

# 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.

Código	Revisión	Fecha de Aprobación
GA.DC.G.03	00	04.06.2018

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.

<b>COMITÉ DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA ONCOSALUD - AUNA</b>		
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>DISCIPLINA / ESPECIALIDAD</b>	<b>FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ</b>
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

<b>GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE RECTO (MMCR)</b>		
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	<b>DISCIPLINA / ESPECIALIDAD</b>	<b>FUNCIÓN QUE DESEMPEÑÓ</b>
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)
<b>A. Tratamiento del pólipo rectal asociado a cáncer invasivo</b>		
1.	En pacientes con pólipo del recto medio asociado a cáncer invasivo, <b>se sugiere</b> marcar durante la colonoscopia el sitio del pólipo 48 horas antes del acto quirúrgico. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
2.	En pacientes con pólipo rectal 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 de evidencia 4, SIGN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>

3.	En pacientes con pólipo rectal sésil T1 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 rectal sésil T1 asociado a cáncer invasivo completamente resecado endoscópicamente con características histológicas favorables y márgenes libres, <b>se sugiere</b> optar por manejo quirúrgico (escisión transanal o resección transabdominal). <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
5.	En pacientes con pólipo rectal asociado a cáncer invasivo con espécimen fragmentado, márgenes difícil de evaluar o características histológicas desfavorables, <b>se recomienda</b> escisión total del mesorrecto por vía transanal o resección transabdominal. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>B. Tratamiento del cáncer de recto temprano (cT1-2, N0)</b>		
6.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 con características histológicas favorables, <b>se recomienda</b> escisión total del mesorrecto por vía transanal. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
7.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sin características histológicas favorables, <b>se recomienda</b> resección transabdominal. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
8.	En pacientes con cáncer de recto cT1-2,N0 sometido a escisión transanal con pT1,Nx sin características patológicas de alto riesgo, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
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, <b>se recomienda</b> resección transabdominal o escisión total del mesorrecto por vía transanal. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
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, <b>se recomienda</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
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, <b>se recomienda</b> 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. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
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, <b>se recomienda</b> tratamiento adyuvante en base a infusión de 5-FU/RT, Capecitabina/RT o bolos de 5-FU/Leucovorina/RT, seguido de	<b>Fuerte a favor</b>

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

<b>iii. Tratamiento adyuvante</b>		
22.	En pacientes con cáncer de recto cT3-4,N0,M0 o cualquier T,N1-N2,M0 que logra resección transabdominal posterior a neoadyuvancia, <b>se recomienda</b> tratamiento adyuvante con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/Leucovorina o Capecitabina hasta completar 6 meses de tratamiento perioperatorio como opciones de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>D. Tratamiento del cáncer de recto metastásico</b>		
<b>i. Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático resecable</b>		
23.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas 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) (Nivel de evidencia 4, SIGN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
24.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, <b>se sugiere</b> la administración de un régimen de terapia sistémica perioperatoria con uso de agentes biológicos. <b>(Categoría 2B, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
25.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> 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. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
26.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> 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. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
27.	En pacientes con cáncer de recto y metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática resecables, <b>se recomienda</b> 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. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
<b>ii. Tratamiento del cáncer de recto metastásico sincrónico pulmonar y/o hepático irresecable</b>		
28.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis sincrónicas pulmonar y/o hepática irresecables, sintomático y que requieren manejo urgente, <b>se recomienda</b> 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. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>

