

Editorial acerca de "Comparación entre pacientes operados por cáncer colorrectal de 50 años o menores versus mayores"

Editorial on: "Comparison between patients younger or older than 50 years of age undergoing surgery for colorectal cancer"

Jorge L. Manrique*

El cáncer colorrectal (CCR) afecta principalmente a mayores de 50 años: es el tercero en frecuencia y la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón. La mayoría asienta sobre lesiones polipoides que pueden preludear el desarrollo de neoplasias malignas. Se estima que casi la mitad de los adultos occidentales tendrá un pólipo en su vida y que una décima parte progresará a cáncer. El pronóstico depende del estadio del cáncer en el momento del diagnóstico y la supervivencia es mayor cuando se detecta en una fase inicial.

Los síntomas de alerta son inespecíficos y los comparten enfermedades colónicas y extracolónicas: sangrado rectal, cambios en el ritmo intestinal, dolor abdominal, anemia ferropénica y pérdida de peso sin causa aparente.

El diagnóstico se basa en exploración física, análisis de las heces, estudio de la sangre periférica y visualización del interior del colon. La presencia de sangre volcada en el intestino se estudia con pruebas sencillas como el guayaco, que reacciona ante la traza de hemoglobina. Estudios más complejos, como las pruebas de inmunoquímica fecal (FIT), detectan anomalías del ADN (*Cologuard*) o del ARN (*Colosense*) y permiten presumir la existencia de lesiones neoplásicas o pre-neoplásicas. Descartado el origen hemorroidal, todo resultado positivo exige complementar con exámenes visuales.

Existen análisis de sangre periférica capaces de detectar ADN extracelular circulante: *Shield* (Escudo) y *ColoHealth*, indicadores de la presencia de neoplasias. Muestran alta sensibilidad, pero son muy costosos.

Los exámenes visuales incluyen la colonoscopia virtual, que logra imágenes de colon y recto a partir de la tomografía computarizada. La colonoscopia visualiza todo el colon y la sigmoidoscopia solo el colon izquierdo.

La colonoscopia/sigmoidoscopia es la única técnica que en un solo acto médico puede visualizar, examinar, tomar muestras para examen histológico, extirpar cualquier área de aspecto sospechoso (pólipo/cáncer) y lograr diagnóstico certero. El diagnóstico temprano abona el logro de mayor éxito terapéutico¹.

Hasta 2021, las guías de tratamiento del American College of Gastroenterology coincidían en efectuar estudios de cribaje a partir de los 50 años y comenzar antes de esa edad en pacientes portadores de factores de riesgo: enfermedades inflamatorias intestinales, neoplasias colónicas anteriores, antecedentes familiares de esta neoplasia y tratamiento radiante^{2,3}.

La incidencia global de lesiones neoplásicas disminuyó en los últimos años y la mortalidad está en descenso, principalmente gracias a la detección temprana. A nivel universal se ha observado el aumento de lesiones CCR en menores de 50 años con mayor frecuencia en recto y colon izquierdo,⁴ y en las últimas dos décadas constituyó la primera causa de muerte por neoplasia de hombres y segundo en mujeres de ese grupo etario en los Estados Unidos de América⁵. La aparición de algún signo de alarma en personas jóvenes (sangrado rectal, cambios en el ritmo intestinal, dolor abdominal, anemia ferropénica y pérdida de peso sin causa aparente) se asocia con casi el doble de probabilidad de responder al diagnóstico de cáncer colorrectal de inicio temprano en comparación con no tener ningún signo; tener tres o más de estos signos sextuplica la probabilidad de recibir un diagnóstico de CCR⁶.

El estudio de Castillo Warnken y cols⁷, proveniente de Chile, aporta una mirada interesante sobre el CCR en menores de 50 años en nuestra región. El estudio está fundado en el análisis retrospectivo de una muestra de tamaño reducido (36 pacientes de 50 años o menores y 119 mayores de 50 años). Como reconocen los autores, sus conclusiones carecen de significación estadística, pero marcan tendencias que coinciden con observaciones efectuadas en otras latitudes.

Los médicos debemos estar atentos a los síntomas de enfermedad y promover en los pacientes la necesidad de estos estudios que permitirán atender las necesidades específicas de los pacientes más jóvenes.

Prevención, detección temprana y avances terapéuticos son determinantes para disminuir la mortalidad relacionada con el CCR. Adelantar la edad de cribaje a los 45 años parece adecuado ante los cambios epidemiológicos observados^{8,9}.

*Ex profesor titular de Cirugía, Universidad de Buenos Aires (UBA).

■ ENGLISH VERSION

Colorectal cancer (CRC) primarily affects people over 50 and is the third most common type of cancer and the second leading cause of cancer-related deaths after lung cancer. Most CRCs arise from polypoid lesions that may precede the development of malignant tumors. It is estimated that nearly half of all Western adults will develop a polyp in their lifetime, and that one in ten of these will progress to cancer. The prognosis depends on cancer stage upon diagnosis, and survival rates are higher when cancer is detected at early stages.

