

# Guía de Práctica Clínica Resumen

## Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Colon (MMCC)

### Con preferencias institucionales

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.G.05	00	01.10.2018

La presente Guía de Práctica Clínica Resumen 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 y Onco Clásico) contratado por el paciente.

**Copyright**

**GA.DC.G.05**

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 como institución con su logotipo adecuadamente.

La Guía de Práctica Clínica Resumen tiene como objetivo proporcionar al usuario las recomendaciones clave de la **Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Colon (MMCC)** 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 Colon (MMCC). Guía Resumen, Perú: AUNA; 2018.

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE COLON (MMCC)		
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. Victor Castro O.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. Cristian Pacheco R.	Oncología Médica	Colaborador experto
Dr. José Sullón O.	Cirugía Oncológica	Colaborador experto
Dr. Nestor Sánchez B.	Cirugía Oncológica	Colaborador experto
Dr. Jorge Chuquillanqui LI.	Cirugía Oncológica	Colaborador experto
Dr. Enrique Loo T.	Cirugía Oncológica	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
Dr. Manuel Villarán L.	Epidemiología	Colaborador experto
Claudio Flores F.	Estadístico	Consultor estadístico
Dra. Karina Aliaga LI.	Oncología Médica y Consultoría metodológica	Coordinadora Equipo GPC. Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.

Dr. Mariana Serrano C.	Oncología Médica y Consultoría metodológica.	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.
Dr. Cindy Alcarraz M.	Oncología Médica y Consultoría metodológica	Búsqueda sistemática, revisión de la calidad de las guías y de la evidencia. Redacción de la guía.

REVISORES EXPERTOS DE LA GUIA PRACTICA CLINICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE COLON (MMCC)		
Dr. Jorge Gallardo E.	Oncólogo Médico e Investigador Fundación Chilena para el Desarrollo de la Oncología. Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Rancagua, Providencia Santiago, Chile.	
Dr. Guillermo Méndez	Oncólogo Médico e Investigador Hospital Universitario de Argentina Hospital de Gastroenterología "Carlos B. Udaondo" y Fundación Favalaro	

**Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**  
**Guía de Práctica Clínica: Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Colon**

N°	Recomendaciones Clave	Fuerza y Dirección de la Recomendación
<b>A. Tratamiento del pólipo colónico asociado a cáncer invasivo (PCi)</b>		
1.	En pacientes con pólipo colónico asociado a cáncer invasivo <b>se sugiere</b> marcar durante la colonoscopia el sitio del pólipo 48 horas antes del acto quirúrgico, como parte del abordaje del cáncer de colon. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
2.	En pacientes con pólipo pediculado asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente con características histológicas favorables y márgenes libres, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Nivel 4/Grado C, SIGN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
3.	En pacientes con pólipo sésil asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente, con características histológicas favorables y márgenes libres, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
4.	En pacientes con pólipo sésil asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente y con características histológicas favorables y márgenes libres, <b>se sugiere</b> optar por manejo quirúrgico (colectomía con resección en bloque). <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
5.	En pacientes con pólipo pediculado o sésil asociado a cáncer invasivo con espécimen fragmentado, márgenes difíciles de evaluar o características histológicas desfavorables, <b>se recomienda</b> manejo quirúrgico (colectomía con resección en bloque). <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>B. Tratamiento del cáncer de colon resecable sin obstrucción</b>		

6.	En pacientes con cáncer de <b>colon</b> resecable sin obstrucción, <b>se recomienda</b> colectomía con resección en bloque. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>C. Tratamiento del cáncer de colon resecable con obstrucción</b>		
7.	En pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción, <b>se recomienda</b> colectomía con resección en bloque. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
8.	En pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción, <b>se recomienda</b> resección con anastomosis intestinal primaria. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
9.	En pacientes con cáncer de colon resecable con obstrucción, <b>se recomienda</b> derivación intestinal y posterior colectomía con resección en bloque. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>D. Tratamiento del cáncer de colon cT4b</b>		
10.	En pacientes con cáncer de colon cT4b irresecable, <b>se sugiere</b> neoadyuvancia con FOLFOX o CAPOX seguido de colectomía con resección en bloque como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
11.	En pacientes con cáncer de colon cT4b resecable, <b>se recomienda</b> colectomía con resección en bloque. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>E. Tratamiento adyuvante del cáncer de colon</b>		
<b>i. Estadio clínico pTis-T1-2, N0, M0</b>		
12.	En pacientes con cáncer de colon pTis,N0,M0, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
13.	En pacientes con cáncer de colon pT1-2,N0,M0, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>ii. Estadio clínico pT3-4, N0, M0</b>		
14.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con deficiencia de los genes reparadores del DNA o con alta inestabilidad microsatelital y sin otros factores de riesgo, <b>se recomienda</b> observación como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
15.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con estabilidad microsatelital o inestabilidad microsatelital baja y sin otros factores de riesgo, <b>se recomienda</b> observación como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
16.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con estabilidad microsatelital o inestabilidad microsatelital baja y sin otros factores de riesgo, <b>se recomienda</b> Capecitabina o 5-FU/Leucovorina como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
17.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con factores de riesgo o pT4,N0,M0, <b>se recomienda</b> Capecitabina o 5-FU/Leucovorina como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>

18.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con factores de riesgo o pT4,N0,M0, <b>se recomienda</b> FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
19.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con factores de riesgo o pT4,N0,M0, <b>se recomienda</b> FLOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
20.	En pacientes con cáncer de colon pT3,N0,M0 con factores de riesgo o pT4,N0,M0, <b>se sugiere</b> observación como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
<b>iii. Estadio clínico cualquier pT,N1-2,M0</b>		
21.	En pacientes con cáncer de colon cualquier pT,N1-2,M0 <b>se recomienda</b> FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 1, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
22.	En pacientes con cáncer de colon cualquier pT,N1-2,M0 <b>se recomienda</b> FLOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 1, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
23.	En pacientes con cáncer de colon cualquier pT,N1-2,M0 <b>se recomienda</b> Capecitabina o 5-FU/Leucovorina como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>F. Tratamiento del cáncer de colon irresecable no metastásico</b>		
24.	En pacientes con cáncer de colon irresecable no metastásico, <b>se recomienda</b> tratamiento sistémico sin radioterapia como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 1++, SIGN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
25.	En pacientes con cáncer de colon irresecable no metastásico, <b>se recomienda</b> quimiorradioterapia con 5-FU en Infusión, 5-FU/Leucovorina en bolo o Capecitabina como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
26.	En pacientes con cáncer de colon irresecable no metastásico posterior a terapia sistémica con o sin radioterapia, <b>se recomienda</b> cirugía como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
27.	En pacientes con cáncer de colon irresecable no metastásico posterior a terapia sistémica con o sin radioterapia, <b>se sugiere</b> cirugía con radioterapia intraoperatoria como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
<b>G. Tratamiento del cáncer de colon metastásico</b>		
<b>i. Tratamiento del cáncer de colon metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático resecable</b>		
28.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> la administración de un régimen de terapia sistémica perioperatoria con un tiempo total de 6 meses. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
29.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> colectomía sincrónica o por etapas con resección hepática y/o pulmonar.	<b>Fuerte a favor</b>