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

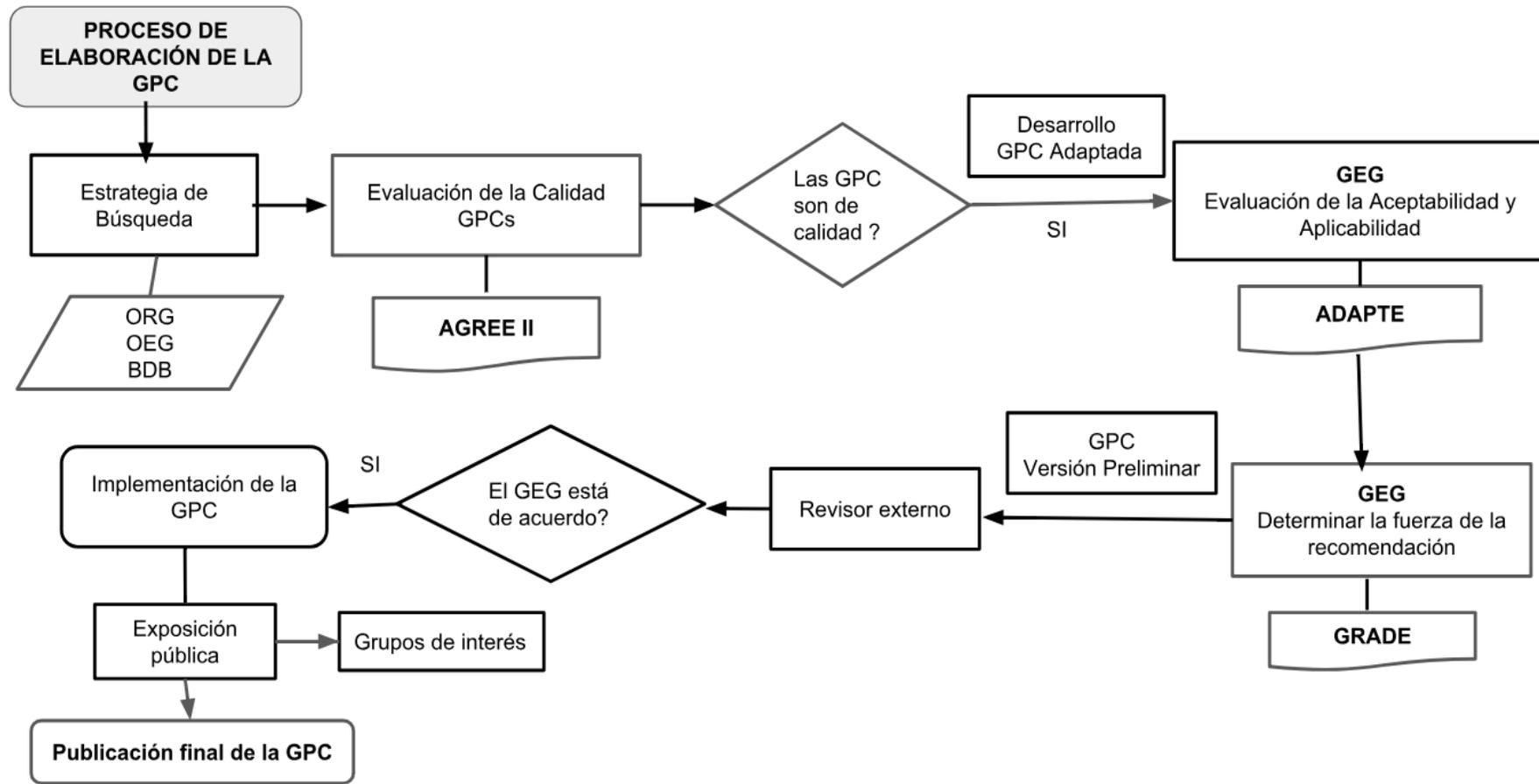
40.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas reseccables, <b>se recomienda</b> resección solo en oligometastasis hepática y/o pulmonar. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
41.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas operada, que tenga alto riesgo de morbilidad (adultos mayores o pacientes con deterioro del estado funcional), <b>se sugiere</b> observación. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
42.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables <b>se recomienda</b> terapia neoadyuvante con FOLFOX o CAPOX una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
43.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables <b>se recomienda</b> terapia neoadyuvante con FLOX como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
44.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables <b>se sugiere</b> terapia neoadyuvante con Capecitabina o 5-FU/Leucovorina como una opción de manejo. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Débil a favor</b>
45.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables que recibieron terapia neoadyuvante, <b>se recomienda</b> resección de la o las metástasis. <b>(Categoría 2A, NCCN)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
46.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónicas reseccables 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 recto metastásico metacrónico irresecable</b>		
<b>a. Adyuvancia previa ≤ 12 meses con FOLFOX o CAPOX</b>		
47.	En pacientes con cáncer de recto 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 recto 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>b. Adyuvancia previa &gt; 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5 FU/Leucovorina, Capecitabina o sin quimioterapia previa</b>		
49.	En pacientes con cáncer de recto con metástasis metacrónica irresecable 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>v. Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de recto metastásico</b>		
<b>a. Tratamiento previo con terapia basada en Oxaliplatino</b>		

50.	En pacientes con cáncer de recto 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)(Nivel de evidencia 1+, SIGN) (Recomendación, NICE)</b>	<b>Fuerte a favor</b>
51.	En pacientes con cáncer de recto 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 recto 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>b. Tratamiento previo con Irinotecan con o sin Oxaliplatino o FOLFOXIRI</b>		
53.	En pacientes con cáncer de recto 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 recto 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 recto 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 recto 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 recto 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>iii. 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 recto metastásico con exposición previa a quimioterapia basada en Irinotecan con o sin Oxaliplatino 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>	<b>Fuerte a favor</b>

