

Cáncer Colorrectal: factores de riesgo, lesiones premalignas y su seguimiento endoscópico

Colorrectal Cancer: risk factors, premalignant lesions and endoscopic follow up

Nicole Chavarría Naranjo

nchavarria.naranjo@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0000-8014-4888>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

Carolina Guevara Camargo

cguevaracamargo2911@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-5865-7085>
Investigador Independiente
Guanacaste – Costa Rica

Priscila Guevara Camargo

camargo9601@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-7312-0209>
Investigador Independiente
Guanacaste – Costa Rica

Javier Ramírez Fonseca

JaviRamiFon@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-5182-3804>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

Diana Sofía Rodríguez Rodríguez

sofirod97@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-5743-8543>
Investigador Independiente
San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5606>

Artículo recibido: 22 de noviembre de 2025.
Aceptado para publicación: 30 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5606>

Cáncer Colorrectal: factores de riesgo, lesiones premalignas y su seguimiento endoscópico

Colorrectal Cancer: risk factors, premalignant lesions and endoscopic follow up

Nicole Chavarría Naranjo

nchavarría.naranjo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-8014-4888>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Carolina Guevara Camargo

cguevaracamargo2911@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-5865-7085>

Investigador Independiente

Guanacaste – Costa Rica

Priscila Guevara Camargo

camargo9601@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-7312-0209>

Investigador Independiente

Guanacaste – Costa Rica

Javier Ramírez Fonseca

JaviRamiFon@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0008-5182-3804>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Diana Sofía Rodríguez Rodríguez

sofirod97@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-5743-8543>

Investigador Independiente

San José – Costa Rica

Artículo recibido: 22 de noviembre de 2025. Aceptado para publicación: 30 de marzo de 2026.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

El cáncer colorrectal (CRR) corresponde a una de las neoplasias con mayor incidencia a nivel global. En los últimos años se ha observado un aumento en su diagnóstico en pacientes jóvenes, particularmente en menores de 45 años. La prevención primaria se basa en la identificación y control de factores de riesgo modificables y no modificables, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, las dietas ricas en carnes rojas y alimentos ultraprocesados, así como la presencia de síndromes genéticos predisponentes. Por su parte, la prevención secundaria se fundamenta en la implementación de métodos de tamizaje, entre los que destacan la prueba de sangre oculta en heces, la prueba inmunoquímica fecal, la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia. Estas herramientas permiten la detección temprana de lesiones premalignas, principalmente pólipos colónicos. Los pólipos colónicos pueden clasificarse macroscópicamente según su tamaño y morfología mediante sistemas como las clasificaciones de París y Kudo, y microscópicamente en adenomas convencionales, lesiones serradas y lesiones hamartomatosas. Entre estas, los adenomas convencionales y los pólipos serrados sésiles poseen mayor relevancia clínica, ya que se estima que


aproximadamente el 70% y el 30% de los cánceres colorrectales se originan a partir de estas lesiones, respectivamente. La adecuada identificación y caracterización de los pólipos permite establecer estrategias de resección y vigilancia endoscópica basadas en guías internacionales, lo que favorece el diagnóstico y tratamiento oportunos, contribuyendo a reducir la progresión hacia carcinoma invasivo y la mortalidad asociada al cáncer colorrectal.

Palabras clave: cáncer colorrectal, tamizaje, pólipos colónicos, seguimiento endoscópico

Abstract

Colorectal cancer is one of the neoplasms with the highest incidence and mortality worldwide. In recent years, there has been an increase in its diagnosis especially among patients under the age of 45. Primary prevention is based on the identification and control of both modifiable and non-modifiable risk factors, including smoking, alcohol consumption, diets rich in red meat and ultra-processed foods, as well as the presence of predisposing genetic syndromes. Secondary prevention relies on the implementation of screening methods such as the fecal occult blood test, fecal immunochemical test, sigmoidoscopy, and colonoscopy. These tools allow for the early detection of premalignant lesions, particularly colorectal polyps. Colorectal polyps can be classified macroscopically according to their size and morphology using systems such as the Paris and Kudo classifications, and microscopically into conventional adenomas, serrated lesions, and hamartomatous lesions. Among these, conventional adenomas and sessile serrated polyps are of greatest clinical relevance, as approximately 70% and 30% of colorectal cancers are estimated to originate from these lesions, respectively. The appropriate identification and characterization of colorectal polyps allow the implementation of resection strategies and endoscopic surveillance based on international guidelines. This approach facilitates early diagnosis and treatment, thereby reducing progression to invasive carcinoma and decreasing colorectal cancer-related mortality.