	<b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	
30.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> terapia neoadyuvante con FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
31.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> terapia neoadyuvante con FOLFIRI como una opción de tratamiento. <b>(Categoría 2B, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
32.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> colectomía seguido de quimioterapia durante 2 a 3 meses con FOLFOX o CAPOX seguido de resección hepática y/o pulmonar como una opción de tratamiento. <b>(Categoría 2B, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>ii. Tratamiento del cáncer de colon metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático irresecable (potencialmente convertible o no convertible)</b>		
33.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFOX con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor (Preferido)</b>
34.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFOX con Cetuximab o Panitumumab en tumores de lado izquierdo RAS/BRAF no mutados, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor (Preferido)</b>
35.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> CAPOX con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
36.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> Capecitabina con Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no y no candidatos a quimioterapia intensa, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
37.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
38.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFIRI con Cetuximab o Panitumumab en tumores de lado izquierdo RAS/BRAF no mutados, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor (Preferido)</b>
39.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFIRI con	<b>Fuerte a favor (Preferido)</b>

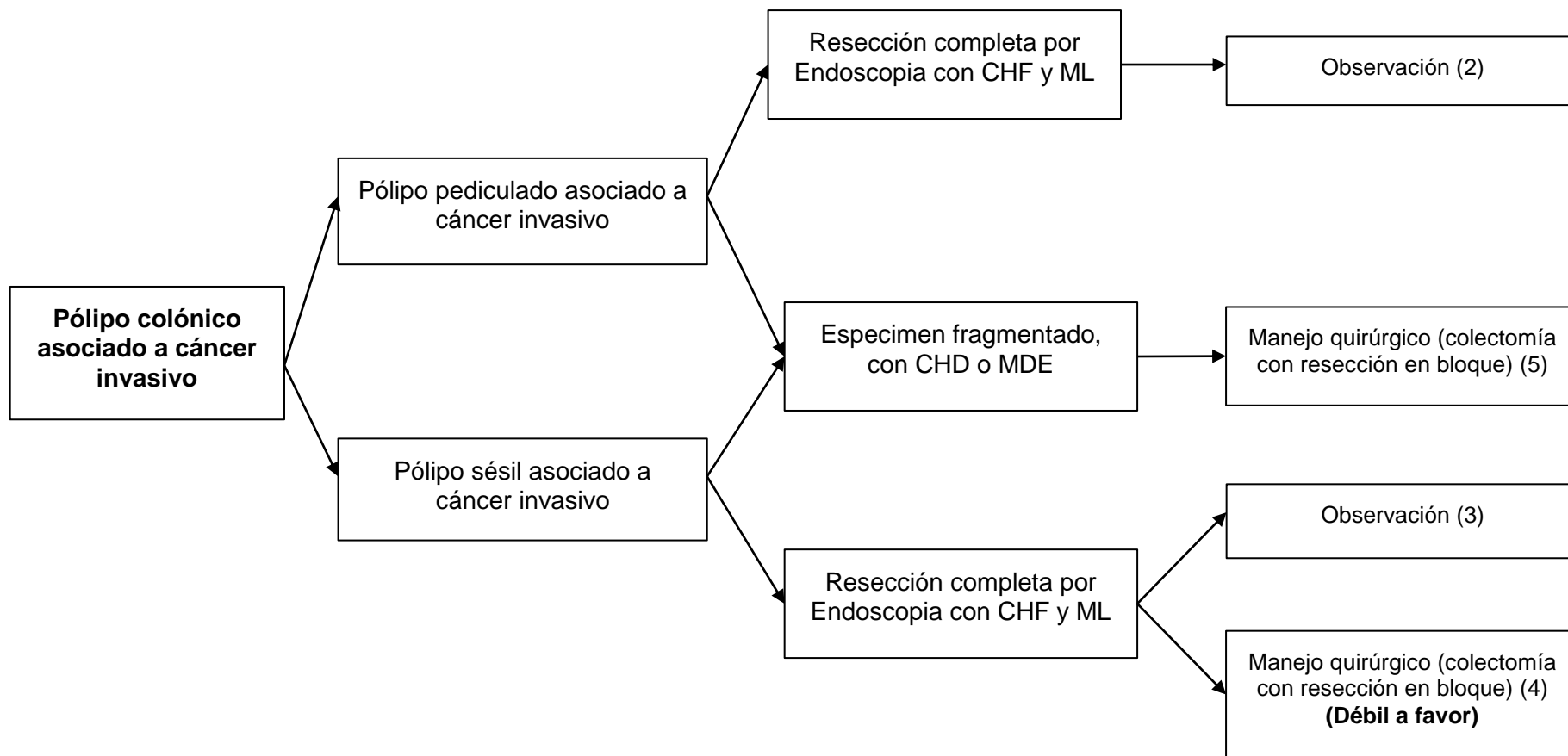
	Bevacizumab en tumores RAS/BRAF mutados o no, como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	
40.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se recomienda</b> FOLFIRI como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
41.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis sincrónica pulmonar y/o hepática irresecables, <b>se sugiere</b> FOLFOXIRI con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
<b>iii. Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico resecable</b>		
42.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, <b>se recomienda</b> resección solo en oligometastasis hepática y/o pulmonar. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
43.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecable, <b>se recomienda</b> terapia neoadyuvante con FOLFOX o CAPOX y posterior resección como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
44.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, <b>se sugiere</b> terapia neoadyuvante con FLOX y posterior resección como una opción de manejo. <b>(Categoría 2B, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
45.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, <b>se sugiere</b> terapia neoadyuvante con Capecitabina o 5-FU/Leucovorina y posterior resección como una opción de manejo. <b>(Categoría 2B, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
46.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables que fueron expuestos a neoadyuvancia y lograron cirugía R0, <b>se sugiere</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
<b>iv. Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico irresecable</b>		
<b>- Adyuvancia previa ≤ 12 meses con FOLFOX o CAPOX</b>		
47.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas irresecables y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino dentro de los 12 meses, <b>se recomienda</b> FOLFIRI o Irinotecan con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
48.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas irresecables y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino dentro de los 12 meses, <b>se recomienda</b> FOLFIRI o Irinotecan con Cetuximab o Panitumumab en tumores RAS/BRAF no mutados como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN) (Nivel de evidencia 1++, SIGN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>- Adyuvancia previa &gt; 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5 FU/Leucovorina, Capecitabina o sin quimioterapia previa.</b>		
49.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas irresecables y terapia adyuvante previa con Oxaliplatino con un intervalo mayor de 12 meses, <b>se recomienda</b> manejo sistémico con Oxaliplatino. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>