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

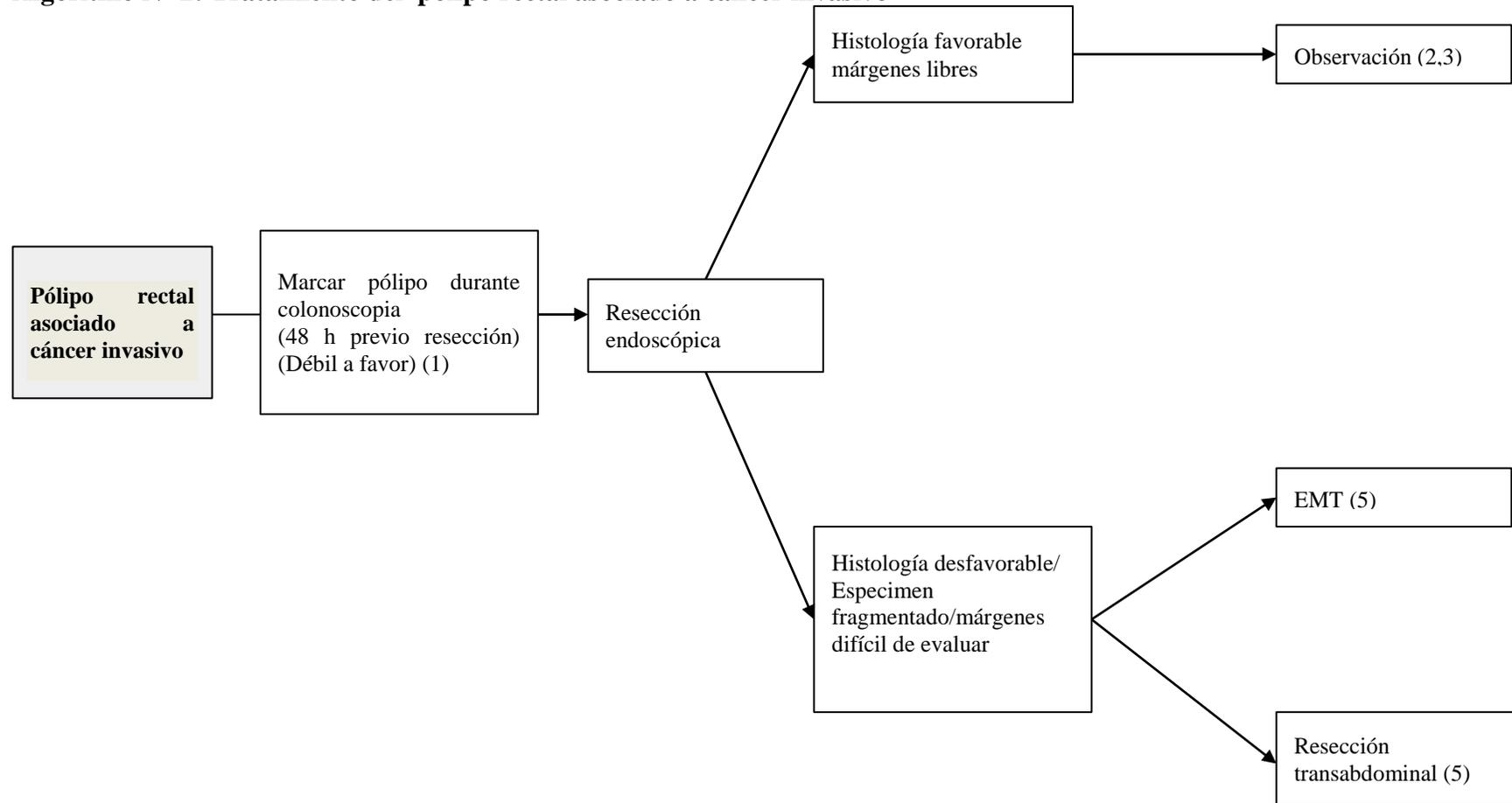
**ALGORITMOS**

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



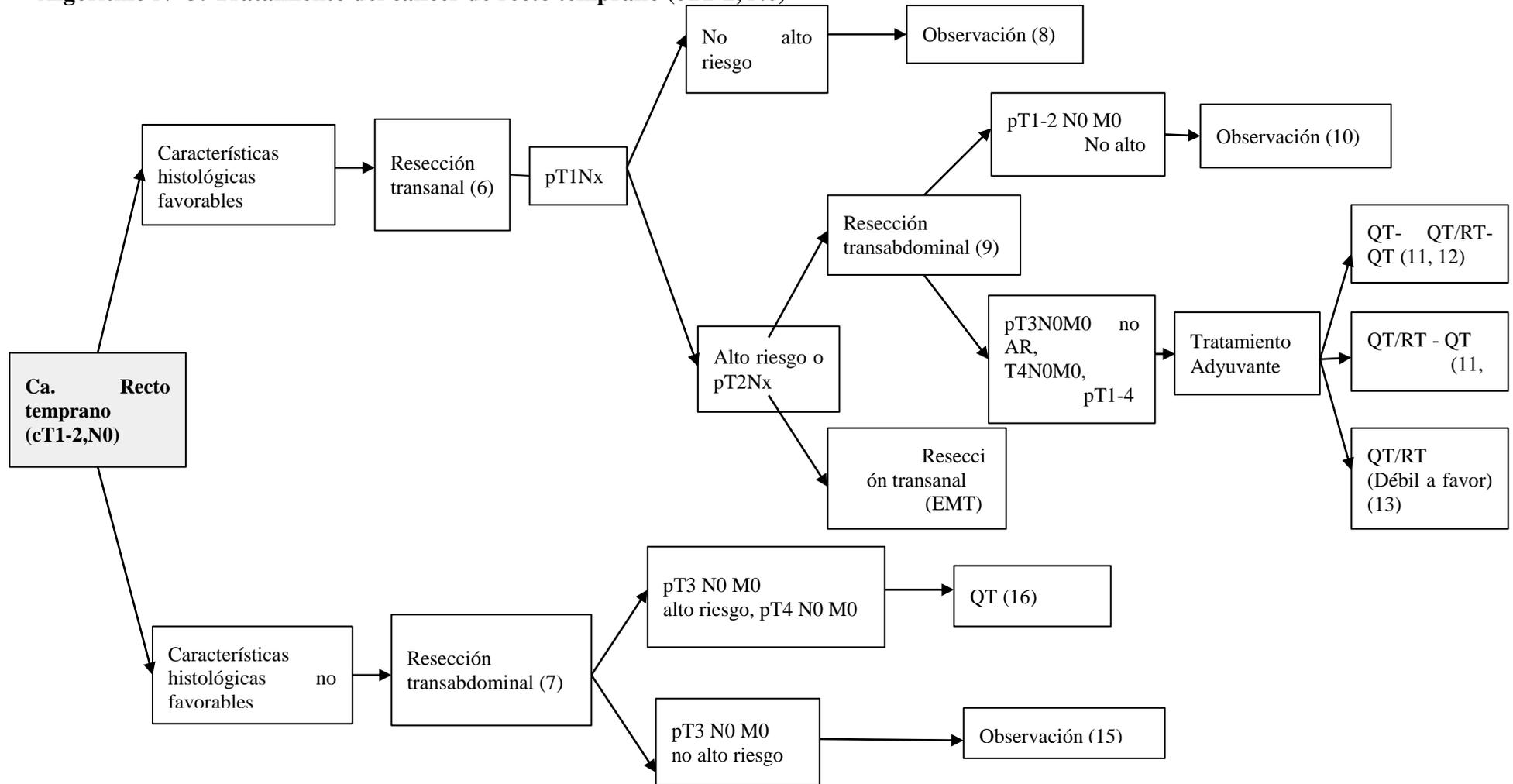
GPC: Guía de Práctica Clínica, GEG: Grupo elaborador de la guía, ORG: Organismos recopiladores de Guía, OEG: Organismos elaboradores, BDB: Base de datos biomédica, AGREE II: Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