Keywords: colorectal cancer, screening, colonic polyps, endoscopic follow up

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Chavarría Naranjo, N., Guevara Camargo, C., Guevara Camargo, P., Ramírez Fonseca, J., & Rodríguez Rodríguez, D. S. (2026). Cáncer Colorrectal: factores de riesgo, lesiones premalignas y su seguimiento endoscópico. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 910 – 922. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5606>

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR), según datos de GLOBOCAN, constituye el tercer tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial y la segunda causa de muerte por neoplasia, con aproximadamente 0.9 millones de fallecimientos en el año 2020. Las tasas de mortalidad más elevadas se registran en Europa, Oceanía, Asia, América Latina y Norteamérica (Roshandel et al., 2024).

En los últimos años se ha notado un cambio significativo en el componente epidemiológico de esta malignidad, en donde es más común el diagnóstico de ésta en pacientes menores de 45 años. Dicha presentación se ha llegado a conocer en la literatura como cáncer de colon de aparición temprana y se caracteriza por diagnosticarse en etapas más avanzadas y tener un comportamiento más agresivo (Roshandel et al., 2024; Taghikhan et al., 2025).

Dados estos hallazgos epidemiológicos, resulta fundamental conocer y aplicar adecuadamente las estrategias de prevención primaria y secundaria. La prevención primaria se basa en el conocimiento y control de factores de riesgo asociados con el desarrollo de cáncer de colon. Por otro lado, la prevención secundaria se basa en la implementación de estrategias de tamizaje utilizando pruebas de laboratorio y endoscopia en poblaciones de riesgo; por ejemplo, el uso del análisis de sangre oculta en heces (Test de Guayaco), inmunohistoquímica fecal basada en sangre oculta en heces, sigmoidoscopia y colonoscopia; siendo esta el estándar de oro. Estos mecanismos permiten el reconocimiento temprano, tratamiento y seguimiento adecuado de lesiones premalignas como lo son los pólipos adenomatosos, hiperplásicos y sésiles (Roshandel et al., 2024). Este artículo pretende realizar una revisión bibliográfica actualizada y resumida sobre los factores de riesgo del cáncer colorrectal, sus lesiones premalignas y las recomendaciones de seguimiento endoscópico descritas por guías internacionales.

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una revisión bibliográfica descriptiva de la literatura científica reciente sobre cáncer colorrectal, sus lesiones premalignas y el seguimiento endoscópico recomendado a nivel internacional. Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos electrónicas como PubMed, SciELO, Google Scholar y ScienceDirect, incluyendo artículos publicados entre los años 2021 y 2026 tanto en inglés como en español. Dicha búsqueda se llevó a cabo durante los meses de enero y febrero del 2026 y utilizó como palabras claves cáncer colorrectal, tamizaje, pólipos colónicos, diagnóstico temprano y seguimiento endoscópico. Se incluyeron artículos de revisiones sistemáticas y metaanálisis, y se excluyeron reportes de caso.

DESARROLLO

Cáncer Colorrectal

Epidemiología Cáncer Colorrectal

El cáncer colorrectal representa el tercer tipo de cáncer más común a nivel mundial, después del cáncer de mama y de pulmón. Su incidencia se observa mayormente en los continentes de Europa, Oceanía, Asia, Norteamérica y Latinoamérica, con un incremento reciente en países como Brasil, Costa Rica, Colombia e India. Además, representa la segunda causa de muerte por cáncer a nivel mundial; de acuerdo con datos descritos por la GLOBOCAN y la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer o IARC por sus siglas en inglés. Se estima un número de 953,173 muertes con una tasa de mortalidad de 9.0 por cada 100,000 personas en el año 2020 (Roshandel et al., 2024).

Recientemente, en los últimos años, el perfil demográfico del cáncer colorrectal ha experimentado una transformación notable, en donde se ha demostrado un incremento preocupante en diagnósticos antes

de los 45 años. Esta variante, denominada comúnmente como cáncer de colon de aparición temprana, tiende a manifestarse de forma más agresiva y suele detectarse en estadios clínicos avanzados en comparación con la población mayor; además suele presentarse en pacientes sin antecedentes familiares conocidos ni síndromes hereditarios identificables. De acuerdo con datos registrados por O'Connell entre los años 1973 a 1999 la incidencia en pacientes entre los 20-40 años aumentó un 17% y se espera que para el año 2030 aumente un 49.7%. Además, existen proyecciones sugieren que, si se mantiene dicha tendencia, esta neoplasia podría consolidarse como la principal causa de mortalidad por cáncer a nivel global para el año 2070. (Roshandel et al., 2024; Taghikhan et al., 2025).

