxaliplatino, se recomienda rechallenge con Irinotecan asociado a Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
55.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a Irinotecan sin Oxaliplatino, se sugiere monoterapia con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados en pacientes que no toleren Irinotecan, como una opción de manejo. (Categoría 3, NCCN)	Débil a favor
56.	En pacientes con cáncer de colon metastásico con exposición previa a Irinotecan, FOLFOX o CAPOX con o sin Bevacizumab, se recomienda Irinotecan con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
57.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a FOLFOXIRI, se recomienda Irinotecan con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
58.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a dos líneas de tratamiento se recomienda Regorafenib como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor (Preferido)
iii. Tratamiento de pacientes con tumores con deficiencia de los genes reparadores del DNA o con alta inestabilidad microsatelital		
59.	En pacientes con cáncer de recto metastásico con exposición previa a quimioterapia basada en Irinotecan con o sin Oxaliplatino asociado o no a terapia biológica, se recomienda Nivolumab o Pembrolizumab en tumores con deficiencia de los genes reparadores del DNA o con alta inestabilidad microsatelital como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor

vi. Enfermedad recurrente en anastomosis o pélvica aislada		
60.	En pacientes con cáncer de recto con recurrencia en la anastomosis o recurrencia pélvica aislada potencialmente resecable, se recomienda resección seguido de tratamiento con Capecitabina/RT, infusión de 5-FU/RT o bolos de 5-FU/RT como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
61.	En pacientes con cáncer de recto con recurrencia en la anastomosis o recurrencia pélvica aislada potencialmente resecable, se recomienda Capecitabina/RT, infusión de 5-FU/RT o bolos de 5-FU/RT seguido de resección ± radioterapia intraoperatoria como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
62.	En pacientes con cáncer de recto con recurrencia en la anastomosis o recurrencia pélvica aislada irresecable, se recomienda quimioterapia en base a Capecitabina o 5-FU ± radioterapia intraoperatoria como opciones de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor