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



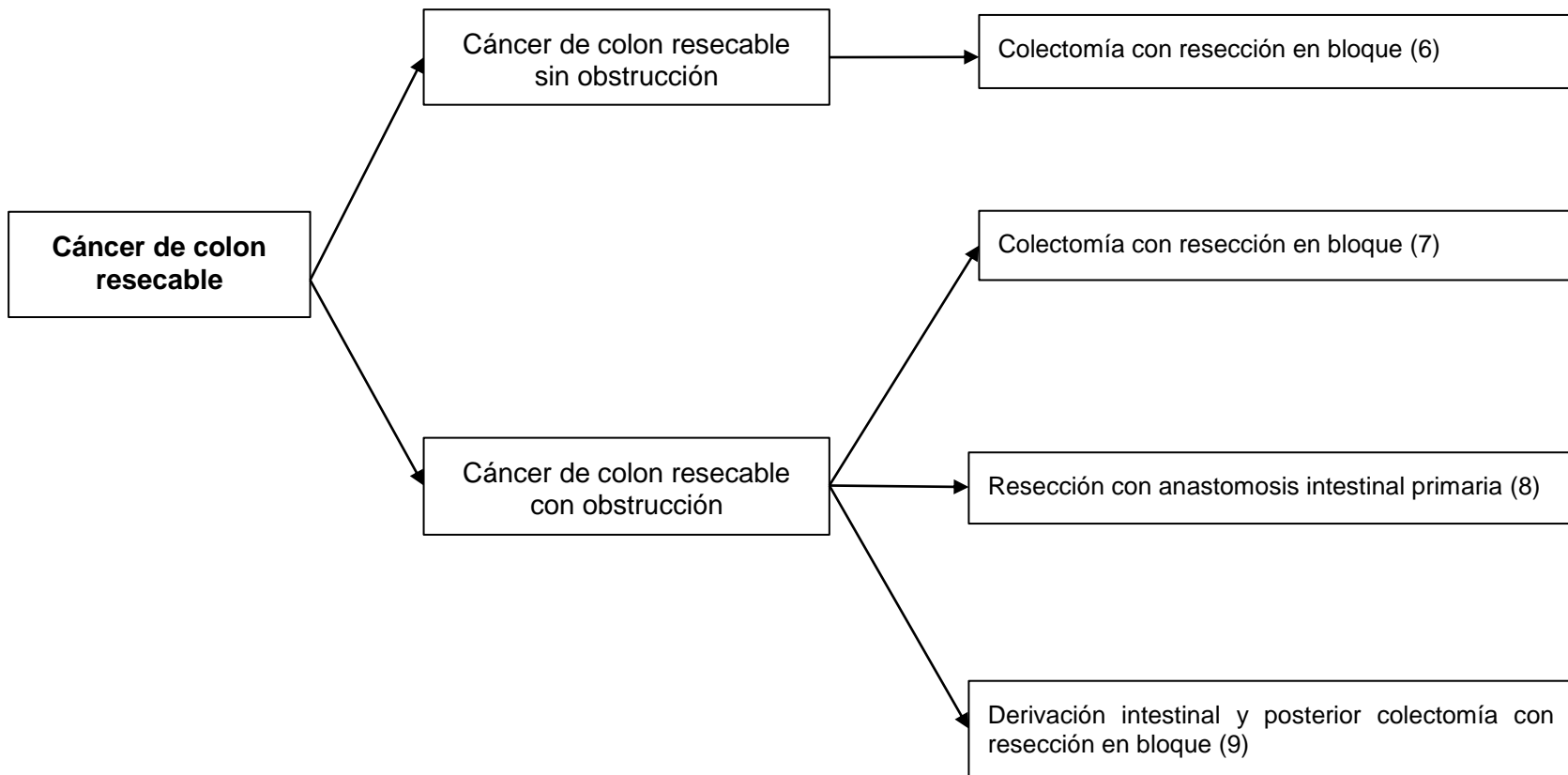
	asociado o no a terapia biológica, <b>se recomienda</b> Nivolumab o Pembrolizumab en tumores con deficiencia de los genes reparadores del DNA o con alta inestabilidad microsatelital como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	
--	--	--