The warning symptoms, which are nonspecific, are common to both colonic and extracolonic diseases and include rectal bleeding, changes in bowel habits, abdominal pain, iron-deficiency anemia, and unexplained weight loss.

The diagnosis is based on physical examination, stool analysis, blood tests, and internal visualization of the colon. The presence of blood in the bowel is detected using simple tests such as the guaiac fecal occult blood test, which reacts to traces of hemoglobin. More complex tests, such as fecal immunochemical tests (FIT), detect abnormalities in DNA (Cologuard) or RNA (Colosense) and suggest the presence of neoplastic or pre-neoplastic lesions. Once the diagnosis of hemorrhoids has been ruled out, any positive result must be followed up with a visual examination.

The presence of extracellular circulating DNA can be detected by peripheral blood tests, such as Shield and ColoHealth, which serve as indicators of the presence of neoplasms. Their sensitivity is high, but they are too expensive.

Visually guided screening includes virtual colonoscopy, which utilizes computed tomography scans to produce images of the colon and rectum. A colonoscopy examines the entire colon, while a sigmoidoscopy examines only the left side.

Colonoscopy/sigmoidoscopy are the only methods that, in a single medical procedure, can visualize, examine, take samples for histological examination, remove any suspicious-looking areas (polyps/cancer), and provide an accurate diagnosis.

Early diagnosis contributes to greater therapeutic success¹.

Until 2021, the American College of Gastroenterology treatment guidelines recommended conducting screening tests starting at age 50 and beginning earlier in patients with risk factors, such as inflammatory bowel disease, a history of colorectal neoplasms, a family history of colorectal cancer, and a history of radiation therapy^{2,3}.

The overall incidence of cancer has decreased in recent years, and mortality rates are declining, primarily due to early detection. There has been an increase in CRC cases worldwide among people under 50, with the highest incidence in the rectum and left colon⁴. Over the past two decades, CRC has become the leading cause of cancer death among men and the second leading cause among women in this age group in the United States⁵. The presence of warning signs in young people, such as rectal bleeding, changes in bowel habits, abdominal pain, iron-deficiency anemia, and unexplained weight loss, is associated with nearly twice the likelihood of receiving an early-onset colorectal cancer diagnosis compared to having no such signs. The likelihood of receiving a CRC diagnosis is six times higher if three or more of these signs are present⁶.

The study by Castillo Warnken et al.⁷, conducted in Chile, offers an interesting perspective on CCR in people < 50 years in our region. The study is based on a retrospective analysis of a small sample (36 patients aged 50 or younger and 119 patients > 50 years). Although their findings lack statistical significance, the authors acknowledge that they do indicate trends consistent with observations made in other parts of the world.

As physicians, we must recognize the symptoms of disease and encourage patients to take these tests. This will enable us to address the specific needs of younger patients.

Prevention, early detection, and advances in treatment are key to reducing mortality from colorectal cancer. It seems reasonable to lower the screening age to 45, considering the epidemiological changes that have been observed^{8,9}.

Referencias bibliográficas /References

1. <https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/screening-tests-used.html>. Consultado en marzo 2026
2. https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2021/03000/acg_clinical_guidelines_colorectal_cancer.14.aspx. Consultado en marzo 2026
3. Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *Am J Gastroenterol*. 2021; 116(3): 458-79. doi: 10.14309/ajg.0000000000001122.
4. Díaz-Gay M, dos Santos W, Moody S et al. Geographic and age variations in mutational processes in colorectal cancer. *Nature*. 2025; 643(8070): 230-40. doi: 10.1038/s41586-025-09025-8.
5. Siegel RL, Wagle NS, Jemal A. Leading Cancer Deaths in People Younger Than 50 Years. *JAMA*. 2026;335(7):632-4. doi:10.1001/jama.2025.25467 Published online January 22, 2026.
6. Wang L. Identifies Potential Warning Signs of Colorectal Cancer in Younger Adults. *J Natl Cancer Inst*. June 15, 2023 <https://www.cancer.gov/news-events/cancer-currents-blog/2023/colorectal-cancer-young-people-warning-signs>.
7. Castillo Warnken V, Readí A, Rodríguez M, Lam M, López S, Campaña G. Comparación entre pacientes operados por cáncer colorrectal de 50 años o menores versus mayores. *Rev Argent Cir*. 2026; 118(1);e-1910-<http://dx.doi.org/10.25132/raac.v118.n1.1910>.
8. Goddard KAB, Feuer EJ, Mandelblatt JS, Meza R, Holford TR, Jeon J et al. Estimation of cancer deaths averted from prevention, screening and treatment efforts, 1975-202. *JAMA Oncol* 2025; 11(2): 162-167. Doi:10.1001/jamaoncol.2024.5381.
9. NCCN Guidelines in Oncology. Colorectal Cancer Screening. Version 1.2026. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/colorectal_screening.pdf