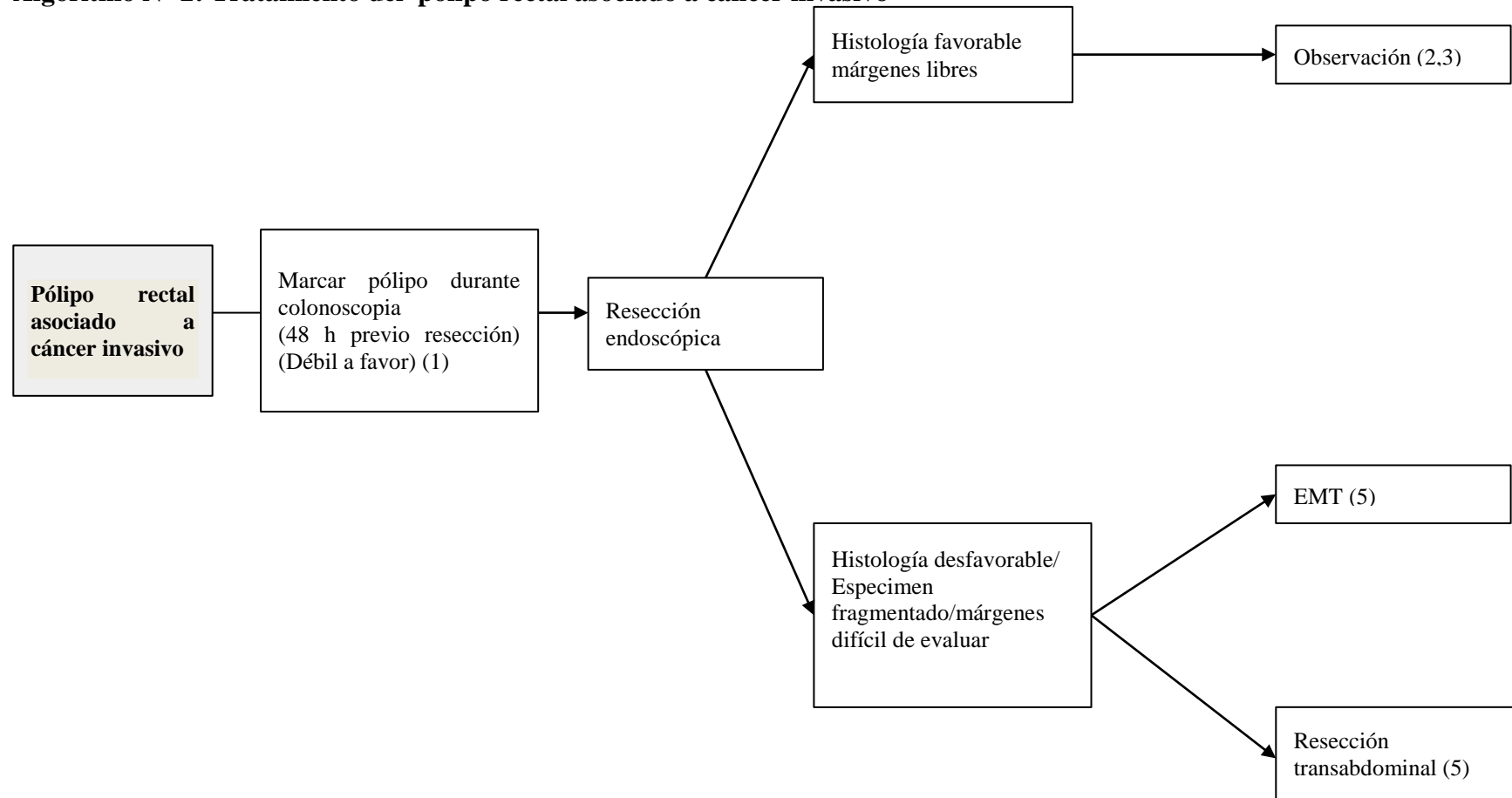
ALGORITMOS

Algoritmo N° 1: Proceso de elaboración de la GPC Oncosalud - AUNA



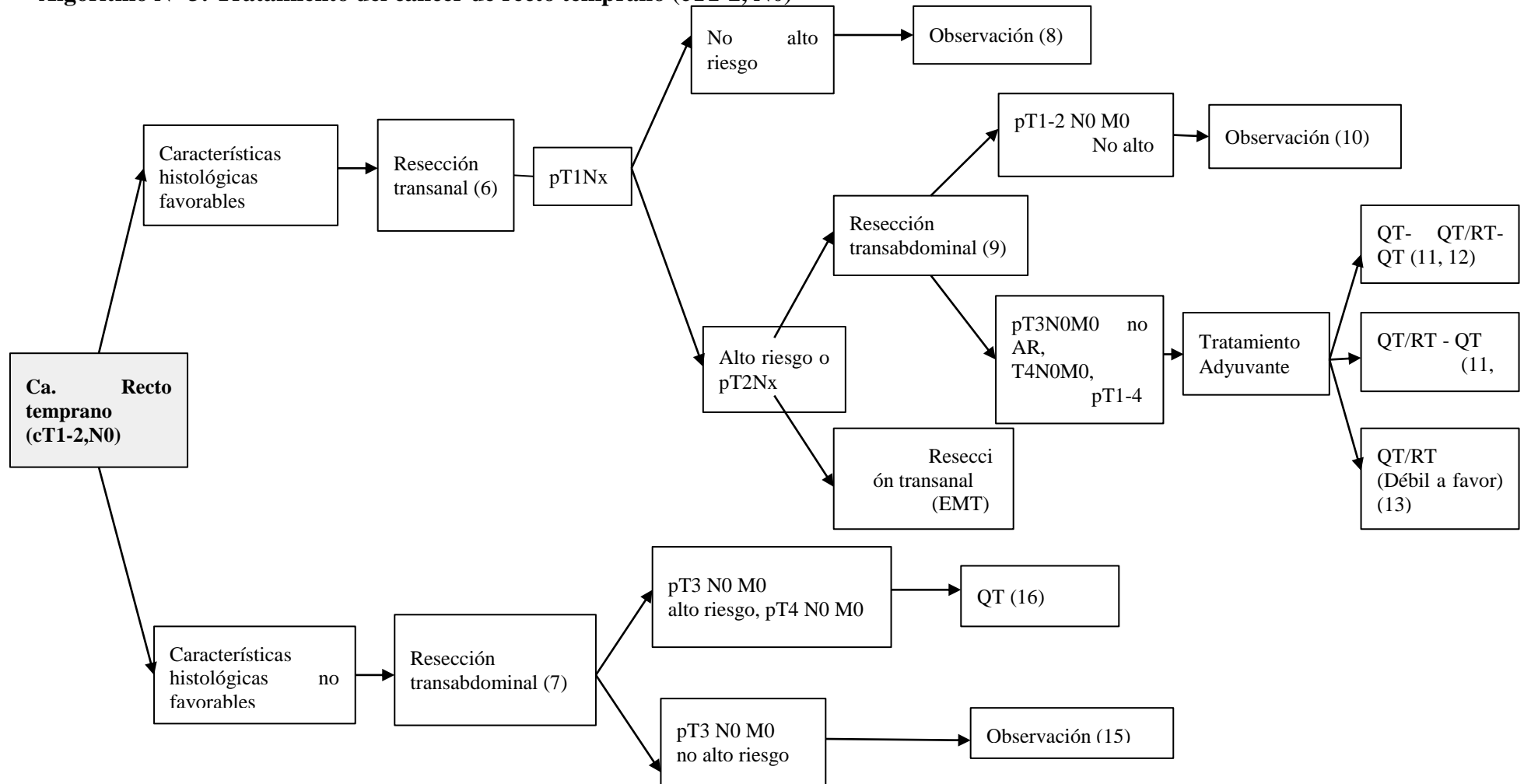
GPC: Guía de Práctica Clínica, GEG: Grupo elaborador de la guía, ORG: Organismos recopiladores de Guía, OEG: Organismos elaboradores, BDB: Base de datos biomédica, AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Algoritmo N° 2: Tratamiento del pólipo rectal asociado a cáncer invasivo



