

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), enero-febrero 2026,
Volumen 10, Número 1.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i1

ADENOCARCINOMA COLORRECTAL DE INICIO TEMPRANO DETECTADO DURANTE COLONOSCOPIA DE TAMIZAJE EN PACIENTE MENOR DE 50 AÑOS: REPORTE DE CASO.

**EARLY-ONSET COLORECTAL ADENOCARCINOMA DETECTED
DURING SCREENING COLONOSCOPY IN A PATIENT UNDER 50
YEARS OF AGE: CASE REPORT.**

Jaime Eduardo Rentería Plaza
Hospital Regional PEMEX Ciudad Madero

Jaime Rentería Villaseñor
Hospital de especialidades IMSS Bienestar Dr. Carlos Canseco

Janeth García Rodríguez
Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas

Ivania Judith Arjona Ureña
Hospital General ISSSTE Villahermosa

Marco Antonio Benavides Montero
Instituto Mexicano del Seguro Social

Adenocarcinoma Colorrectal de Inicio Temprano Detectado durante Colonoscopia de Tamizaje en Paciente Menor de 50 años: Reporte de Caso

Jaime Eduardo Rentería Plaza¹

a175302@une.edu.mx

<https://orcid.org/0009-0006-6204-748X>

Hospital Regional PEMEX Ciudad Madero

Jaime Rentería Villaseñor

esp_deja_vu@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6684-9240>

Servicio de endoscopia digestiva, Hospital de especialidades IMSS Bienestar Dr. Carlos Canseco.

Janeth Garcia Rodriguez

Janeth.garo04@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-3030-844X>

Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas

Ivania Judith Arjona Ureña

ivaniaarjona@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-1457-3656>

Hospital General ISSSTE Villahermosa

Marco Antonio Benavides Montero

marcoabenavides21@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-2265-7838>

Servicio Social División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund", Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexico

RESUMEN

El cáncer colorrectal de inicio temprano ha mostrado un incremento sostenido en su incidencia durante las últimas décadas, lo que ha motivado la actualización de las recomendaciones de tamizaje, estableciendo el inicio de la colonoscopia a partir de los 45 años en población de riesgo promedio. Se presenta el caso de un paciente masculino menor de 50 años que acudió de manera ambulatoria para colonoscopia de tamizaje, encontrándose asintomático. Durante el procedimiento se identificó, a aproximadamente 12 cm del margen anal, una lesión tumoral irregular, friable y de crecimiento circunferencial parcial, localizada en colon sigmoide, con características endoscópicas sugestivas de malignidad. La evaluación mediante luz blanca y narrow-band imaging (NBI) permitió clasificar la lesión como tipo 3 de acuerdo con la clasificación Japan NBI Expert Team (JNET), orientando la toma de biopsias dirigidas múltiples conforme a protocolos estandarizados. El análisis histopatológico fue consistente con adenocarcinoma colorrectal. Este caso resalta la importancia del tamizaje oportuno en pacientes jóvenes y el valor del uso de herramientas endoscópicas avanzadas para un diagnóstico temprano y una adecuada toma de decisiones clínicas.

Palabras clave: Cáncer colorrectal de inicio temprano, Colonoscopia, Tamizaje, JNET, Narrow-band imaging

¹ Autor principal

Correspondencia: a175302@une.edu.mx

Early-onset colorectal adenocarcinoma detected during screening colonoscopy in a patient under 50 years of age: Case report.

ABSTRACT

Early-onset colorectal cancer has shown a rising incidence over recent decades, leading to updated screening recommendations that establish colonoscopy initiation at 45 years of age for individuals at average risk. We present the case of a male patient under 50 years of age who underwent an outpatient screening colonoscopy while asymptomatic. During the procedure, an irregular, friable, partially circumferential tumor lesion was identified in the sigmoid colon, approximately 12 cm from the anal verge, with endoscopic features suggestive of malignancy. Evaluation using white-light endoscopy and optical criteria allowed classification of the lesion as Japan NBI Expert Team (JNET) type 3, guiding the performance of multiple targeted biopsies in accordance with current recommendations for lesions suspicious for deep submucosal invasion. Histopathological analysis was consistent with colorectal adenocarcinoma. The procedure was completed without complications, and the patient was discharged on the same day for outpatient follow-up. This case underscores the importance of timely colorectal cancer screening in individuals younger than 50 years and highlights the value of systematic endoscopic assessment and optical classification systems in achieving early diagnosis and appropriate clinical decision-making.

