

Guía de Práctica Clínica Resumen

Manejo Multidisciplinario del Cáncer de Colon (MMCC)

Con preferencias institucionales

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

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

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

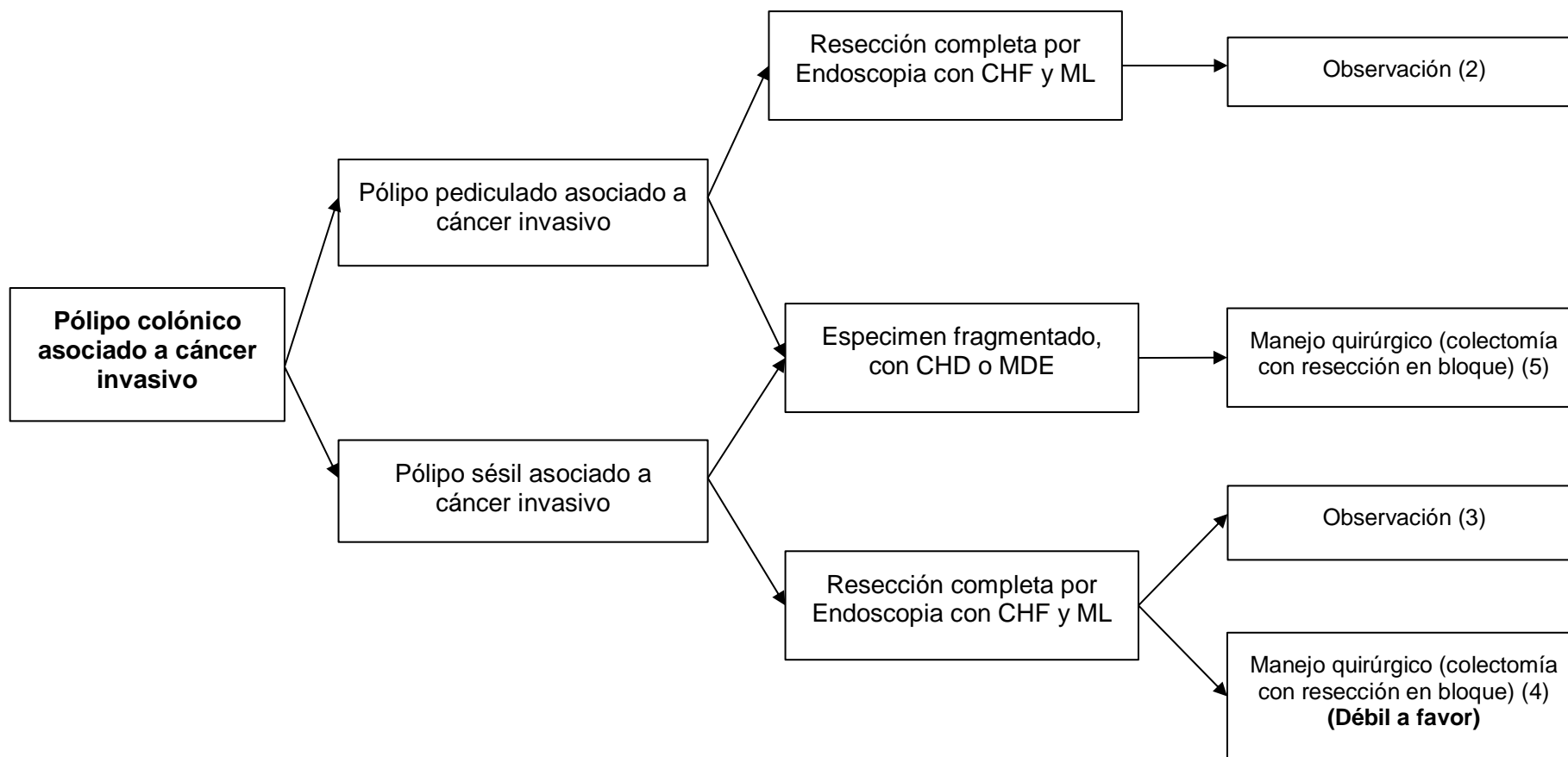
	riesgo o pT4,N0,M0, se sugiere observación como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	
iii. Estadio clínico cualquier pT,N1-2,M0		
21.	En pacientes con cáncer de colon cualquier pT,N1-2,M0 se recomienda FOLFOX o CAPOX como una opción de manejo. (Categoría 1, NCCN)	Fuerte a favor
22.	En pacientes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

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

iii. Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico resecable		
42.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, se recomienda resección solo en oligometastasis hepática y/o pulmonar. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
43.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecable, se recomienda terapia neoadyuvante con FOLFOX o CAPOX y posterior resección como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor
44.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, se sugiere terapia neoadyuvante con FLOX y posterior resección como una opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN)	Débil a favor
45.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables, se sugiere terapia neoadyuvante con Capecitabina o 5-FU/Leucovorina y posterior resección como una opción de manejo. (Categoría 2B, NCCN)	Débil a favor
46.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas resecables que fueron expuestos a neoadyuvancia y lograron cirugía R0, se sugiere observación. (Categoría 2A, NCCN)	Débil a favor
iv. Tratamiento del cáncer de colon metastásico metacrónico irresecable		
- Adyuvancia previa ≤ 12 meses con FOLFOX o CAPOX		
47.	En pacientes con cáncer de colon 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 colon 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
- Adyuvancia previa > 12 meses con FOLFOX, CAPOX, 5 FU/Leucovorina, Capecitabina o sin quimioterapia previa.		
49.	En pacientes con cáncer de colon con metástasis metacrónicas irresecables 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
H. Secuencia propuesta del tratamiento sistémico en el manejo del cáncer de colon metastásico		
i. Tratamiento previo con terapia basada en Oxaliplatino		
50.	En pacientes con cáncer de colon metastásico con exposición previa a Oxaliplatino, se recomienda FOLFIRI o Irinotecan con o sin Bevacizumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN) (Recomendación A, SIGN)	Fuerte a favor