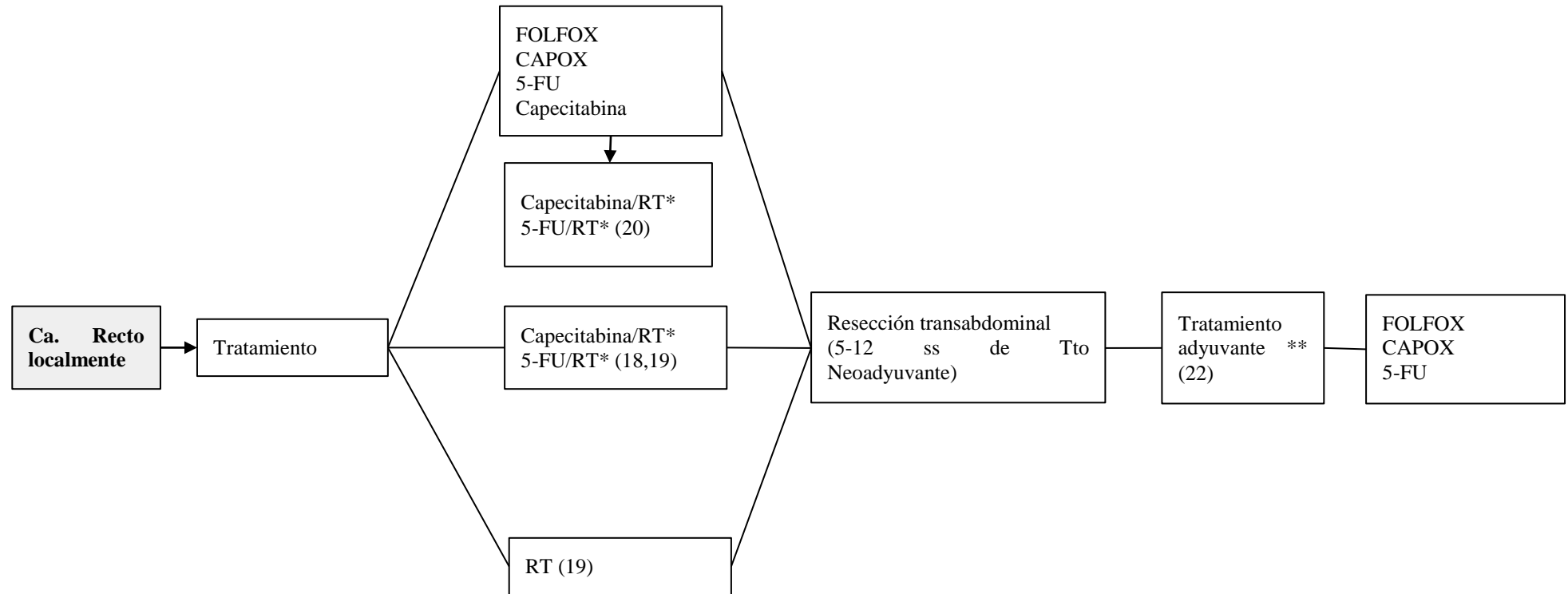
ETM: Escisión mesorrectal total. Características histológicas favorables: lesiones T1, grado histológico 1 ó 2, no invasión linfocelular y márgenes negativo. Características histológicas desfavorables: grado histológico 3 ó 4, invasión angiolinfática y/o margen de resección positivo. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.6, sección A (Ver páginas N° 34 - 36).

Algoritmo N° 3: Tratamiento del cáncer de recto temprano (cT1-2, N0)



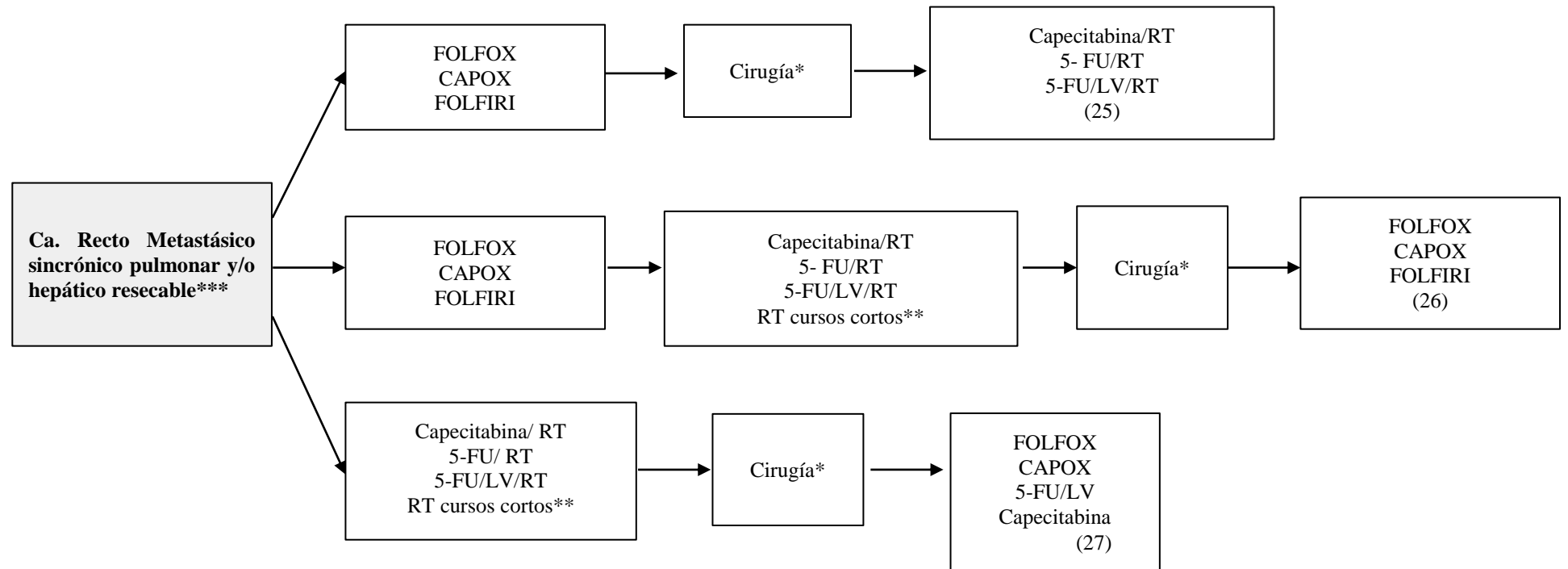
p: Patológico, AR: Alto riesgo, QT: quimioterapia, RT: radioterapia, QT/RT: Quimiorradioterapia concurrente, EMT: Escisión mesorrectal total. Características histológicas de alto riesgo para compromiso ganglionar: margen de resección circunferencial positivo, infiltración linfocelular, pobre diferenciación e invasión en profundidad hasta el tercio inferior de la submucosa. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. **Las recomendaciones se amplían en el apartado N° 7.6.6, sección B (Ver páginas N° 36 - 40)**.