Keywords: Early-onset colorectal cancer, Colonoscopy, Screening, JNET, Narrow-band imaging

*Artículo recibido 10 diciembre 2025
Aceptado para publicación: 10 enero 2026*



INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) representa una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial y constituye un problema de salud pública relevante (1). De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, el CCR se ubica entre las primeras tres causas de cáncer tanto en incidencia como en mortalidad a nivel global (2). Tradicionalmente, esta neoplasia se ha asociado a poblaciones mayores de 50 años; sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un incremento sostenido en la incidencia de CCR en pacientes jóvenes, fenómeno conocido como cáncer colorrectal de inicio temprano (3,4).

Diversos estudios epidemiológicos han documentado un aumento significativo de casos de CCR diagnosticados en individuos menores de 50 años, particularmente en países occidentales (5,6). Este incremento ha sido atribuido a múltiples factores, entre ellos cambios en el estilo de vida, obesidad, sedentarismo, dietas ricas en grasas y alimentos ultraprocesados, así como alteraciones en la microbiota intestinal (7). A pesar de ello, una proporción considerable de pacientes jóvenes no presenta factores de riesgo clásicos ni síntomas gastrointestinales evidentes al momento del diagnóstico, lo que retrasa la detección y condiciona estadios más avanzados de la enfermedad (8).

Como respuesta a esta tendencia epidemiológica, distintas sociedades científicas han actualizado sus recomendaciones de tamizaje. La American College of Gastroenterology, la U.S. Preventive Services Task Force y la American Cancer Society recomiendan actualmente iniciar el tamizaje para CCR mediante colonoscopia a partir de los 45 años en población de riesgo promedio (9-11). Estas recomendaciones buscan favorecer el diagnóstico temprano, mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad asociada a esta neoplasia (12).

La colonoscopia es considerada el método de referencia para el tamizaje y diagnóstico del CCR, ya que permite la detección de lesiones precursoras, la identificación de neoplasias invasoras y la toma de biopsias dirigidas (13). El desarrollo de técnicas de imagen endoscópica avanzada, como el narrow-band imaging (NBI), ha permitido una caracterización óptica más precisa de las lesiones colorrectales. En este contexto, la clasificación Japan NBI Expert Team (JNET) se ha consolidado como una herramienta útil para predecir la histología y profundidad de invasión de las lesiones, orientando de manera adecuada la toma de decisiones clínicas (14,15).



El presente reporte describe el caso de un paciente masculino menor de 50 años, asintomático, en quien se detectó un adenocarcinoma colorrectal durante una colonoscopia de tamizaje. Este caso destaca la relevancia del inicio oportuno del tamizaje en pacientes jóvenes y el valor de la evaluación endoscópica sistemática apoyada en clasificaciones ópticas para el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal de inicio temprano.

Presentación del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino en la quinta década de la vida, sin antecedentes personales patológicos de relevancia ni antecedentes familiares conocidos de cáncer colorrectal. El paciente fue referido de manera ambulatoria por el servicio de Medicina Interna para la realización de una colonoscopia como estudio de tamizaje para cáncer colorrectal, de acuerdo con las recomendaciones actuales, encontrándose completamente asintomático al momento de la evaluación, sin datos de sangrado digestivo, pérdida de peso, cambios en el hábito intestinal ni dolor abdominal.

A la exploración física realizada en el servicio de endoscopia digestiva no se identificaron alteraciones relevantes. El paciente fue sometido a preparación intestinal previa con polietilenglicol, logrando una adecuada limpieza colónica. El procedimiento se realizó bajo sedación, utilizando un equipo Olympus CV-180 con capacidad para evaluación mediante narrow-band imaging (NBI).