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



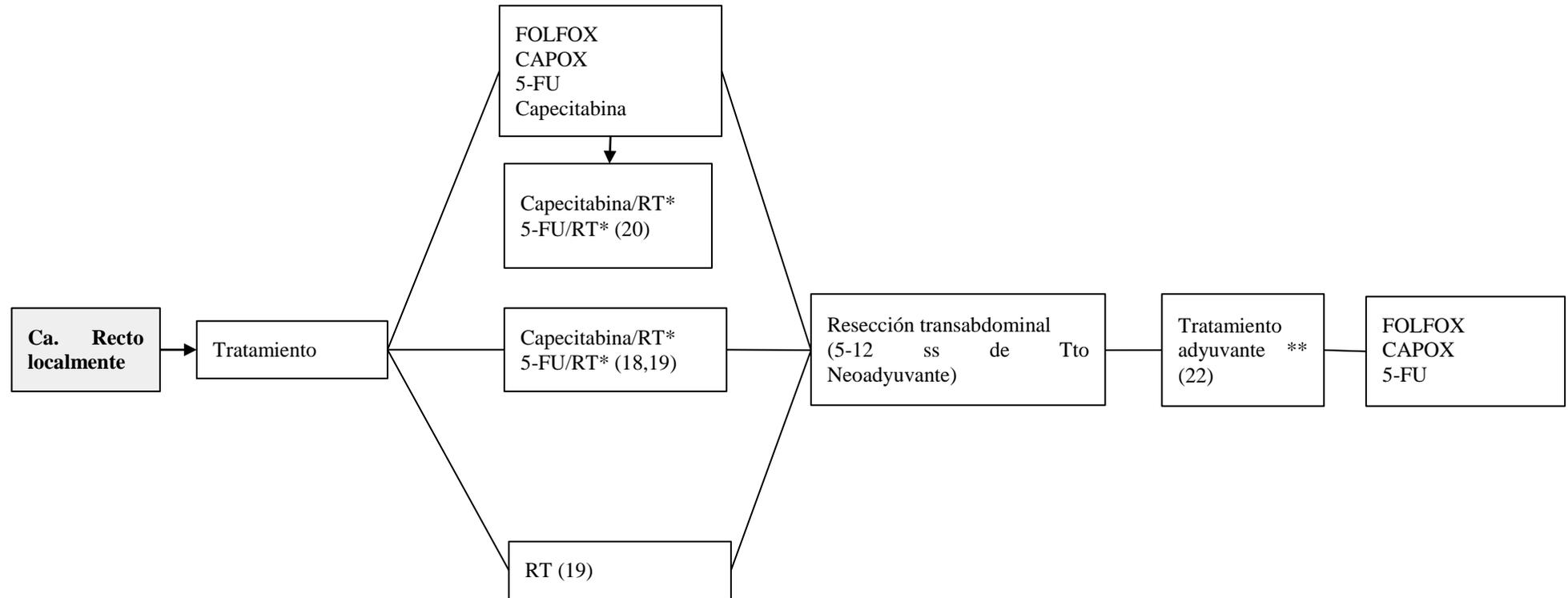
ETM: Escisión mesorrectal total. Características histológicas favorables: lesiones T1, grado histológico 1 ó 2, no invasión linfovascular y márgenes negativo. Características histológicas desfavorables: grado histológico 3 ó 4, invasión angiolinfática y/o margen de resección positivo. Todas las recomendaciones 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)**



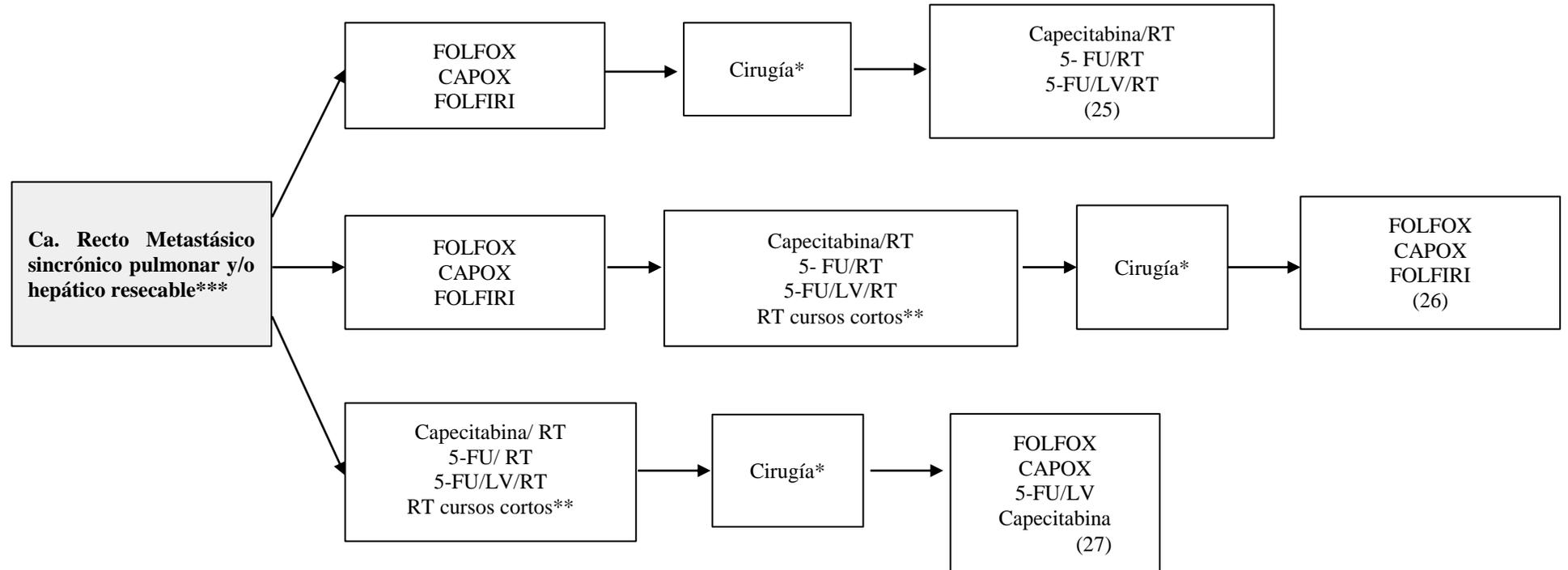
p: Patológico, AR: Alto riesgo, QT: quimioterapia, RT: radioterapia, QT/RT: Quimiorradioterapia concurrente, EMT: Escisión mesorrectal total. Características histológicas de alto riesgo para compromiso ganglionar: margen de resección circunferencial positivo, infiltración linfovascular, pobre diferenciación 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)**