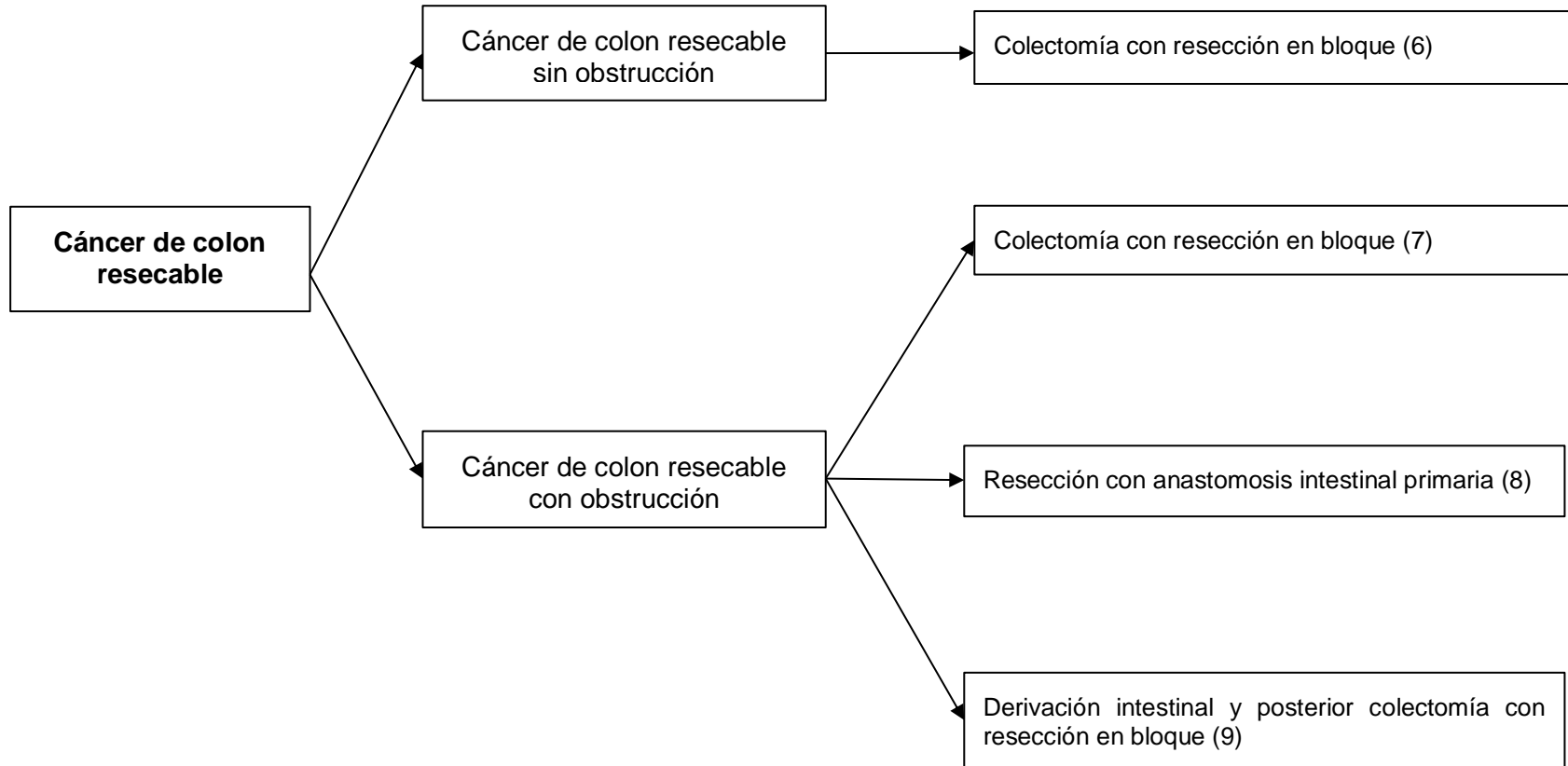
51.	En pacientes con cáncer de colon metastásico con exposición previa a terapia basada en Oxaliplatino con Bevacizumab, se recomienda FOLFIRI con Ramucirumab como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN).	Fuerte a favor
52.	En pacientes con cáncer de colon metastásico con exposición previa a Oxaliplatino, 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
ii. Tratamiento previo con Irinotecan con o sin Oxaliplatino o FOLFOXIRI		
53.	En pacientes con cáncer de colon 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 colon 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 colon 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 colon 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 colon metastásico con exposición previa a dos líneas de tratamiento se recomienda Regorafenib como una opción de manejo. (Categoría 2A, NCCN)	Fuerte a favor (Preferido)
Tratamiento de pacientes con tumores con deficiencia de los genes reparadores del DNA o con alta inestabilidad microsatelital		
59.	En pacientes con cáncer de colon 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