Factores de Riesgo

La etiología del cáncer colorrectal es multifactorial, involucrando una compleja interacción entre factores genéticos o no modificables y hábitos de estilo de vida o factores modificables. Dentro de los factores de riesgo modificables se describe principalmente el consumo de alcohol > 50 gramos por día, tabaquismo prolongado (entre mayor sea su duración y su consumo el riesgo aumenta), sedentarismo, dieta alta en carne roja y baja en fibra. La relación de dichos factores con el desarrollo de esta neoplasia se debe a que estas sustancias exponen a la mucosa intestinal a compuestos carcinogénicos como nitrosaminas, aminas heterocíclicas e hidrocarburos policíclicos aromáticos y factores de crecimiento como el IGF-1; los cuales inducen un microambiente proinflamatorio que favorece la proliferación celular desregulada y la carcinogénesis (Roshandel et al., 2024; Taghikhan et al., 2025).

Por otro lado, los factores de riesgo no modificables corresponden a edad, sexo masculino, predisposiciones genéticas (Síndrome de Lynch, Poliposis adenomatosa familiar, Síndrome de Peutz-Jeghers, Síndrome de Li-Fraumeni y Poliposis asociada a MUTYH), antecedentes hereditarios, exposición previa a radiación pélvica y antecedentes personales de enfermedad intestinal inflamatoria, fibrosis quística, colecistectomía, enfermedad arterial coronaria, diabetes e infección por *Helicobacter pylori*. Es importante recalcar que, en el caso de las enfermedades intestinales inflamatorias, la colitis ulcerativa es la que presenta el mayor riesgo de transformación neoplásica; el cual aumenta paralelamente con el porcentaje de mucosa afectado (Roshandel et al., 2024; Taghikhan et al., 2025).

Métodos de tamizaje

El tamizaje para el cáncer colorrectal consiste en la implementación de estudios de gabinete, utilizados principalmente en primer nivel de atención, y endoscópicos; realizados en centros de tercer nivel, más especializados. Estas herramientas se implementan con la finalidad de diagnosticar y tratar la presencia de lesiones premalignas. Los métodos utilizados en la actualidad corresponden a: examen de sangre oculta en heces, inmunohistoquímica fecal, sigmoidoscopia y colonoscopia. La sangre oculta en heces o prueba de guayaco es el método más utilizado en la atención primaria, ya que es más económico y permite tener un resultado de manera más temprana. Sin embargo, presenta sus limitaciones ya que detecta tanto hemoglobina humana como no humana, lo que conlleva a posibles resultados falsos positivos. Los alimentos más relacionados con la presentación de resultados no confiables se encuentran el rabano, los nabos, carne poco cocida, pepinos, coliflor, melón, zanahorias y pepinos. Por otro lado, la inmunohistoquímica fecal basada en sangre oculta es una herramienta que permite la identificación únicamente de hemoglobina humana, por lo cual es mucho más específica como método de tamizaje, sin embargo, es más costosa y por ende menos utilizada en la atención primaria. Por último, los estudios endoscópicos como la sigmoidoscopia y la colonoscopia son los que presentan mayor porcentaje de diagnóstico certero de lesiones premalignas. La colonoscopia continúa siendo el estándar de oro debido a su capacidad diagnóstica y terapéutica ya que permite una visualización directa de las lesiones y su adecuada resección en el momento de identificación (Roshandel et al., 2024; Jacobsson et al., 2024).

De acuerdo con las guías de la Sociedad Americana de Cáncer y El Colegio Americano de Gastroenterología, se recomienda realizar el tamizaje entre los 45 – 75 años en personas con riesgo moderado, con pruebas de guayaco o de inmunohistoquímica fecal anuales, sigmoidoscopia cada 5 años y colonoscopia cada 10 años. Ajustándose esta última de acuerdo con los antecedentes de cada paciente, por ejemplo, en pacientes con historia familiar de cáncer colorrectal se debe realizar cada 5 años y en pacientes con poliposis adenomatosa familiar se recomienda colonoscopia anual a partir de los 10-12 años (Jacobsson et al., 2024).