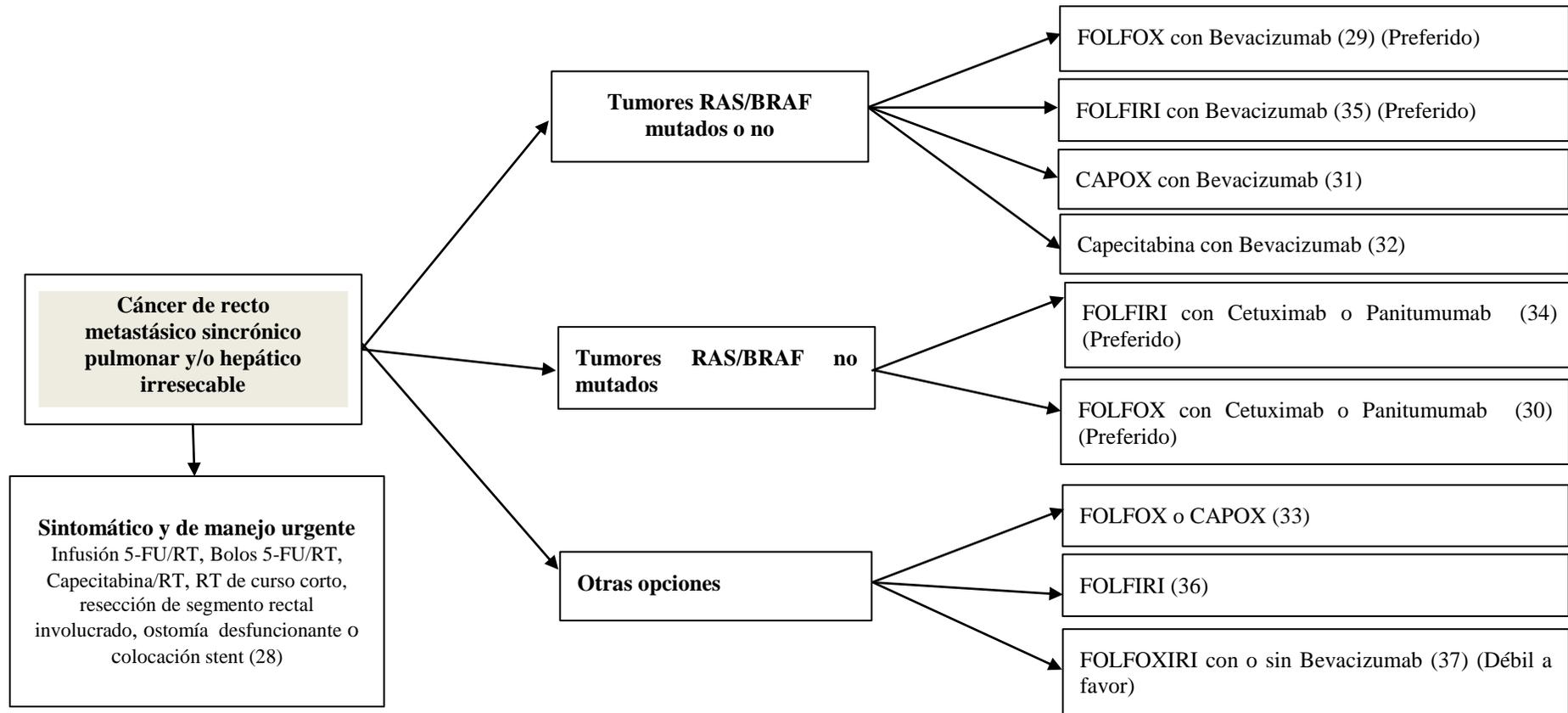
RT: Radioterapia, 5-FU: Fluorouracilo. \*RT puede ser de curso corto o prolongado, no se recomienda RT de curso corto en tumores T4. \*\* El tratamiento adyuvante debe considerar un tiempo de 6 meses de tratamiento perioperatorio. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique 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**