Durante la colonoscopia se exploró el colon de manera sistemática hasta la válvula ileocecal, realizando además ileoscopia terminal, sin identificarse alteraciones en los segmentos proximales. A aproximadamente 12 cm del margen anal, a nivel del colon sigmoide, se identificó una lesión tumoral irregular, friable, de crecimiento circunferencial parcial, con bordes mal definidos y superficie heterogénea, que se extendía de manera proximal. La lesión presentaba características endoscópicas sugestivas de malignidad. (Figura 1).

La evaluación inicial se realizó con luz blanca, seguida de una evaluación detallada mediante NBI, lo que permitió una mejor apreciación del patrón vascular y de la superficie de la lesión. De acuerdo con los criterios de la clasificación Japan NBI Expert Team (JNET), los hallazgos fueron compatibles con una lesión tipo 3, sugestiva de carcinoma con invasión submucosa profunda. En función de estos hallazgos, se descartó la resección endoscópica y se decidió realizar toma de biopsias dirigidas múltiples. (Figura 2).

Se obtuvieron seis biopsias de la lesión, siguiendo las recomendaciones actuales para lesiones con sospecha de malignidad, evitando maniobras que pudieran aumentar el riesgo de complicaciones o interferir con un manejo quirúrgico posterior. Se realizó una segunda inspección visual al retirar el colonoscopio previo a terminar el estudio endoscópico donde observamos con más detalle la lesión tumoral. (Figura 3-4). El procedimiento se llevó a cabo sin incidentes ni complicaciones, y el paciente fue egresado el mismo día para seguimiento ambulatorio.

El análisis histopatológico de las biopsias fue consistente con adenocarcinoma colorrectal. Posteriormente, el paciente fue referido para valoración por el servicio de cirugía oncológica con la finalidad de completar su abordaje diagnóstico y terapéutico.

DISCUSIÓN

El incremento del cáncer colorrectal de inicio temprano representa un reto para los sistemas de salud. Aunque la mayoría de los pacientes menores de 50 años no son sometidos a tamizaje de rutina, la detección de lesiones malignas en pacientes asintomáticos subraya la importancia de adherirse a las recomendaciones actuales (9-12).

En este caso, la colonoscopia realizada como estudio de tamizaje permitió identificar una neoplasia invasora en un paciente joven. La evaluación endoscópica sistemática y el uso de clasificaciones ópticas como JNET facilitaron la sospecha diagnóstica y la correcta toma de biopsias, elementos fundamentales para un diagnóstico oportuno.

Las guías internacionales recomiendan la toma de biopsias dirigidas en lesiones con características endoscópicas sugestivas de invasión profunda, evitando intentos de resección endoscópica inapropiada (14-18). Este enfoque permite una adecuada referencia para manejo quirúrgico y oncológico posterior (19,20).

CONCLUSIÓN

Este caso clínico ilustra la relevancia de iniciar el tamizaje de cáncer colorrectal a partir de los 45 años, incluso en pacientes asintomáticos. La colonoscopia, apoyada en clasificaciones endoscópicas como JNET y en una adecuada estrategia para toma de biopsias basados en los protocolos actualizados de la AMEG, constituye una herramienta fundamental para la detección temprana del cáncer colorrectal de inicio temprano.



Imágenes

Figura 1. Visualización endoscópica con luz blanca que muestra lesión tumoral irregular, friable y de crecimiento circunferencial parcial localizada en colon sigmoide.