Algoritmo N° 4: Tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (cT3-T4, N0, M0 o cT, N1-N2, M0)



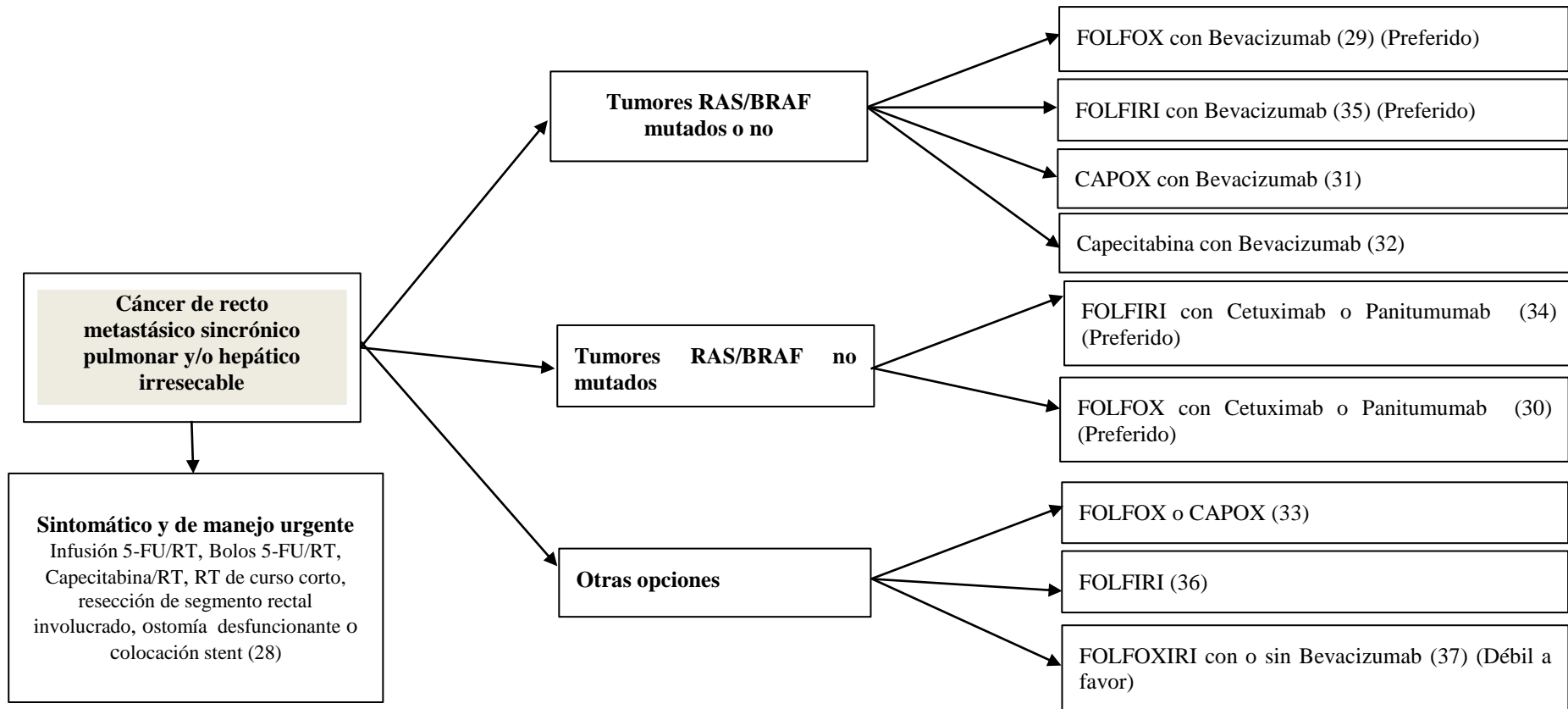
RT: Radioterapia, 5-FU: Fluorouracilo. *RT puede ser de curso corto o prolongado, no se recomienda RT de curso corto en tumores T4. ** El tratamiento adyuvante debe considerar un tiempo de 6 meses de tratamiento perioperatorio. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección C (Ver páginas N° 40 - 44)**.