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



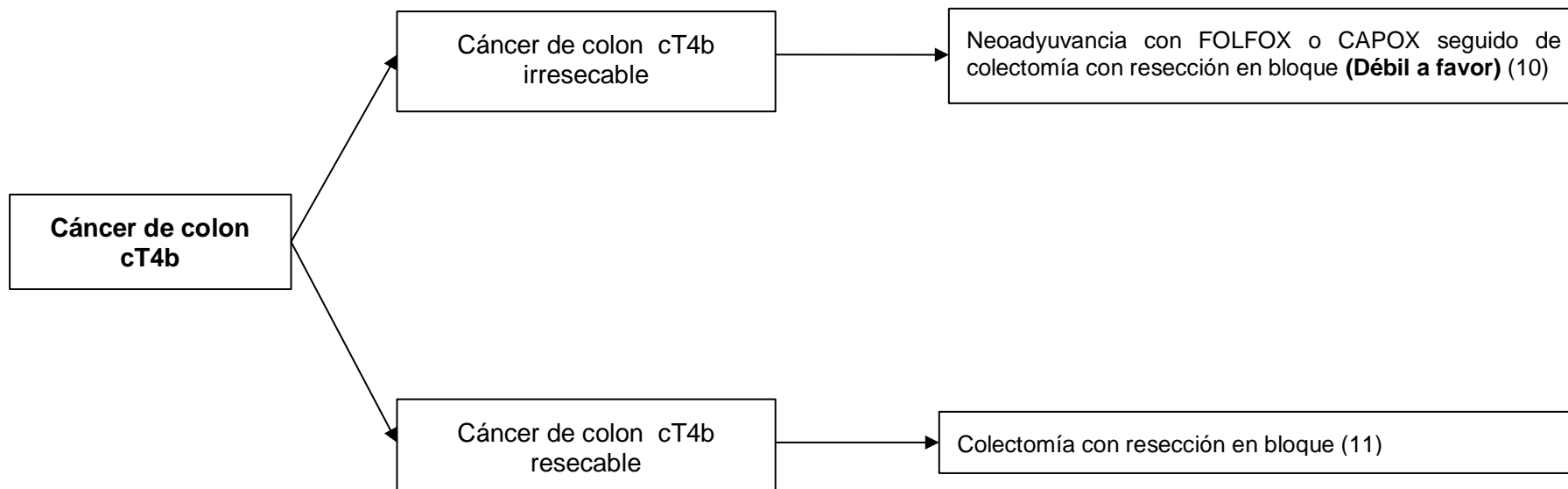
CHF/CHD: Características histológicas favorables/desfavorables, ML: Márgenes libres, MDE: Márgenes difíciles de evaluar.
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**
En paréntesis se encuentra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



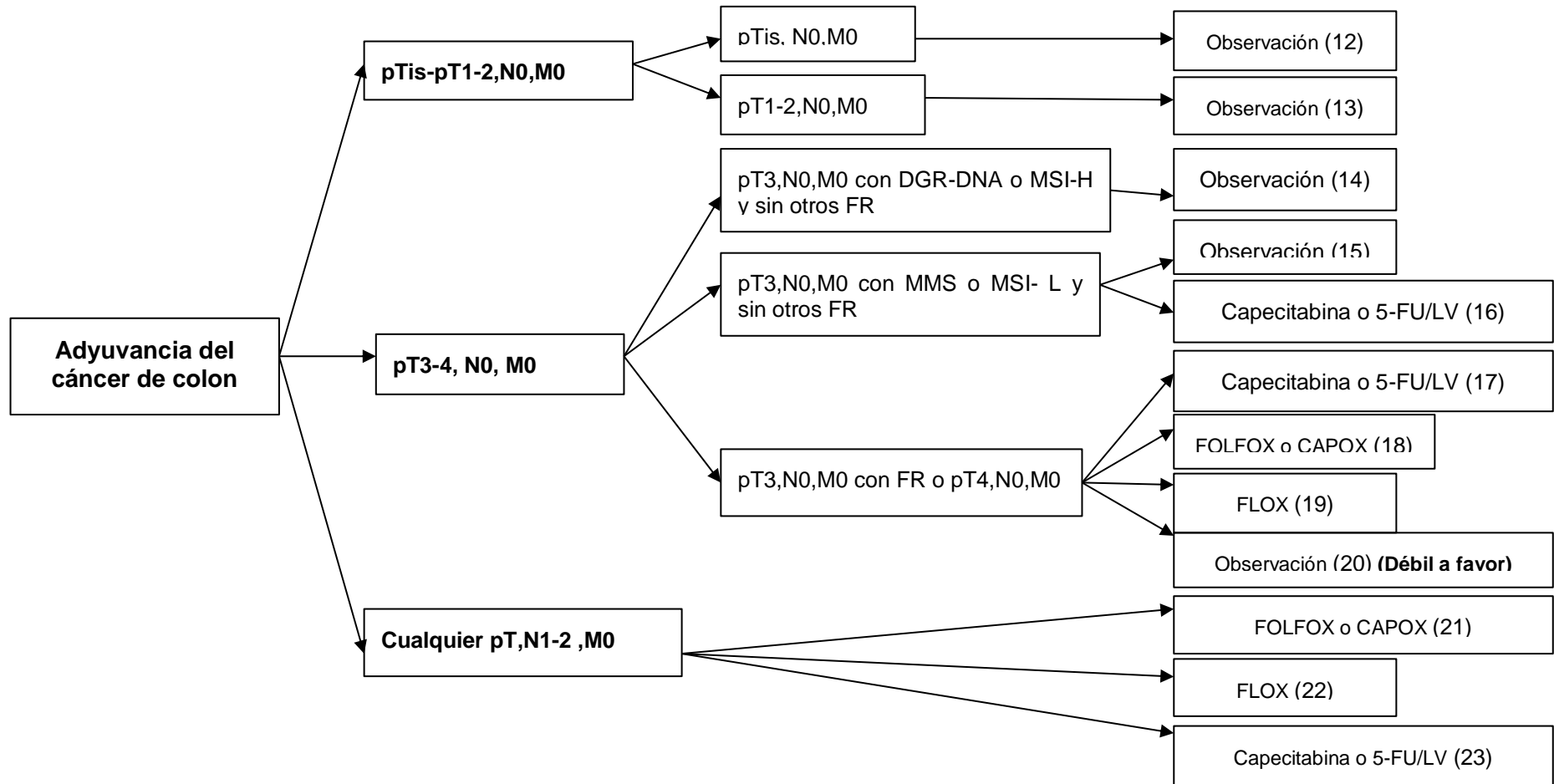
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