Pólipos Colónicos

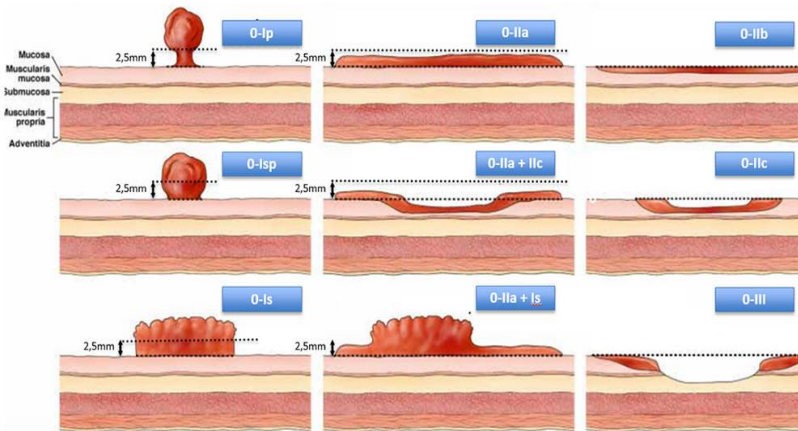
Se define como pólipo colónico toda proliferación de tejido mucoso y/o submucoso que protruye hacia la luz intestinal. Estos tienden a tener una presentación clínica asintomática, lo que conlleva a que exista una discordancia entre los síntomas y progresión de las lesiones. Debido a esto se debe prestar atención a factores de riesgo descritos para la formación de pólipos, los cuales son similares a aquellos para el desarrollo de neoplasia e incluyen: obesidad, tabaquismo, dieta alta en carnes rojas, dieta baja en frutas, verduras o fibra, sedentarismo, entre otros (Bateman, 2025; Maldonado et al., 2023). De acuerdo con estudios recientes, se estima que aproximadamente el 30-40% de la población presenta en algún momento de su vida un pólipo colónico antes de los 60 años de edad; con una prevalencia que aumenta paralelamente con la edad (Arias et al., 2023). Además, en los últimos años se ha documentado un aumento en la presentación de pólipos colónicos en pacientes entre los 40-49 años de edad (Liu et al., 2023).

Clasificación macroscópica

Los pólipos colónicos, se clasifican de acuerdo con su tamaño en lesiones diminutas con un tamaño <5mm, pequeñas con un tamaño entre 6-9mm, medianas entre los 10-19mm, grandes mayor o iguales a 20mm y gigantes a aquellas con un tamaño mayor a los 30mm (Maldonado et al., 2023). Por otro lado, morfológicamente se catalogan utilizando sistemas como la clasificación de París, la de Kudo, la de la Endoscopia colorrectal internacional NBI (NICE) , la japonesa; entre otras, siendo las más utilizadas la de París y la de Kudo. La clasificación de París permite determinar características de la lesión en relación con la mucosa y submucosa clasificando a los pólipos en lesiones pediculadas (0-lp), lesiones subpediculadas (0-lsp) y lesiones sésiles (0-ls). (Figura 1) (John Young et al., 2022).

Figura 1

Clasificación de París para pólipos colónicos



Fuente: Tomado de Clasificación de París, por Endoscopistas Digestivos de Buenos Aires (ENDIBA),s.f., https://endiba.org.ar/app_files/herramientas/clasificaciones/varias_paris.php




Clasificación de Kudo

Esta divide a las lesiones de acuerdo con los patrones encontrados en las criptas o “pitt patterns”, observados por medio de endoscopia con magnificación (Tabla 1). En esta clasificación, las criptas tipo I presentan una morfología redondeada, las tipo II muestran un patrón estrellado o papilar; ambos patrones se asocian con cambios benignos. Las criptas tipo III-s se caracterizan por ser pequeñas, redondeadas y tubulares, mientras que las tipo III-L corresponden a criptas tubulares de mayor tamaño, hallazgos que se relacionan con adenomas tubulares (TA). Por su parte, las criptas tipo IV presentan un patrón ramificado o similar a circunvoluciones, característico de los adenomas tubulovelloso (ATV) y las criptas tipo V son no estructuradas, asociadas con displasia de alto grado (DAG) o carcinoma (John Young et al., 2022).