**Algoritmo N° 1: Tratamiento del pólipo colónico asociado a cáncer invasivo**



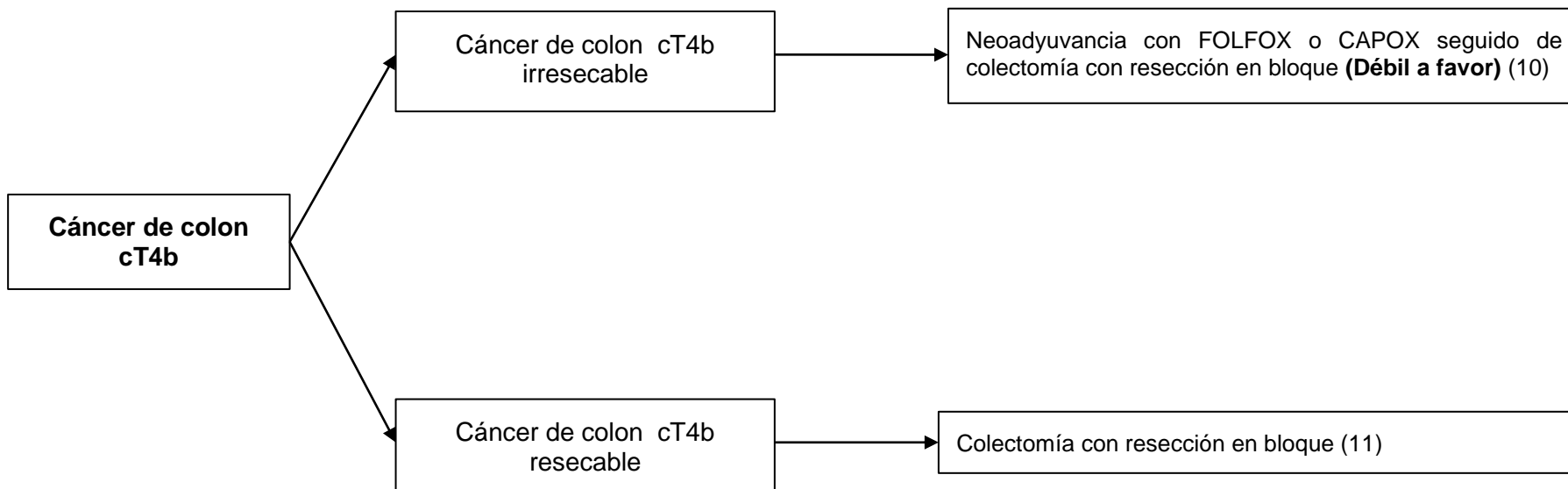
CHF/CHD: Características histológicas favorables/desfavorables, ML: Márgenes libres, MDE: Márgenes difíciles de evaluar.  
 Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**  
 En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

**Algoritmo N° 2: Tratamiento del cáncer de colon resecable con o sin obstrucción**



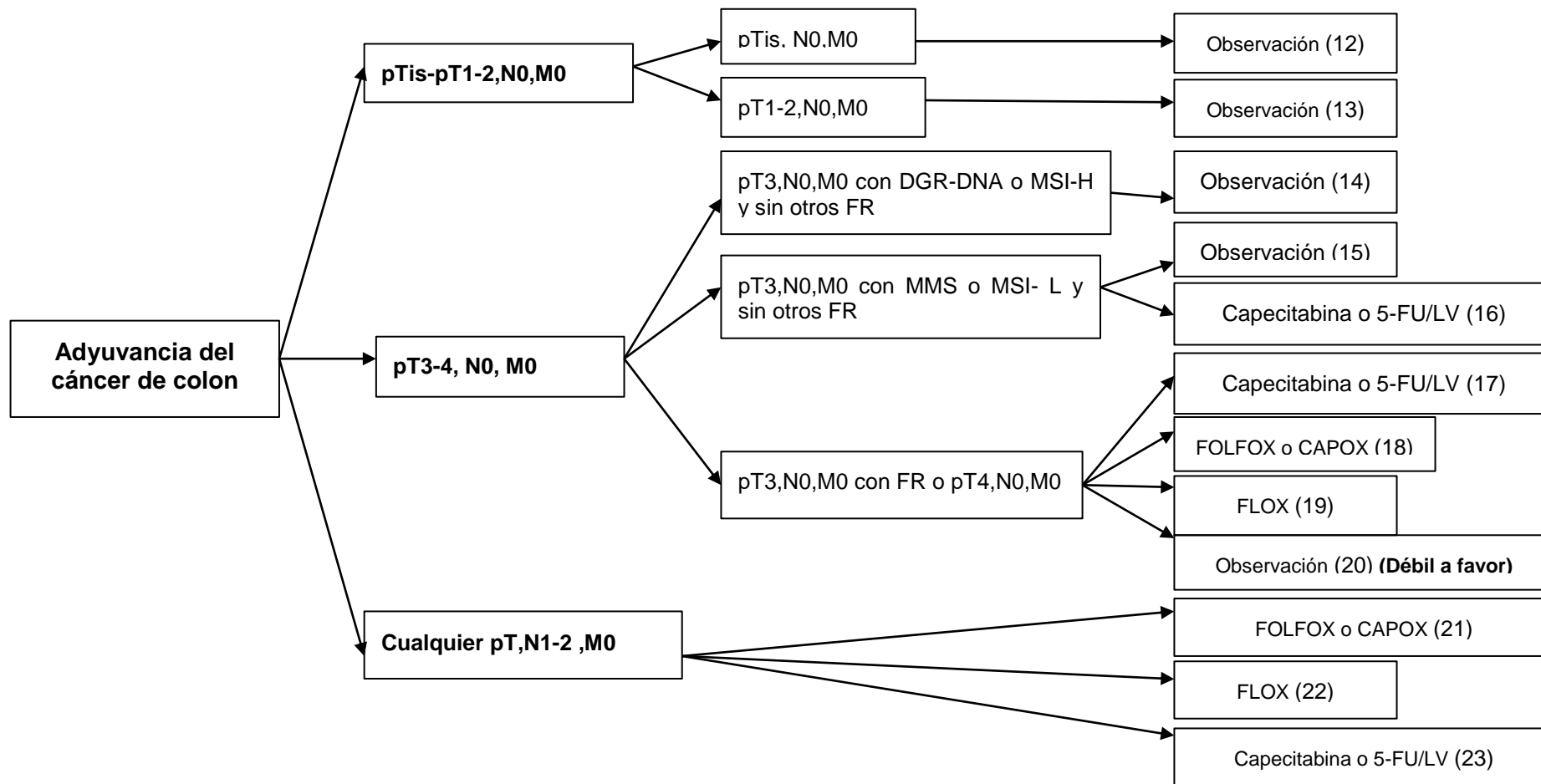
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**  
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

**Algoritmo N° 3: Tratamiento del cáncer de colon cT4b**



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**.