Algoritmo N° 5: Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático resecable



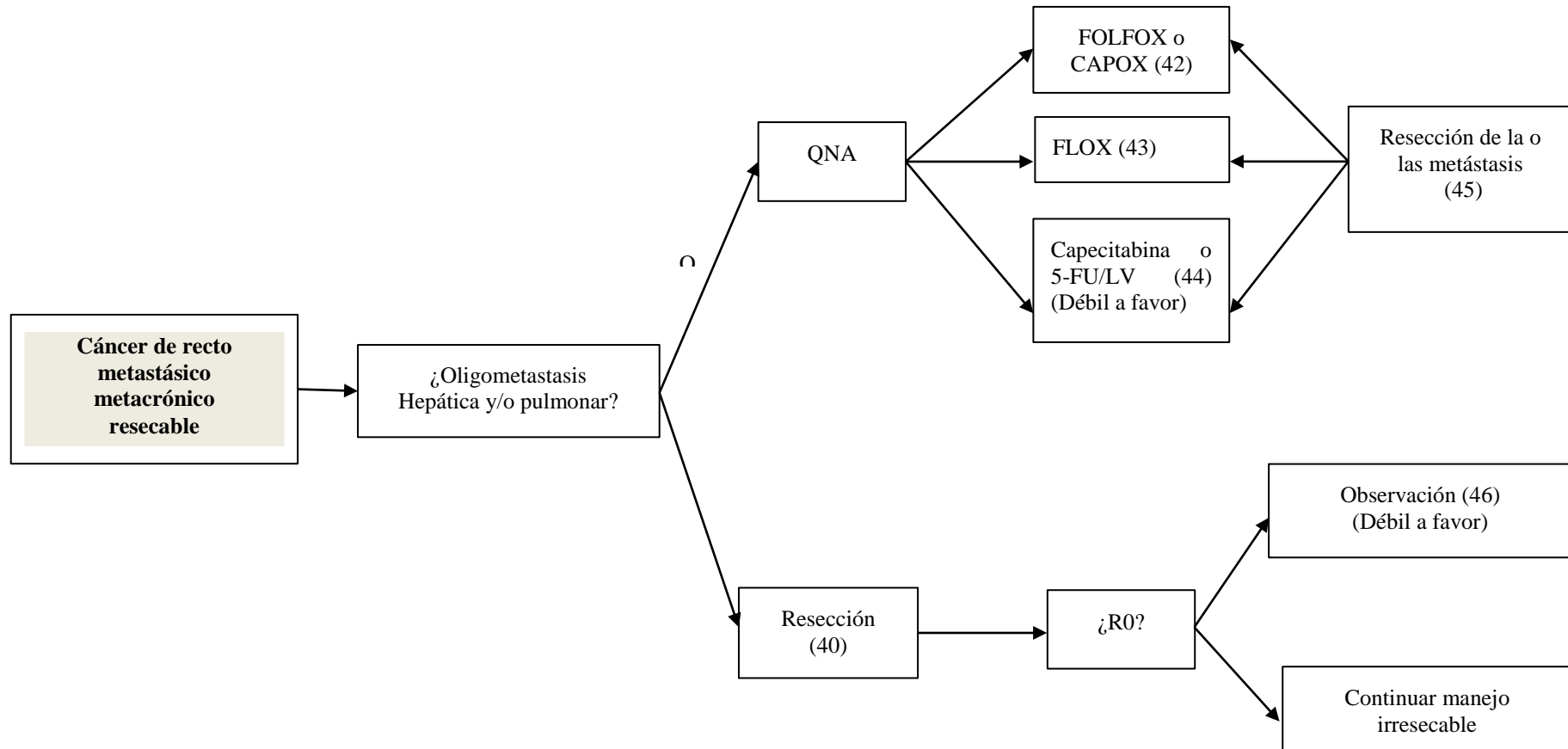
RT: Radioterapia, 5-FU: Fluorouracilo, LV: Leucovorina. *Resección del tumor rectal y de la metástasis con o sin terapia local. **RT puede ser de curso corto o prolongado, no se recomienda RT de curso corto en tumores T4. *** El tratamiento adyuvante debe considerar un tiempo de 6 meses de tratamiento perioperatorio. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el Apartado N° 7.6.6, sección D (Ver páginas N° 44 - 47).