Algoritmo N° 3: Tratamiento del cáncer de colon cT4b



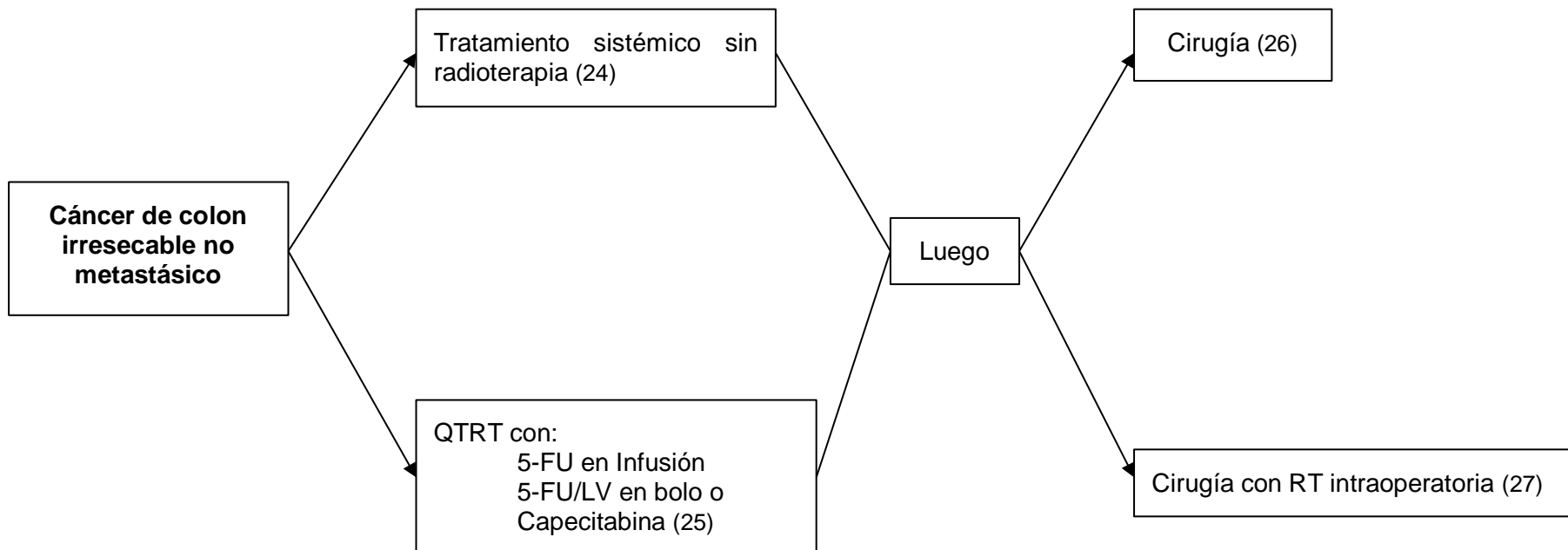
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**. En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**.