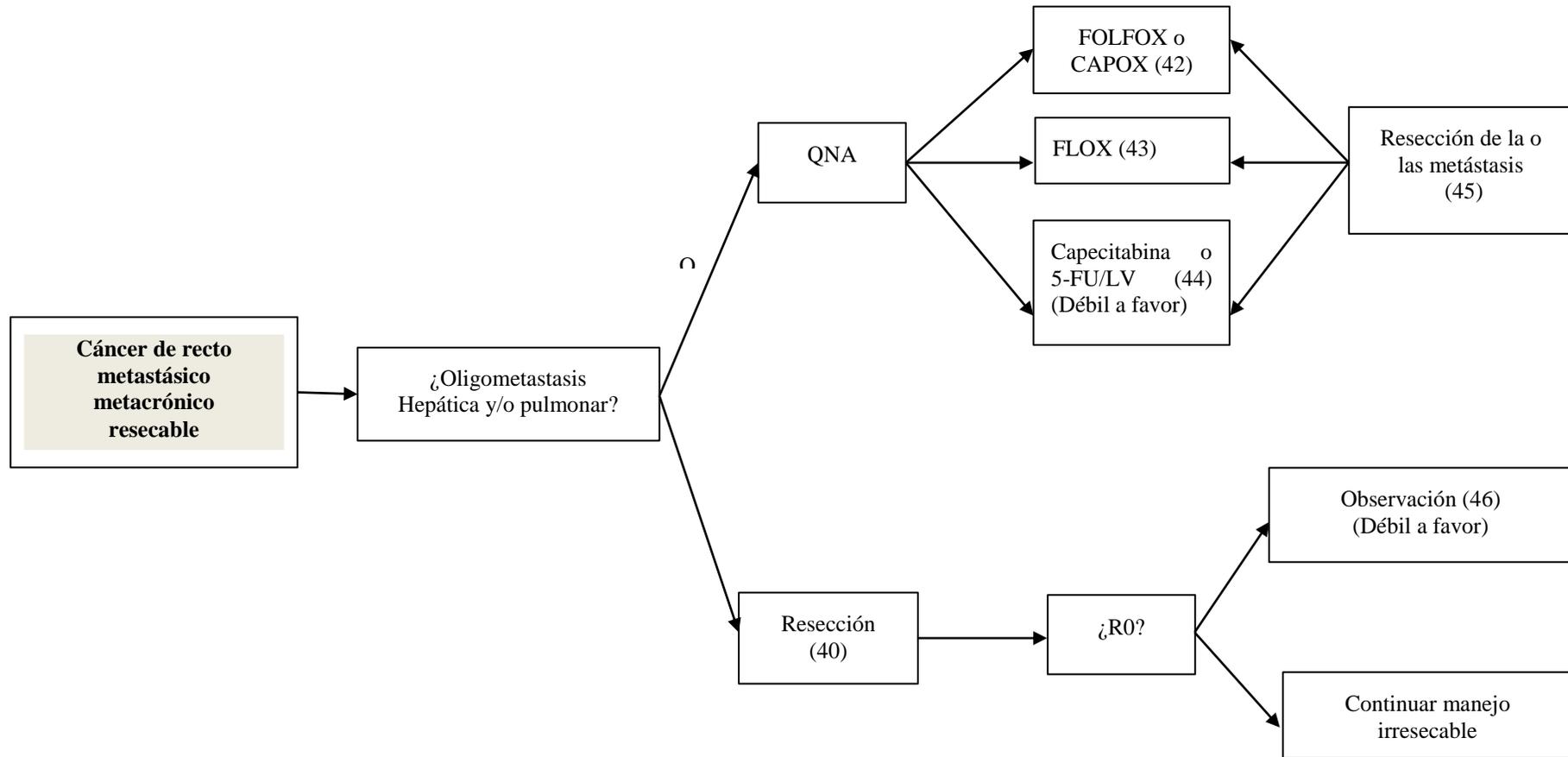
RT: Radioterapia, 5-FU: Fluorouracilo, LV: Leucovorina. \*Resección del tumor rectal y de la metástasis con o sin terapia local. \*\*RT puede ser de curso corto o prolongado, no se recomienda RT de curso corto en tumores T4. \*\*\* El tratamiento adyuvante debe considerar un tiempo de 6 meses de tratamiento 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**



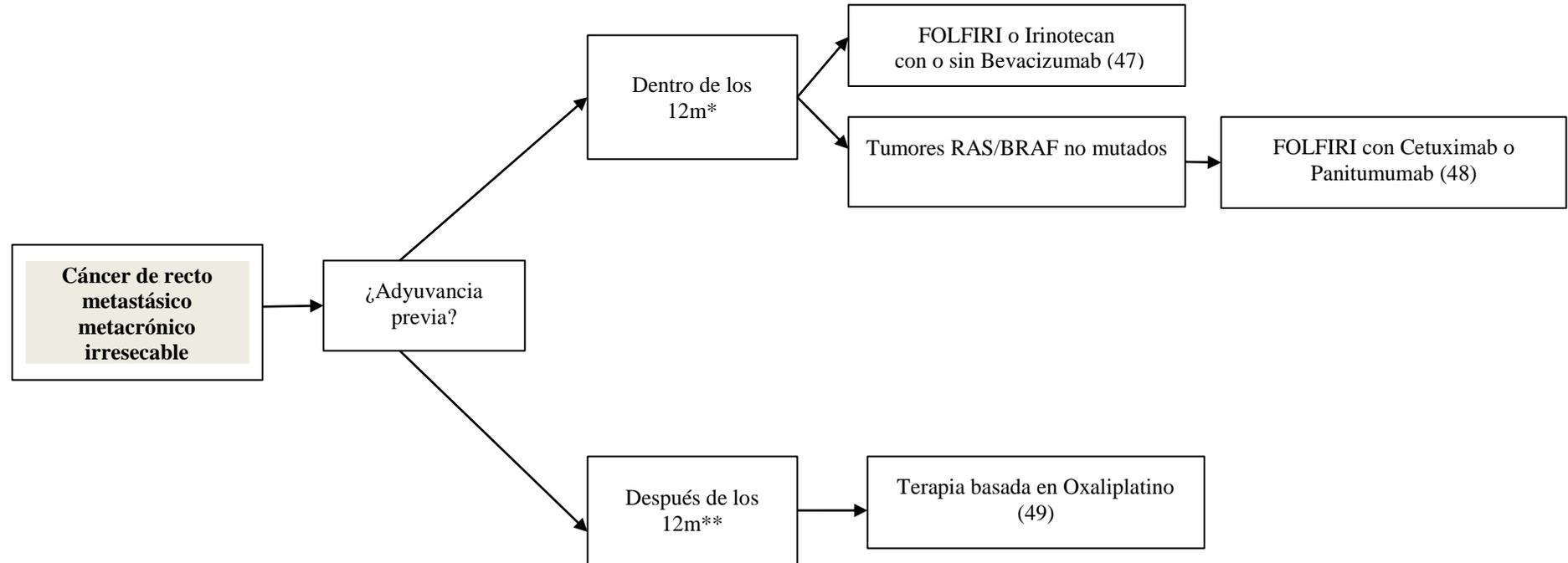
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían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