Algoritmo N° 6: Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático irreseccable



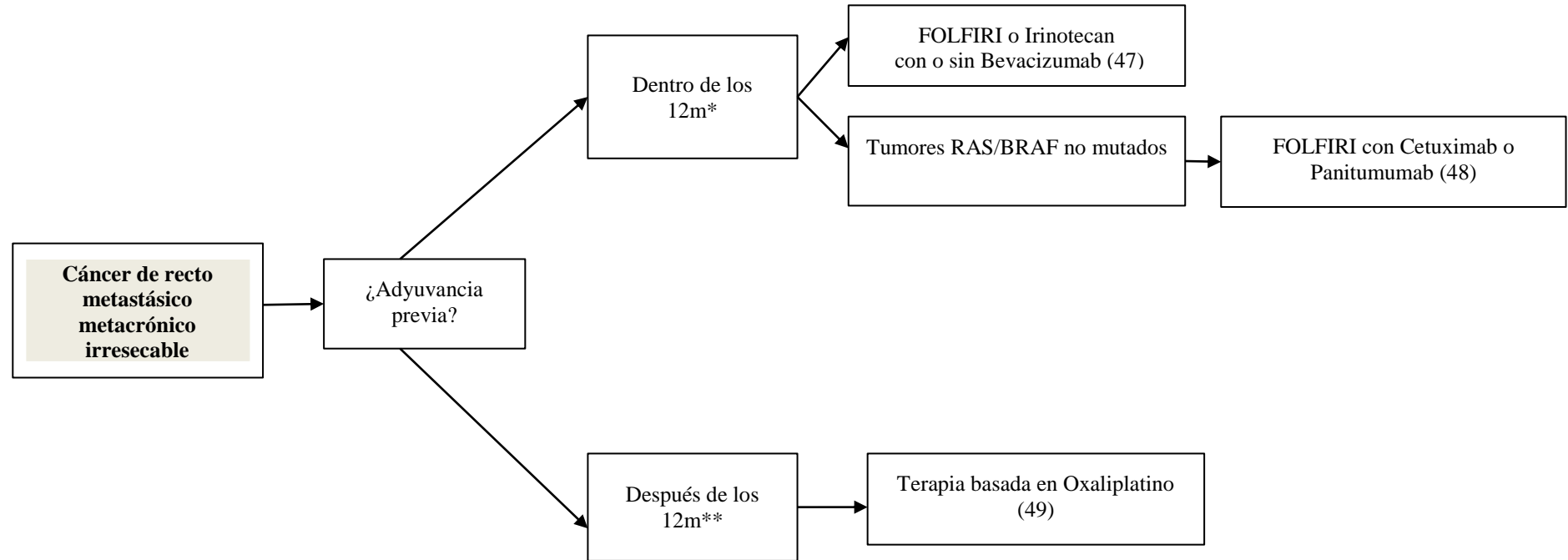
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección D (Ver páginas N° 47 - 54)**.

Algoritmo N° 7: Tratamiento del cáncer de recto metastásico metacrónico resecable



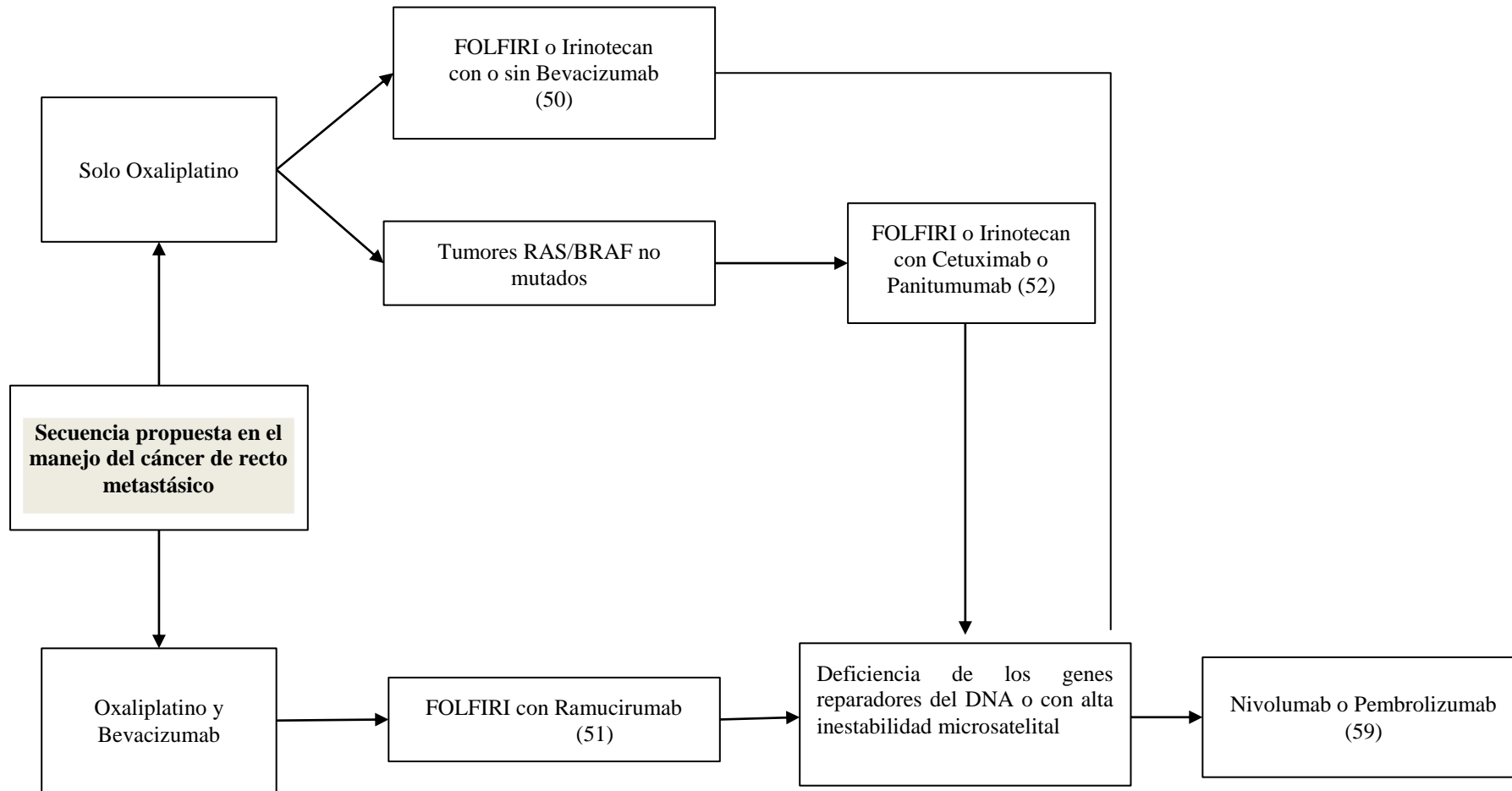
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección D (Ver páginas N° 54 - 57)**.