Algoritmo N° 4: Tratamiento adyuvante del cáncer de colon



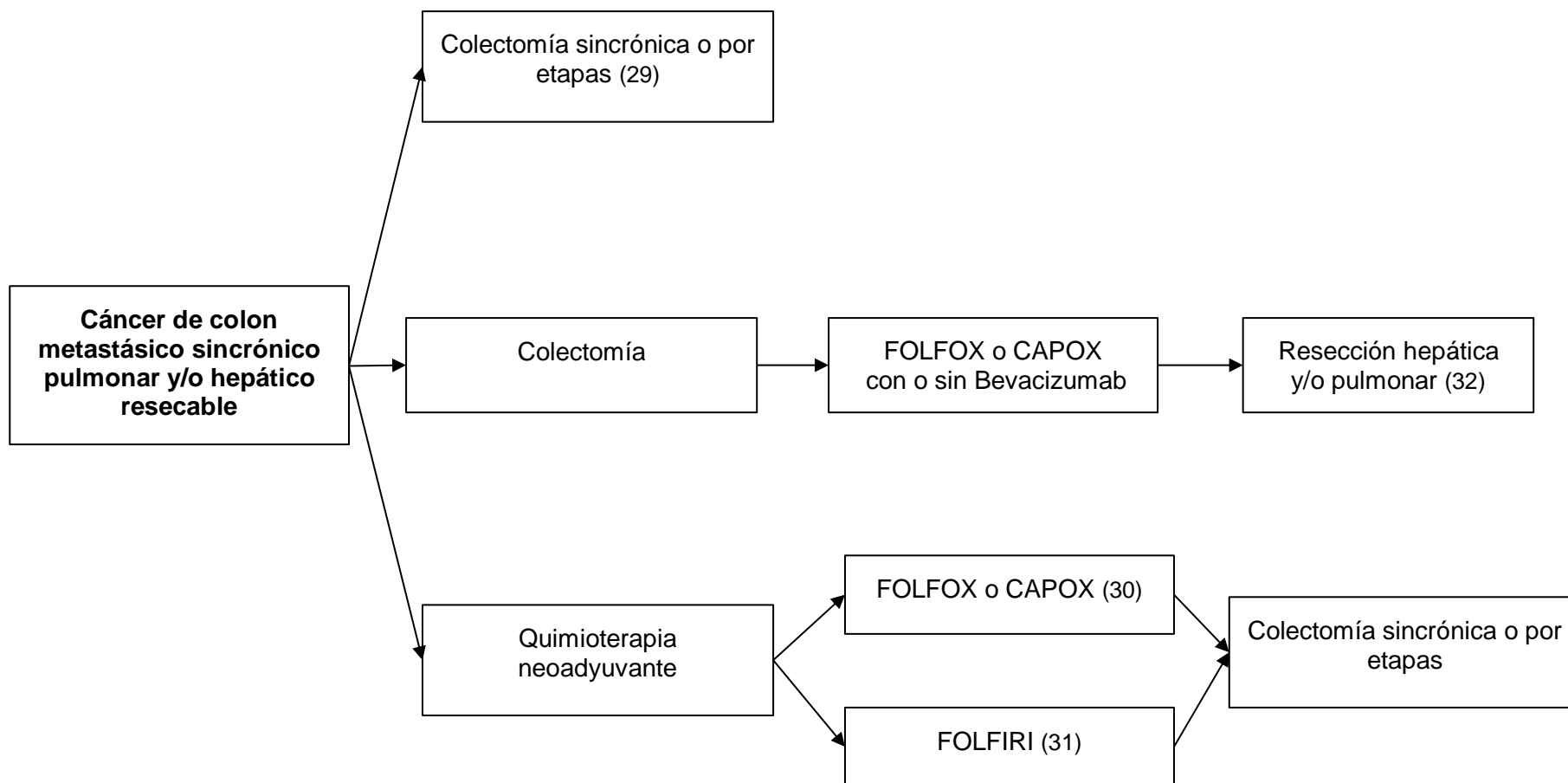
DGR-DNA: Deficiencia de genes de reparación del DNA, MSI-H: Alta inestabilidad de microsatélites, MSI-L: Baja inestabilidad de microsatélites, MMS: Estabilidad microsatelital, FR: Factores de riesgo
 Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias 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



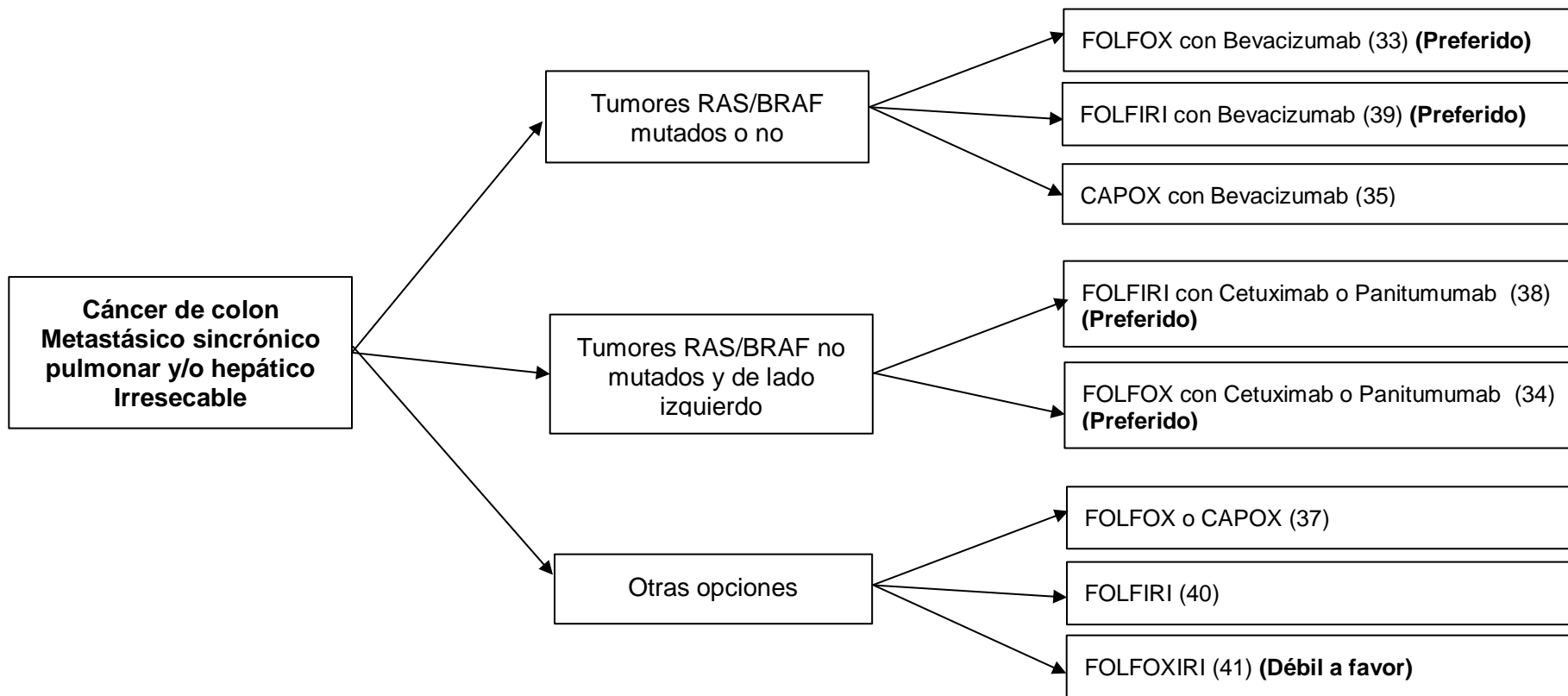
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