Tabla 1

Clasificación de Kudo para pólipos colónicos

Clasificación	Esquema
I: criptas redondeadas	
II: criptas estrelladas o papilares	
III-s: criptas tubulares o redondeadas pequeñas	

III-L: criptas tubulares de mayor tamaño	
IV: criptas con patrón ramificado	
V: no estructuradas	

Fuente: Adaptado de: Mathews AA, Draganov PV, Yang D. Endoscopic management of colorectal polyps: From benign to malignant polyps. World J Gastrointest Endosc 2021; 13: 356-370

Clasificación microscópica

Asimismo, se clasifican microscópicamente como lesiones mucosas o submucosas y pólipos neoplásicos (adenomas o carcinomas con displasia) o no neoplásicos. Los pólipos mucosos corresponden a los adenomas convencionales (adenoma tubular, vellosos o tubulovellosos), lesiones serradas (pólipos serrados sésiles o hiperplásicos) y lesiones hamartomatosas como los pólipos juveniles o el síndrome de Peutz-Jeghers. Las lesiones submucosas corresponden a: agregados linfoides, carcinoides, colitis quística profunda, fibroma, tumores estromales (GIST,) hemangiomas, lipomas, neumatosis quística intestinal o metástasis. (Bateman, 2025; Maldonado et al., 2023) Las lesiones adenomatosas convencionales y serradas sésiles representan la mayor importancia clínica, ya que de acuerdo con la secuencia descrita de adenoma a carcinoma el 70% y 30% de las neoplasias colónicas ocurren de estas lesiones respectivamente (Bateman, 2025). Es debido a estos datos epidemiológicos que la presente revisión describe únicamente a estos dos tipos de pólipos.

Adenomas Convencionales

Los adenomas convencionales son lesiones mucosas de características benignas que presentan algún grado de displasia, por lo que son consideradas como lesiones precancerosas. Estas se clasifican de acuerdo con su aspecto macroscópico y microscópico en: adenomas tubulares, vellosos y tubulovellosos. Sin embargo, es importante recalcar que su clasificación histológica depende del patrón predominante, ya que es común encontrar lesiones polipodeas con patrones mixtos, por ejemplo características tubulares y vellosas al mismo tiempo. Los adenomas tubulares presentan un patrón histológico de glándulas ramificadas en patrón cerebriforme y usualmente son de tamaño más pequeño. Los adenomas vellosos tienen glándulas en forma de hojas largas con proyecciones "en forma de dedo", son de tamaño más grande y se encuentran principalmente en el recto. Los adenomas tubulovellosos tienen características histológicas tanto tubulares como vellosas (Bateman, 2025).

Se consideran como lesiones de alto riesgo todos aquellos adenomas que presenten un tamaño mayor o igual a 10mm, con displasia de alto grado en biopsia y patrón histológico vellosos en >25%; estos requieren de un seguimiento a corto plazo. De acuerdo con la literatura e investigaciones recientes, la progresión de adenomas colónicos a cáncer colorrectal se ve influenciada por factores como: obesidad, edad, tabaquismo, diabetes mellitus tipo 2, hiperuricemia y dislipidemia. Por lo que se debe presentar un seguimiento más cercano a pacientes con estos factores de riesgo, con el fin de brindar

un diagnóstico y tratamiento más temprano (Bateman, 2025; Liu et al., 2023; Chenchen Zhan et al., 2023).

Pólipos Serrados

Los pólipos serrados corresponden a aquellas lesiones en mucosa que macroscópicamente presentan morfología de dientes de sierra. Estos se subclasifican en pólipos serrados sésiles, pólipos hiperplásicos y serrados tradicionales (Bateman, 2025).

Pólipos Hiperplásicos

Dentro del espectro de las lesiones serradas, los pólipos hiperplásicos son los más frecuentes y se consideran generalmente benignos, localizándose de forma predominante en el segmento rectal con un tamaño menor a los 5mm. Presentan una histología con criptas alargadas y proliferación celular sin agrupamiento o atipia (Bateman, 2025; Tanaka et al., 2021).

Pólipos serrados sésiles

Por el contrario, estos tipos de pólipos presentan una mayor relevancia clínica ya que son considerados como precursores directos de la carcinogénesis. Macroscópicamente tienen una capa mucosa y morfología similar a la de los pólipos hiperplásicos; sin embargo, su arquitectura microscópica presenta un patrón serrado y proliferación horizontal en las criptas. Se encuentran principalmente en colon derecho con un tamaño menor a 5mm pero con la capacidad de crecer hasta 10mm (Bateman, 2025).

Pólipos serrados tradicionales

Este tipo de pólipo representa un 1% de los pólipos colorrectales, su ubicación es principalmente en colon izquierdo. Macroscópicamente tienen un aspecto lobular y pediculado con apariencia rojiza, microscópicamente presentan eosinofilia citoplasmática, núcleos vesiculares, criptas ectópicas y pequeñas criptas aberrantes (Bateman, 2025; Tanaka et al., 2021).