Algoritmo N° 8: Tratamiento del cáncer de recto metastásico metacrónico irresecable



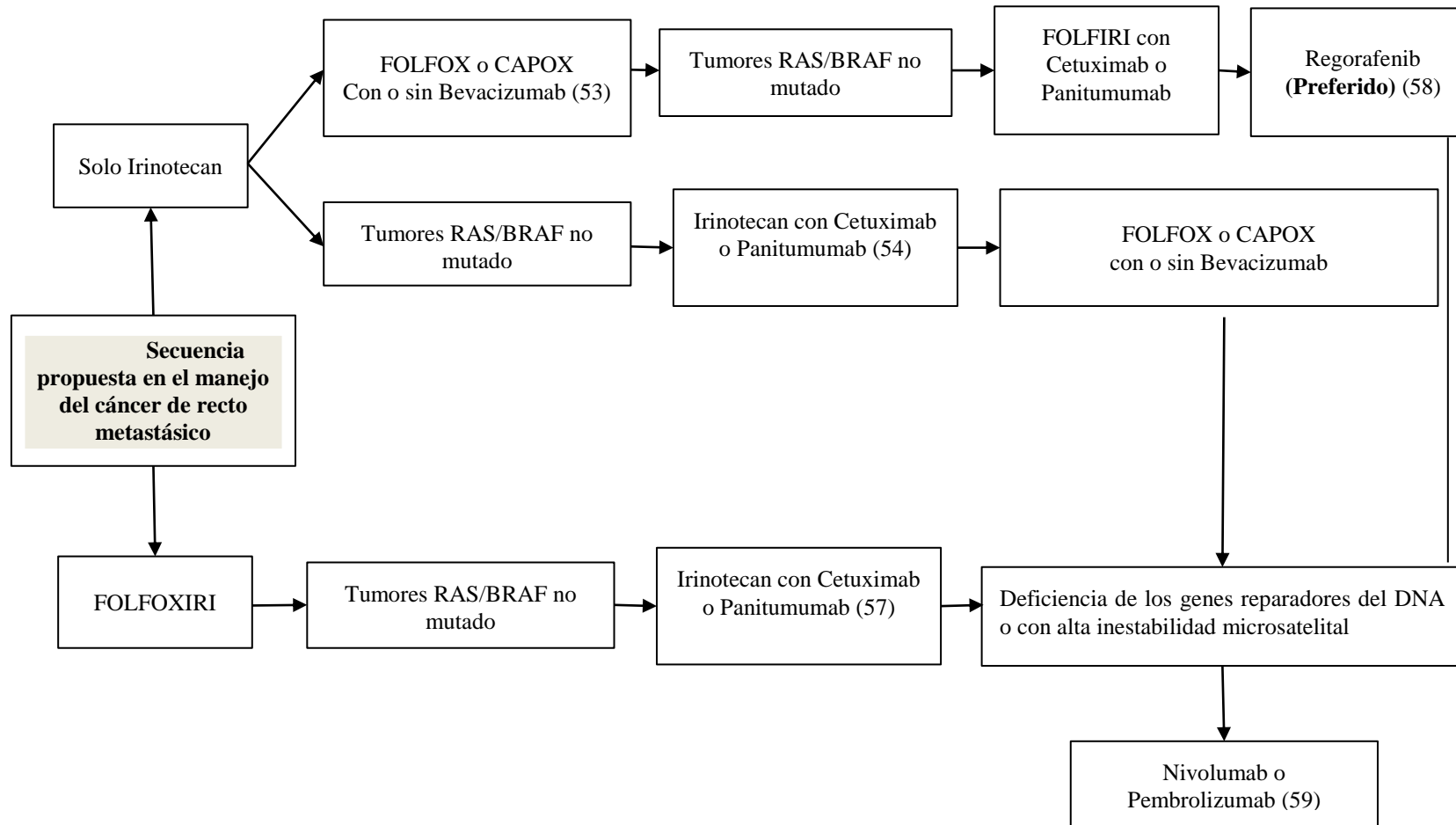
*Adyuvancia previa dentro de los 12 meses con FOLFOX o CAPOX. ** Adyuvancia previa después de los 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/LV, Capecitabina o sin quimioterapia previa. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. **Las recomendaciones se amplían en el Apartado N° 7.6.6, sección D (Ver páginas N° 57 - 58).**