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



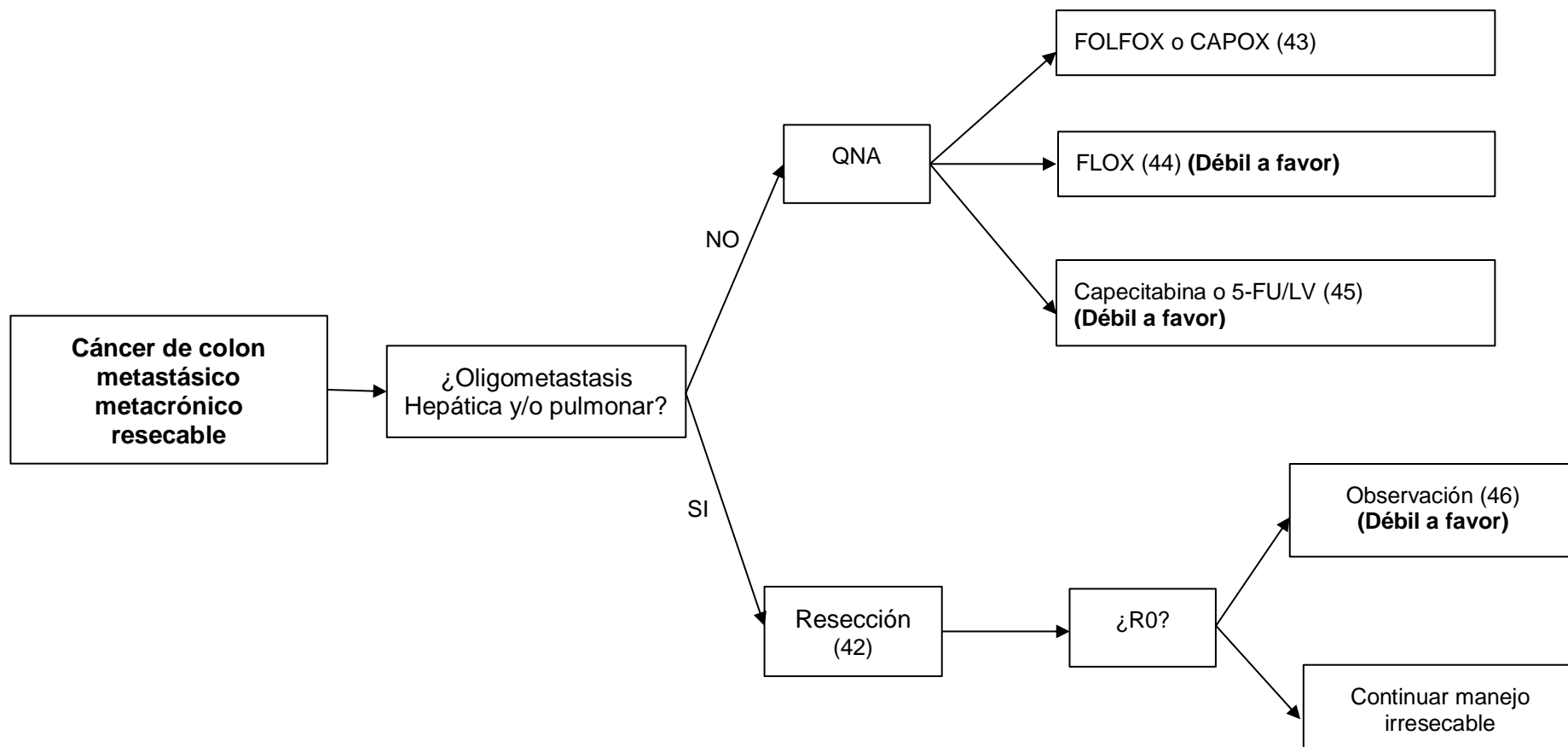
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