**Algoritmo N° 4: Tratamiento adyuvante del cáncer de colon**

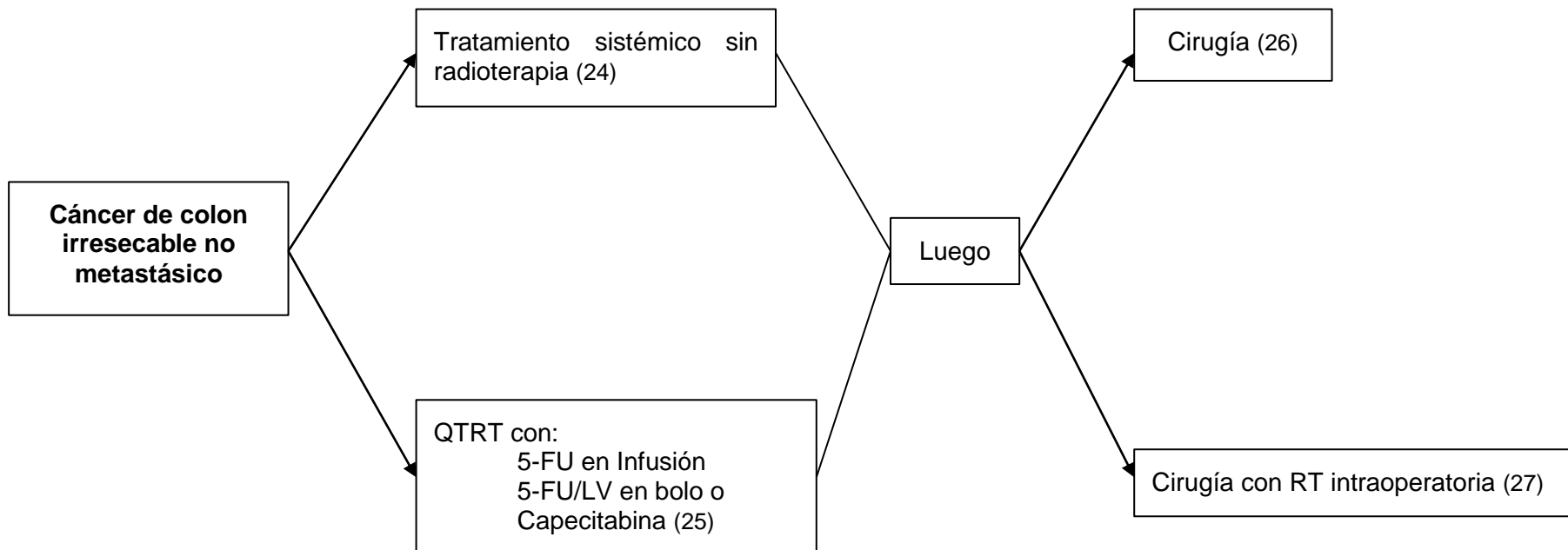


DGR-DNA: Deficiencia de genes de reparación del DNA, MSI-H: Alta inestabilidad de microsatélites, MSI-L: Baja inestabilidad de microsatélites, MMS: Estabilidad microsatelital, FR: Factores de riesgo

Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**

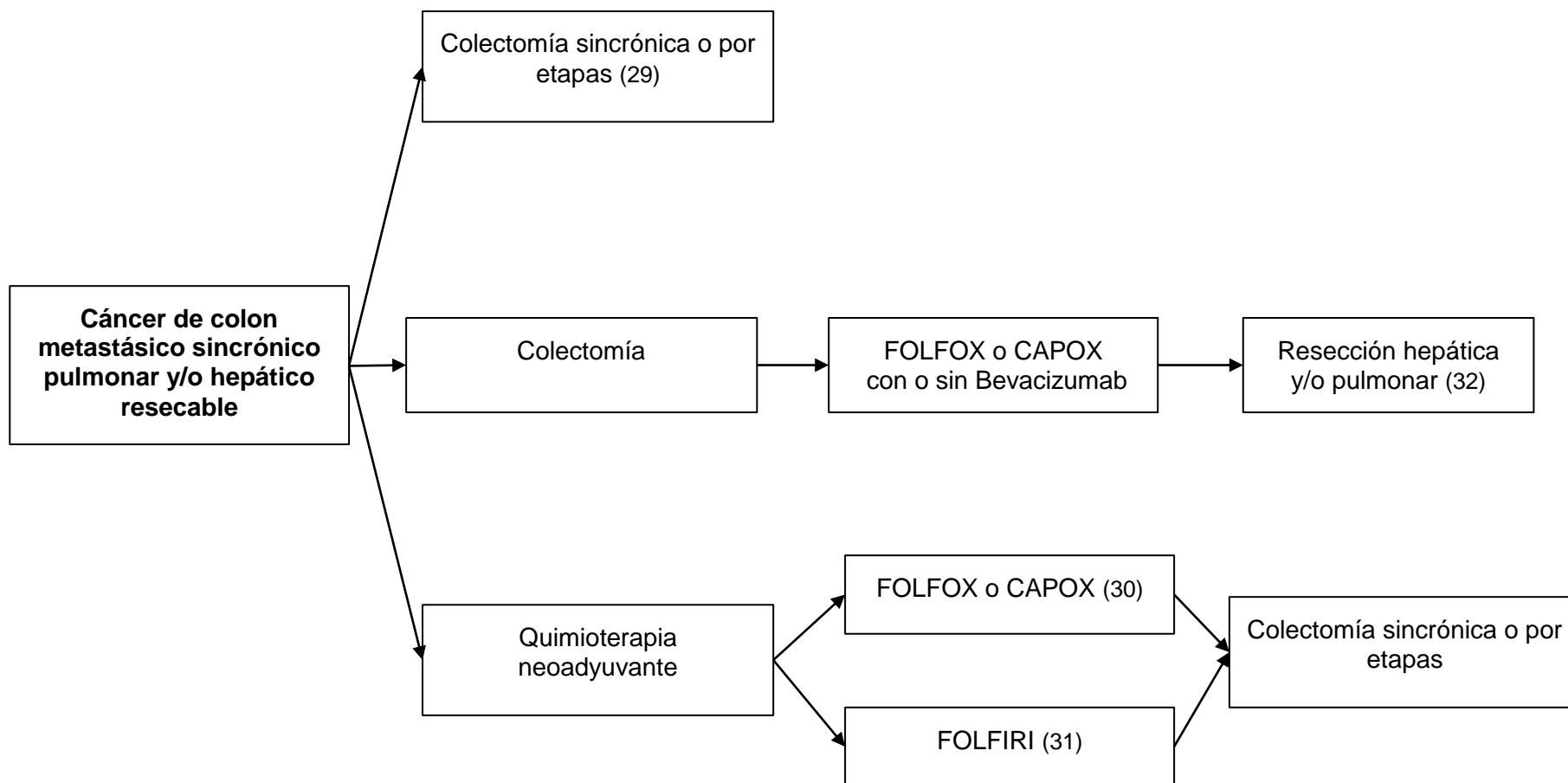
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