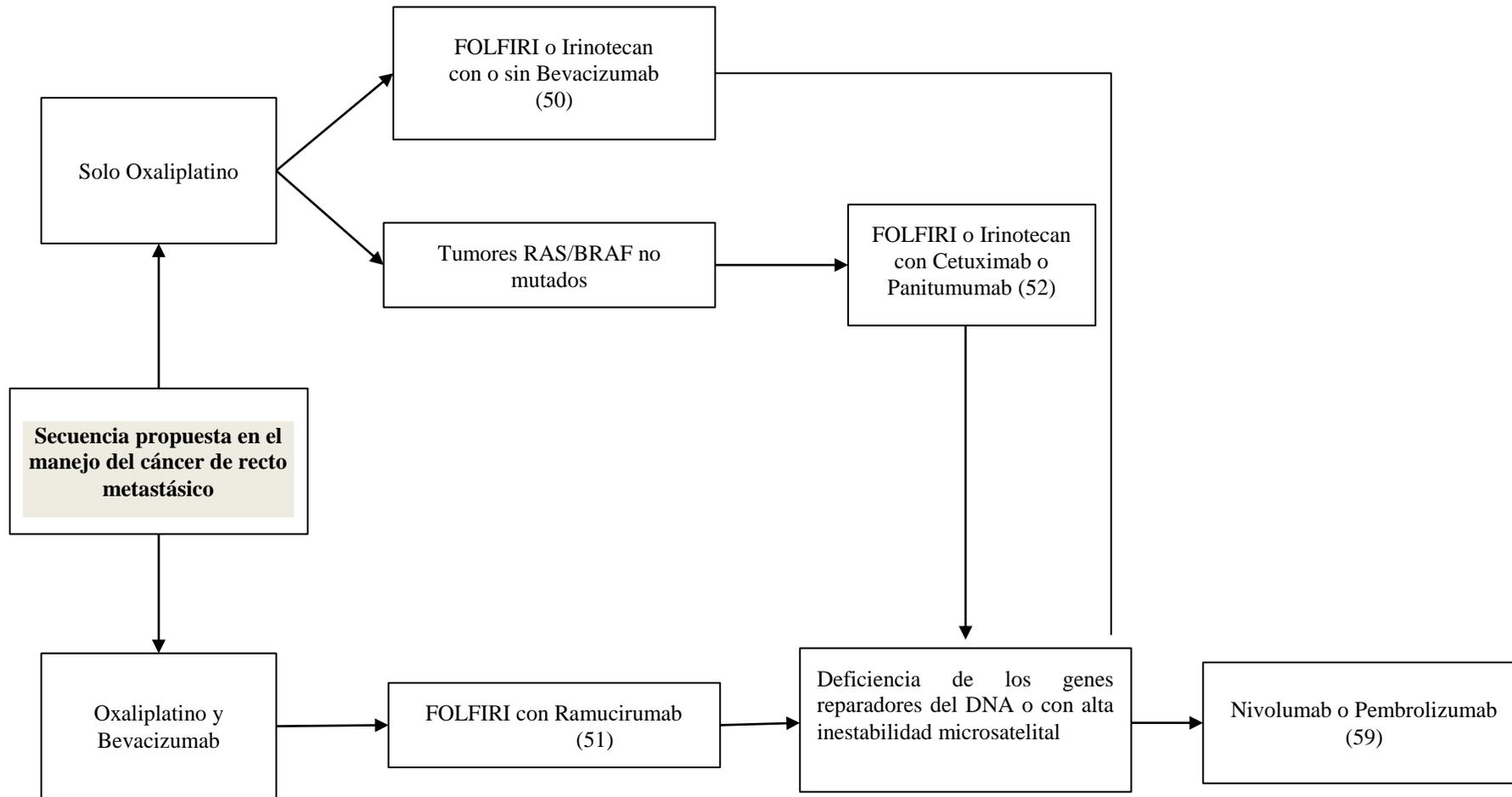
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían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



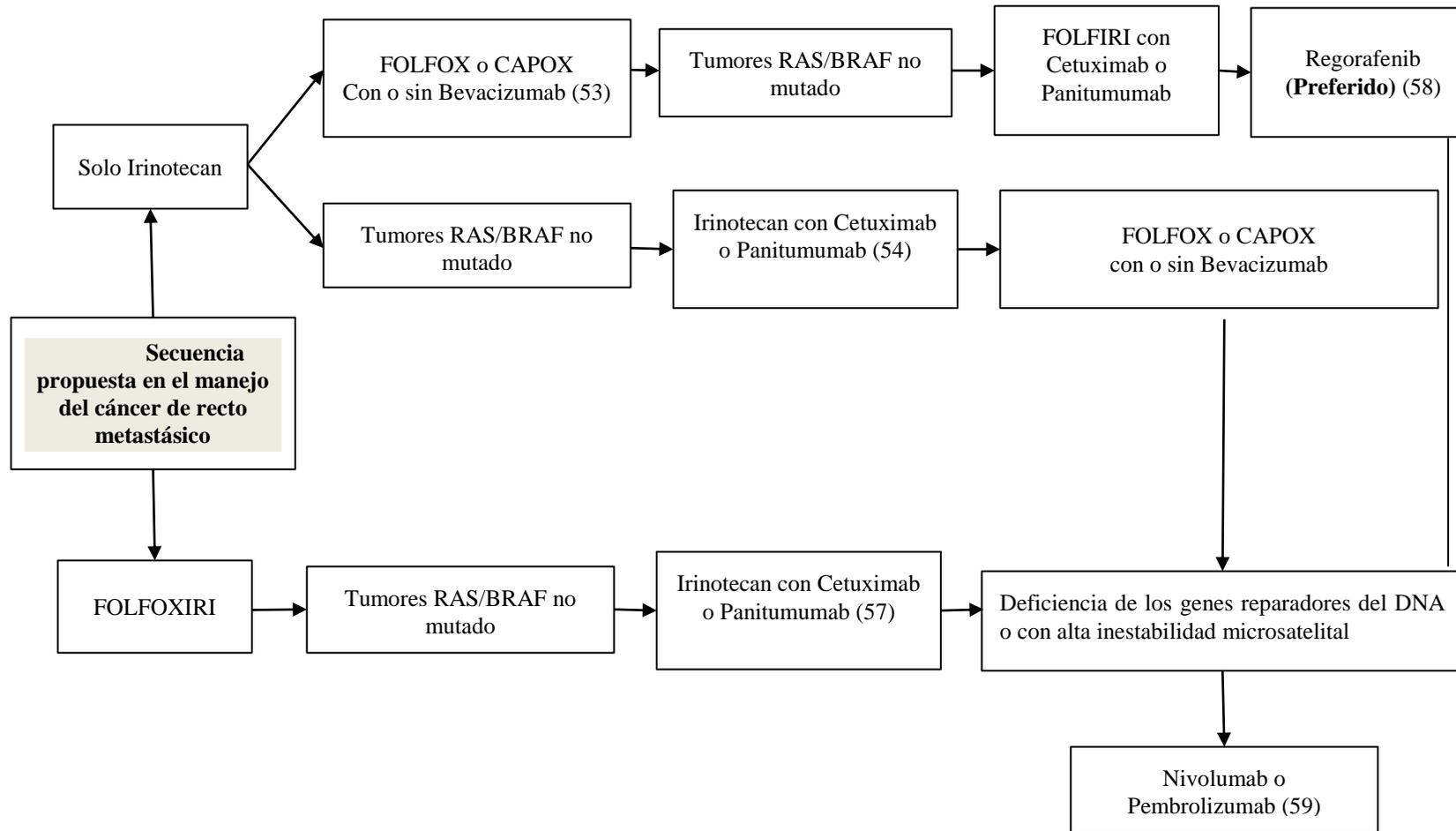
\*Adyuvancia previa dentro de los 12 meses con FOLFOX o CAPOX. \*\* Adyuvancia previa después de los 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5-FU/LV, Capecitabina o sin quimioterapia previa. Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán 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**