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



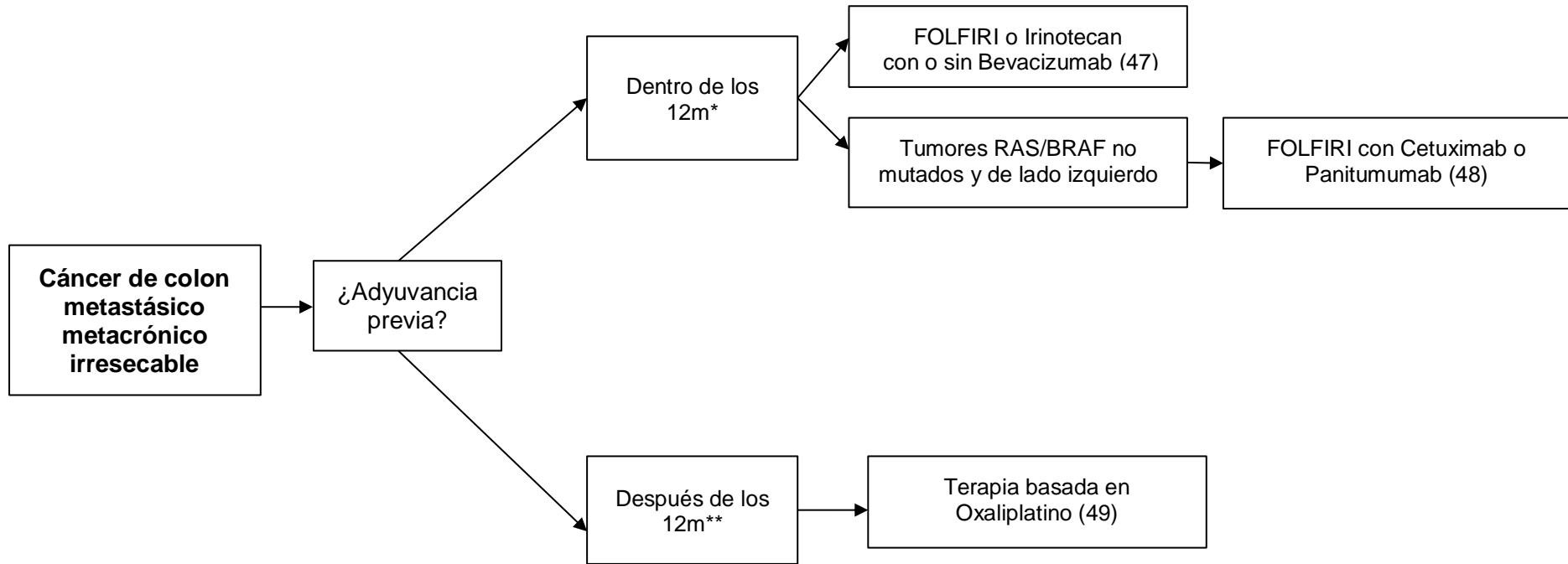
Todas las recomendaciones son **Fuerte a favor** a menos que se indique lo contrario y las preferencias institucionales serán denominadas como **Preferido**
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves y Nivel de Evidencia**

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



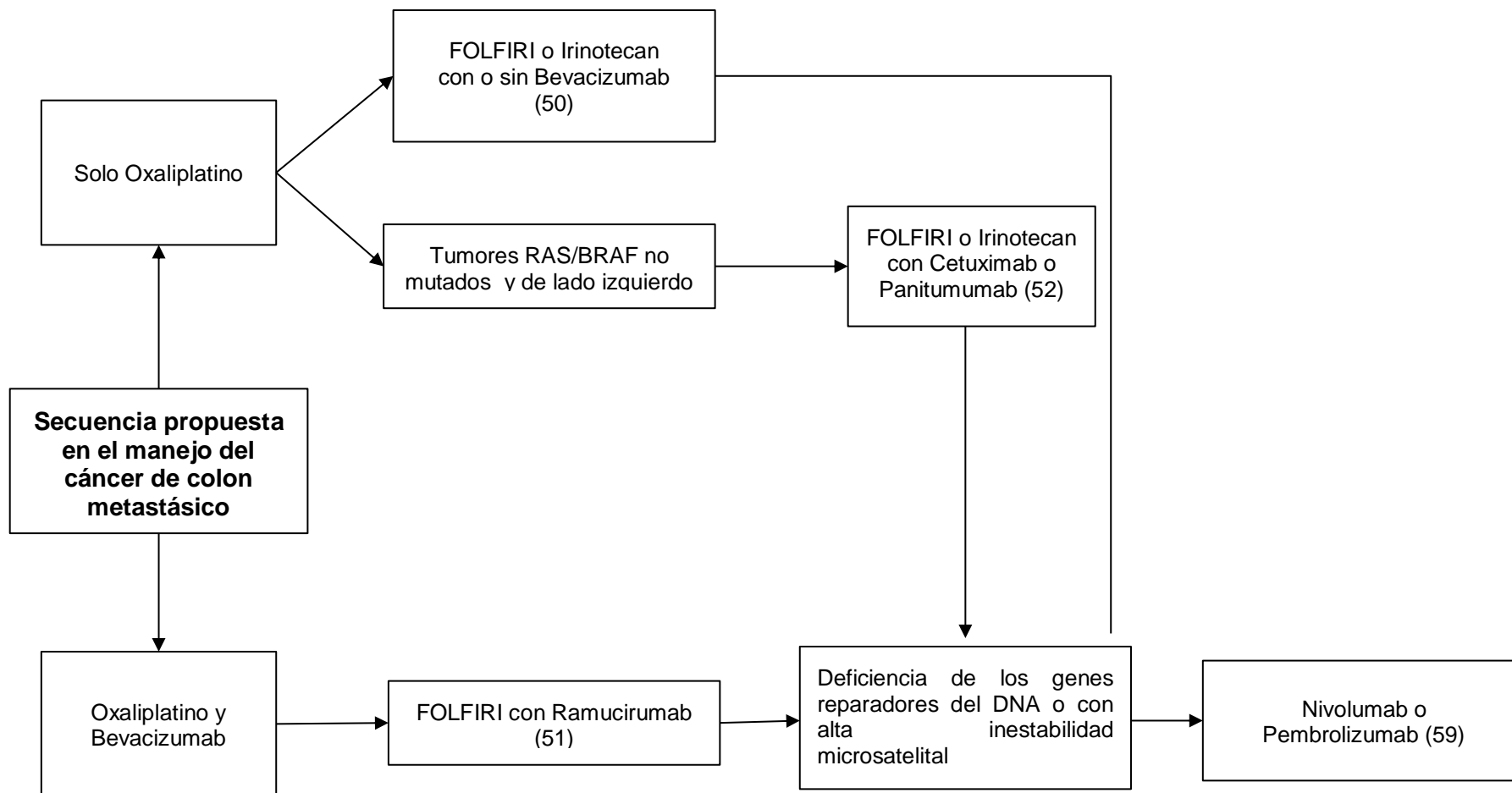
*Adyuvancia previa dentro de los 12 meses con FOLFOX o CAPOX.