**Algoritmo N° 5: Tratamiento del cáncer de colon irresecable no metastásico**



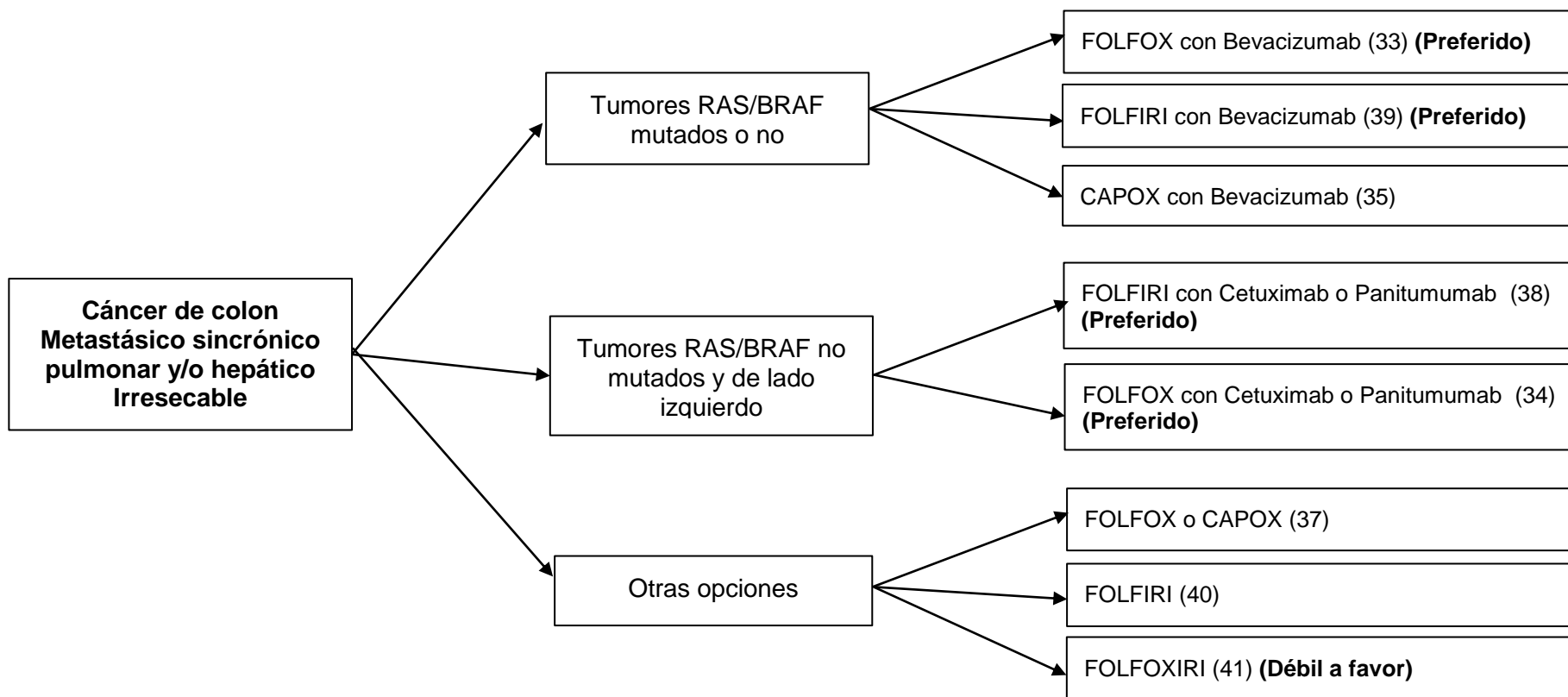
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**.

**Algoritmo N° 6: Tratamiento del cáncer de colon metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático 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**.

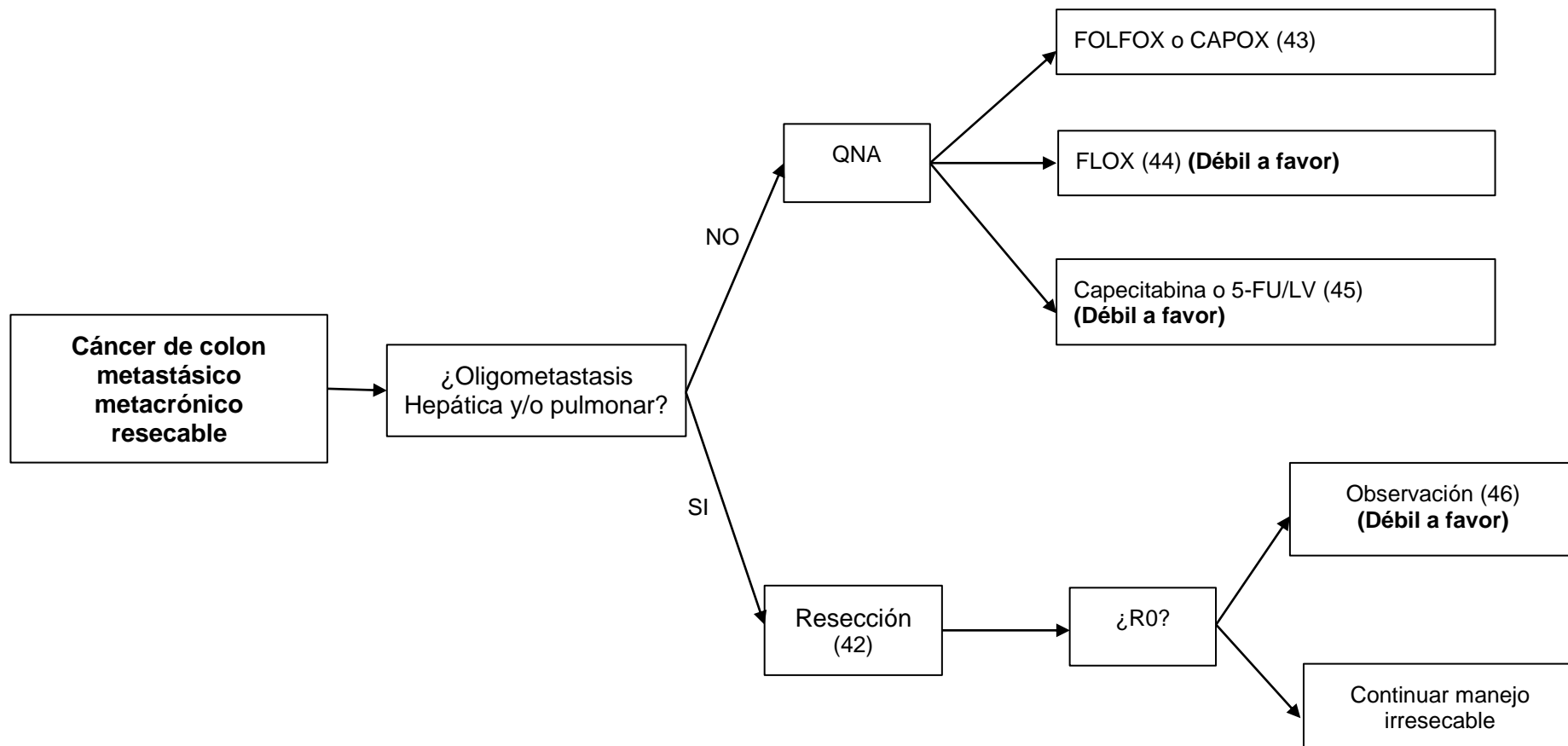
**Algoritmo N° 7: Tratamiento del cáncer de colon metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático irresecable**