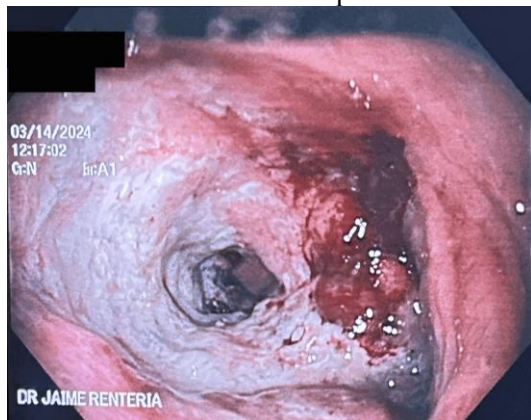


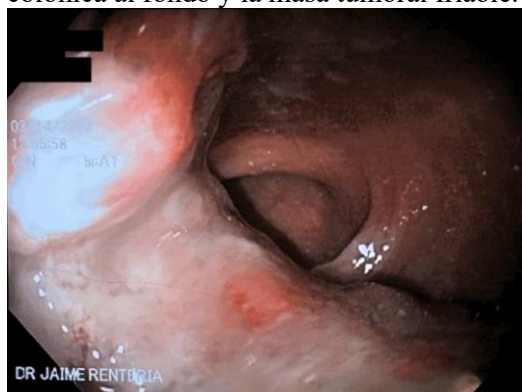
Figura 2. Imagen endoscópica con luz blanca donde se muestra la toma de biopsias dirigidas según los protocolos actuales.



Figura 3. Vista endoscópica donde se aprecia mucosa normal así como pliegues normales y más adelante observamos la estenosis de la luz colónica en sigmoides ocasionada por la masa tumoral.



Figura 4. Una nueva vista endoscópica donde observamos el contraste entre la mucosa normal colónica al fondo y la masa tumoral friable.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) World Health Organization. *WHO classification of tumours: Digestive system tumours*. 5th ed. Lyon: IARC Press; 2020.
- (2) Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, et al. Colorectal cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin*. 2020;70(3):145–164.
- (3) Siegel RL, Torre LA, Soerjomataram I, et al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence in young adults. *Gut*. 2019;68(12):2179–2185.
- (4) Bailey CE, Hu CY, You YN, et al. Increasing disparities in the age-related incidences of colon and rectal cancers. *JAMA Surg*. 2015;150(1):17–22.
- (5) Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(4):250–281.
- (6) Rex DK, Boland CR, Dominitz JA, et al. Colorectal cancer screening: U.S. Multi-Society Task Force. *Gastroenterology*. 2017;153(1):307–323.
- (7) U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer. *JAMA*. 2021;325(19):1965–1977.
- (8) Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, et al. ACG Clinical Guidelines: Colorectal cancer screening 2021. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(3):458–479.
- (9) Brenner H, Stock C, Hoffmeister M. Effect of screening colonoscopy on CRC incidence and mortality. *Gastroenterology*. 2014;146(3):709–717.

- (10) Rex DK, Schoenfeld PS, Cohen J, et al. Quality indicators for colonoscopy. *Gastrointest Endosc.* 2015;81(1):31–53.
- (11) Ladabaum U, Dominitz JA, Kahi C, Schoen RE. Strategies for colorectal cancer screening. *Gastroenterology.* 2020;158(2):418–432.
- (12) Sano Y, Hirata D, Saito Y. Japan NBI Expert Team classification. *Dig Endosc.* 2018;30(4):543–545.
- (13) Matsuda T, Fujii T, Saito Y, et al. Efficacy of invasive pattern diagnosis using NBI. *Gastrointest Endosc.* 2010;72(5):1010–1017.
- (14) Kudo SE, Lambert R, Allen JI, et al. Nonpolypoid neoplastic lesions. *Gastrointest Endosc.* 2008;68(4 Suppl):S3–S47.
- (15) Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, et al. Endoscopic removal of colorectal lesions. *Gastroenterology.* 2020;158(4):1095–1129.
- (16) Tanaka S, Kashida H, Saito Y, et al. JGES guidelines for colorectal ESD/EMR. *Dig Endosc.* 2015;27(4):417–434.
- (17) Gupta S, Lieberman D, Anderson JC, et al. Follow-up after colonoscopy and polypectomy. *Gastroenterology.* 2020;158(4):1131–1153.
- (18) East JE, Atkin WS, Bateman AC, et al. BSG position statement on serrated polyps. *Gut.* 2019;68(7):1181–1196.
- (19) AMEG. Guía de práctica clínica para la detección y manejo endoscópico de lesiones colorrectales. *Endoscopia.* 2021;33(2):54–74.
- (20) Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal. IMSS-145-08; 2010.