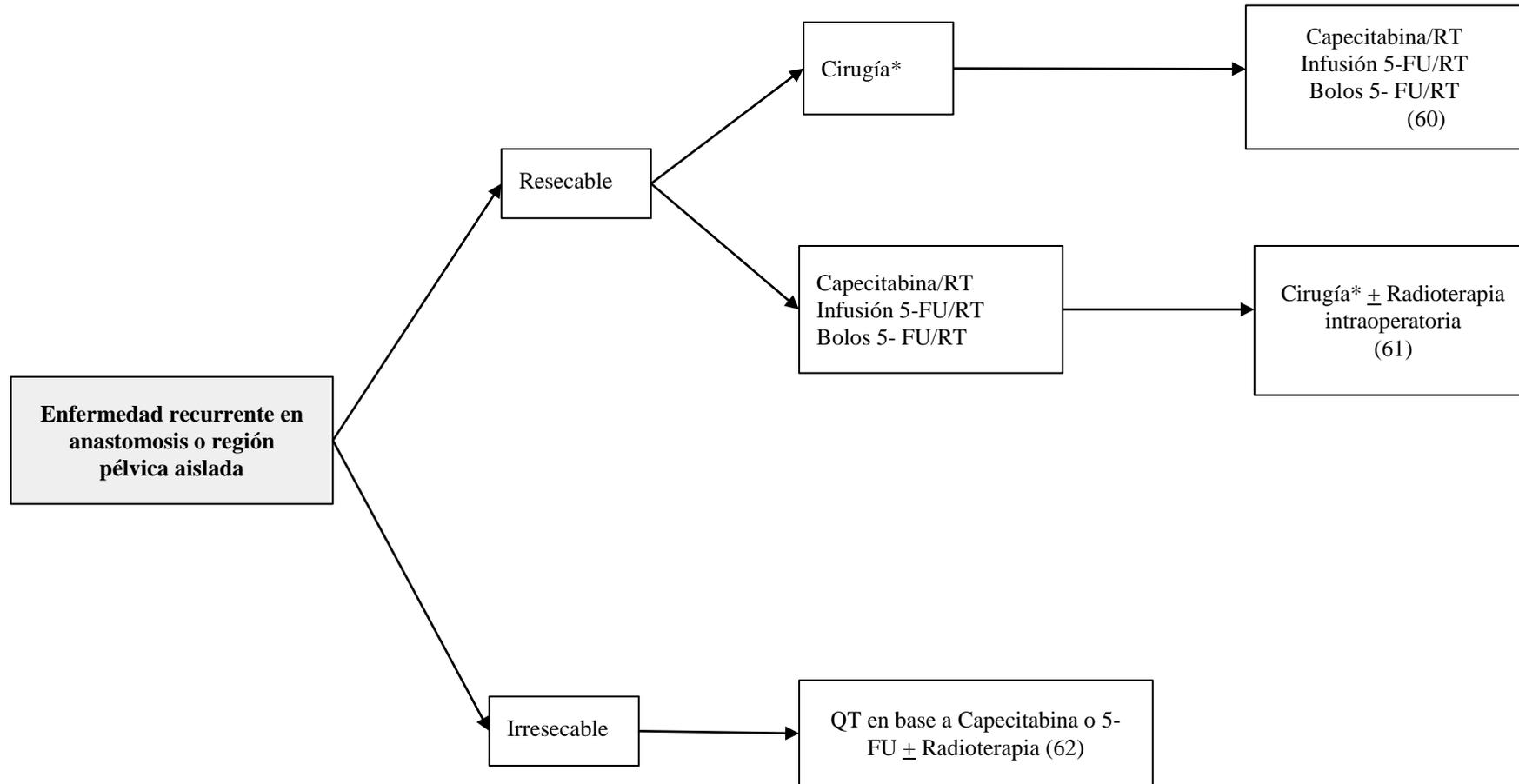
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**. Las recomendaciones se amplían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