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**

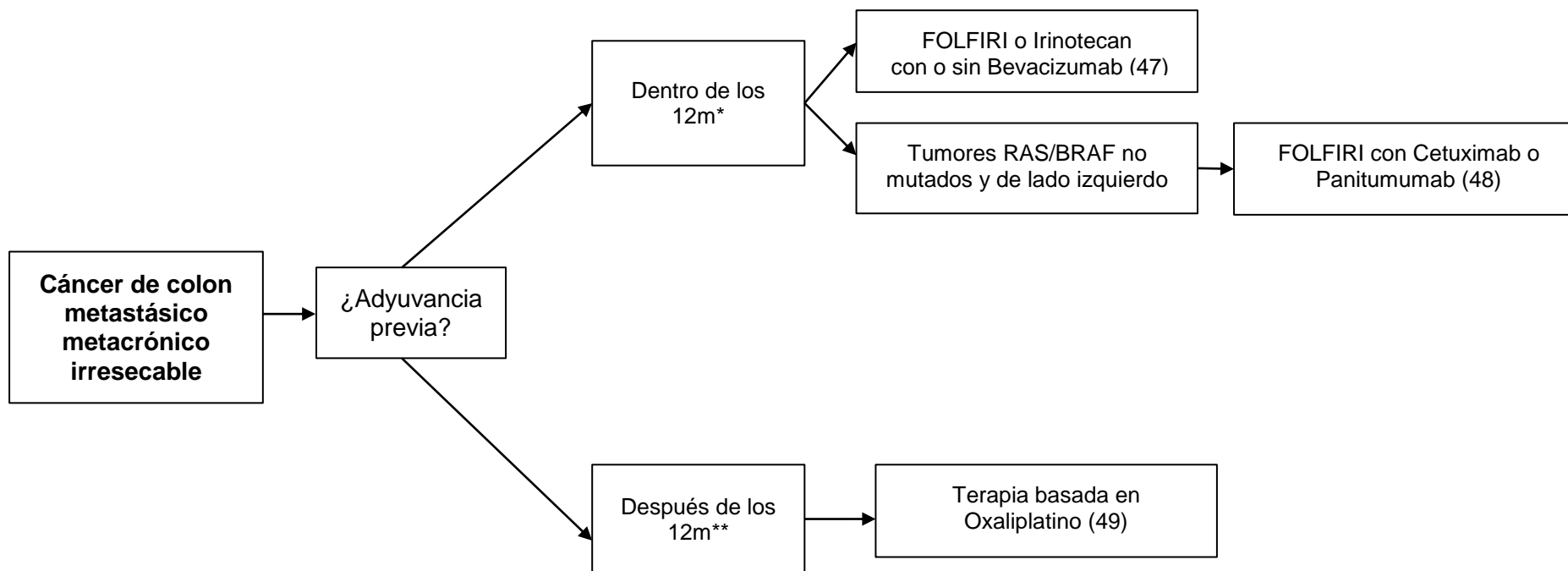


**Algoritmo N° 8: Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico resecable.**



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**.