** 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**

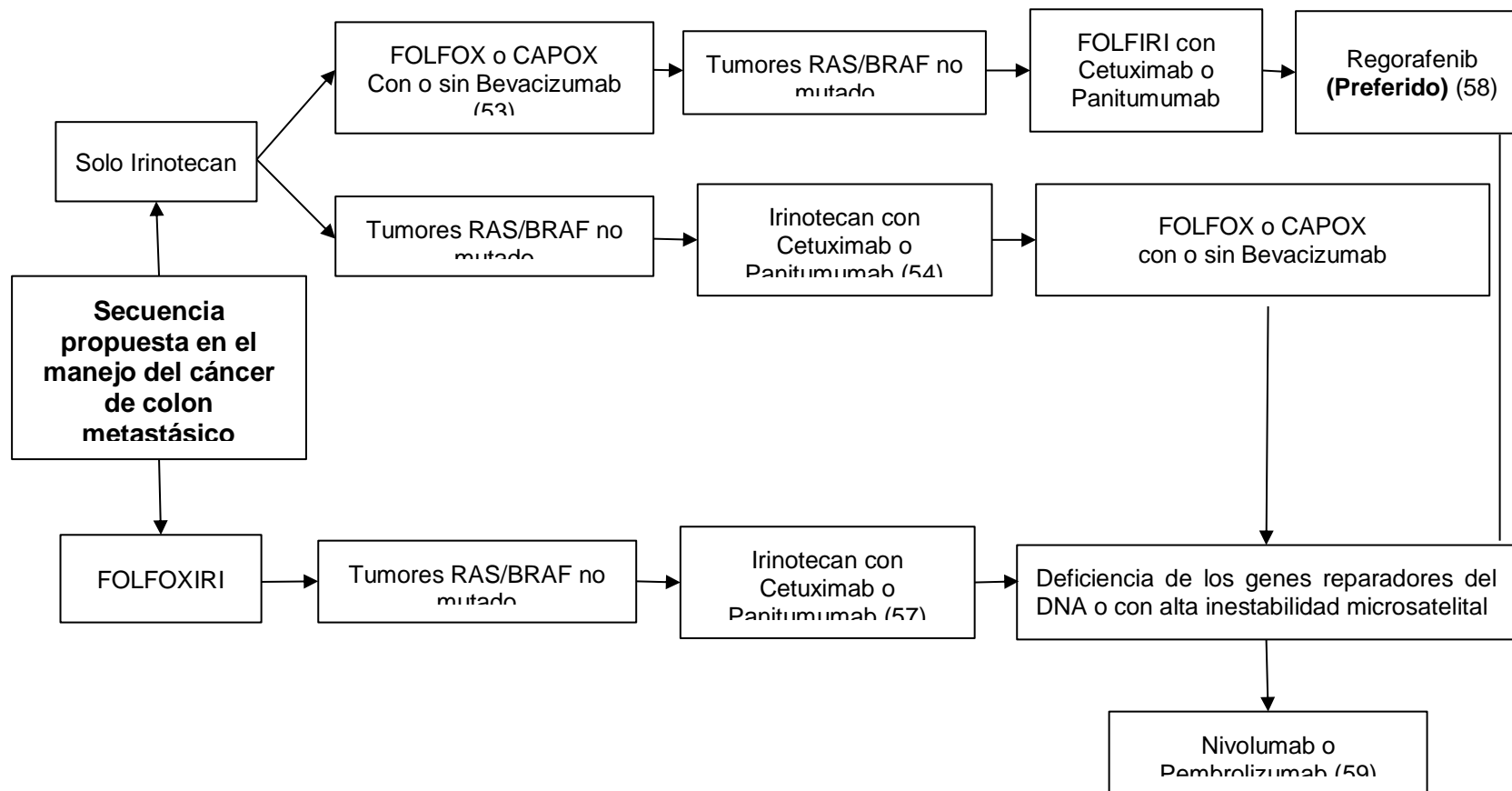
En paréntesis se encuentra el número de recomendación según la tabla **Recomendaciones Claves v Nivel de Evidencia**

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**