Algoritmo N° 9: Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de recto metastásico. Tratamiento previo con terapia basada en Oxaliplatino



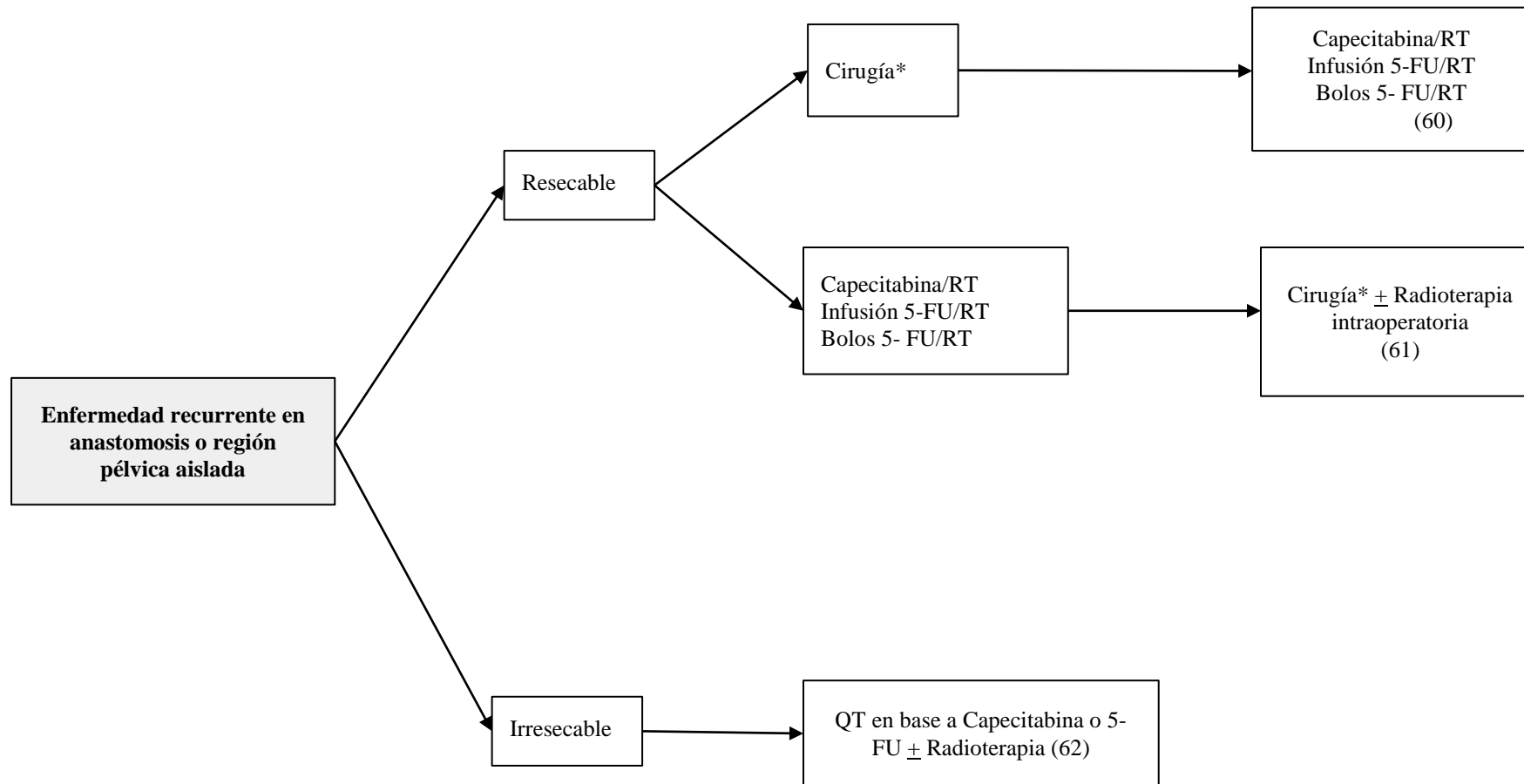
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección D** (Ver páginas N° 61 - 66).

Algoritmo N° 10: Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de recto metastásico. Tratamiento previo con terapia basada en Irinotecan con o sin Oxaliplatino o FOLFOXIRI.



* Si no toleran Irinotecan, utilizar Cetuximab o Panitumumab como monoterapia (**Débil a favor**). Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección D (Ver páginas N° 61 - 66)**.

Algoritmo N° 11: Enfermedad recurrente en anastomosis o región pélvica aislada



*Resección de la recurrencia. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían en el **Apartado N° 7.6.6, sección D** (Ver páginas N° 67 - 69).