**Algoritmo N° 9: Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico irresecable**



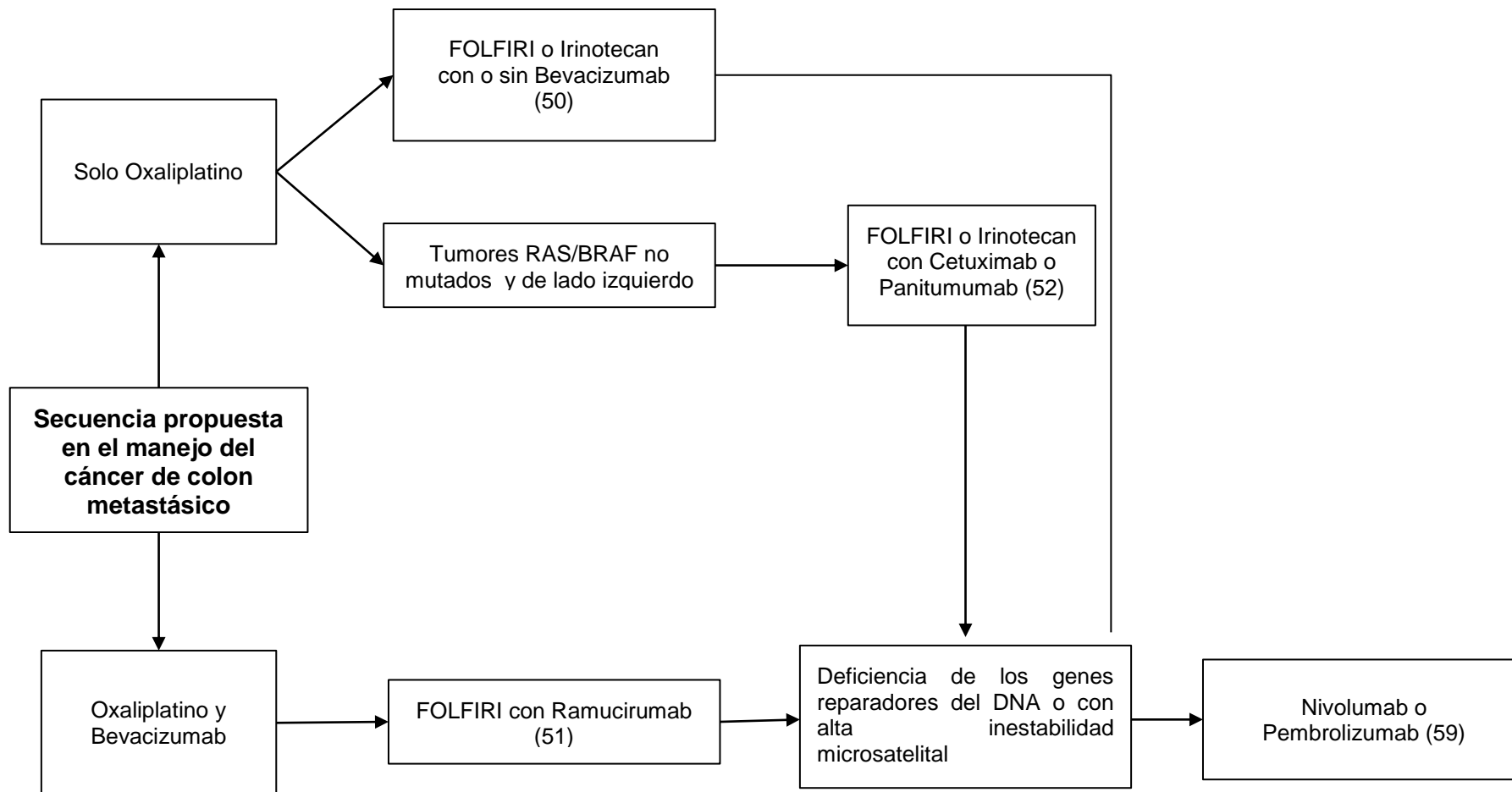
\*Adyuvancia previa dentro de los 12 meses con FOLFOX o CAPOX.

\*\* 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**

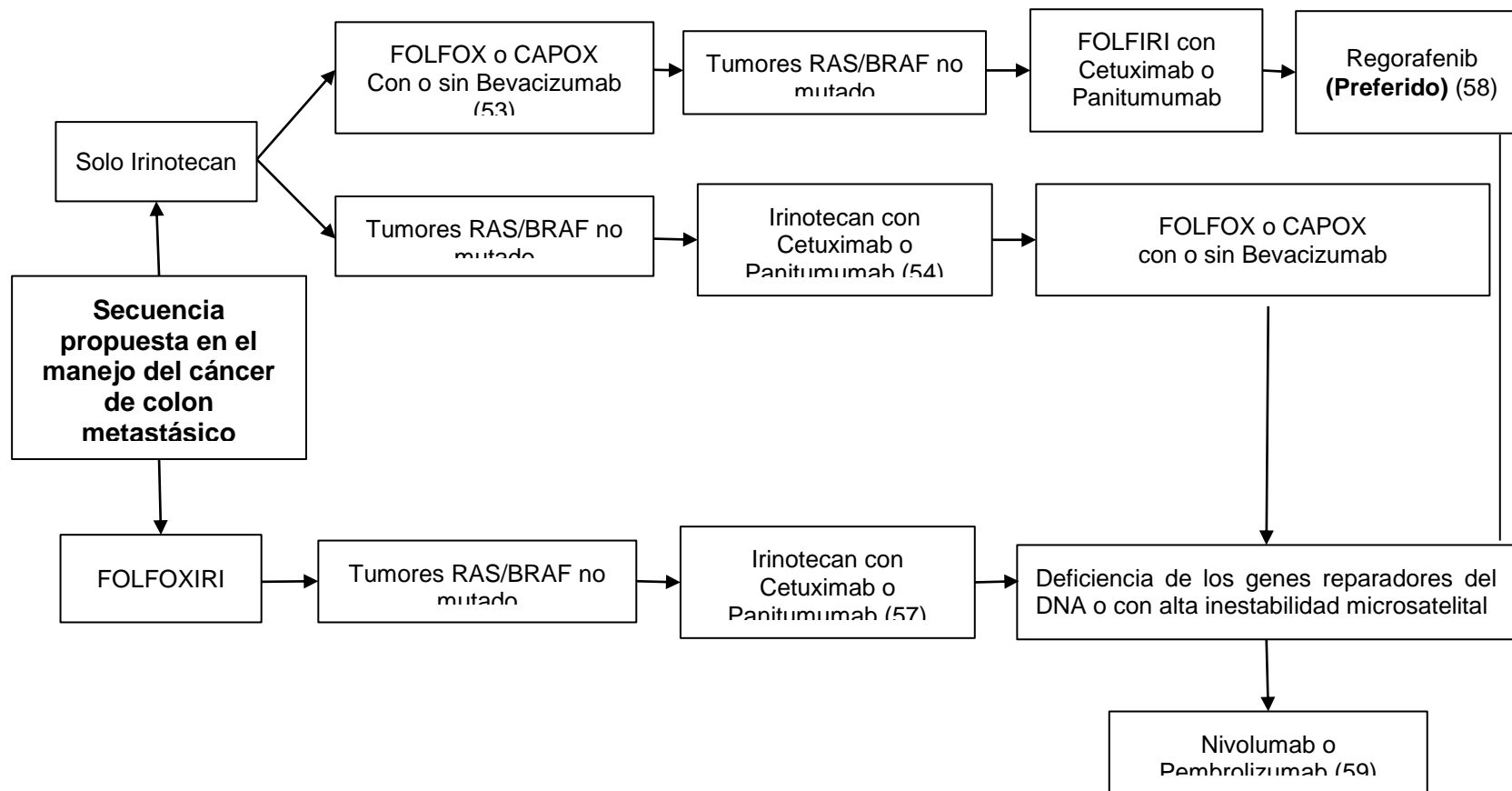
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves v Nivel de Evidencia**

**Algoritmo N° 10: Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de colon 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**.

**Algoritmo N° 11: Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de colon 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**