Síndromes de poliposis gastrointestinal

Poliposis adenomatosa familiar (PAF)

La poliposis adenomatosa familiar es una condición genética con herencia autosómica dominante asociada a mutación en la línea germinal del gen APC; proteína reguladora de homeostasis de células epiteliales. Se caracteriza por la presencia de entre 100 a 1000 pólipos en intestino grueso con un tamaño menor a 1 cm, los cuales aparecen inicialmente durante la adolescencia entre los 10-12 años. En estos casos, se recomienda un seguimiento endoscópico que inicia en la pubertad y se mantiene de manera anual, debido a que este síndrome genético presenta alto riesgo de eventual malignización, siempre acompañado de consejo genético (Bateman, 2025).

Poliposis asociada a MUTYH

Este síndrome de poliposis corresponde a una condición genética autosómica recesiva asociada a mutaciones bi-alélicas en el gen MUTYH, encargado de la reparación de la escisión de bases. Clínicamente se presenta como la presencia de aproximadamente 5-100 adenomas, conocido como poliposis florida. Está asociado con manifestaciones extra colónicas como adenomas duodenales o pólipos fúndicos e hipertrofia congénita del epitelio pigmentado de la retina. En este paciente se recomienda vigilancia endoscopia cada 1-2 años iniciando a los 25 años de edad, debido a su riesgo de malignización. Al igual que en los pacientes portadores de PAF, se recomienda control con consejo genético (Bateman, 2025).

Resección y seguimiento endoscópico

De acuerdo con el "US National Polyp Study", la resección endoscópica de las lesiones premalignas puede prevenir el desarrollo de carcinoma colorrectal en un 76 - 90% con una reducción de hasta 53% en la tasa de mortalidad. En el caso de los adenomas convencionales, se recomienda resección endoscópica para todas las lesiones, principalmente para aquellas con un tamaño mayor o igual a 6mm ya que representan el mayor riesgo neoplásico. Además, la decisión de realizar polipectomía debe tomar en cuenta hallazgos macroscópicos sugestivos de malignidad como lo es: apariencia con extensión lateral significativa, superficie deprimida, patrón irregular, ulceración, apariencia rugosa o elevación sésil o superficie irregular (Tanaka et al., 2021).

Las guías se han basado en considerar factores predisponentes a malignidad, como son el tamaño, la morfología y la ubicación de las lesiones (Ming Ho et al., 2023). Asimismo, han tomado en cuenta factores de riesgo como los antecedentes heredofamiliares, ya que es más común el desarrollo de lesiones precancerosas en pacientes con familiares de primer grado con dichas lesiones antes de los 60 años (Qin Shen et al., 2025).

La vigilancia endoscópica es vital debido al desarrollo lento de estas lesiones, ya que estas pueden durar hasta 10 años en presentar su transformación neoplásica. Un diagnóstico temprano es la clave en prevención secundaria con el fin de evitar la progresión neoplásica disminuyendo así su incidencia y mortalidad (Adán et al., 2024). Se han descrito distintos métodos de control, como lo son las pruebas de sangre oculta en heces, la inmunohistoquímica fecal, colonografía por tomografía computarizada o la sigmoidoscopia. Sin embargo, cada uno de estos representa ciertas limitaciones por lo que el estándar de oro continúa siendo la colonoscopia, que permite una visualización completa de la mucosa colónica y rectal. Actualmente existen métodos endoscópicos como la cromoendoscopia de ácido acético que permiten una determinación del tipo histológico del pólipo (Maldonado et al., 2023).

Existen diferentes guías internacionales que establecen las recomendaciones para el seguimiento endoscópico de los pólipos colónicos posterior a la polipectomía, dentro de las guías de mayor relevancia se encuentran las descritas por la Sociedad Española de Gastroenterología (AEG), Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE), Sociedad Británica de Gastroenterología (BSG) y el Grupo de Trabajo Multisociedad (US-MSTF) de la Sociedad Americana de Gastroenterología, el Colegio Americano de Gastroenterología y la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal. Dichas guías dividen la presencia de lesiones colónicas en aquellas que no ameritan vigilancia endoscópica y aquellas que sí lo ameritan (Adán et al., 2024).

Lesiones que no ameritan seguimiento endoscópico

Estas corresponden a lesiones que presentan bajo riesgo neoplásico, y su seguimiento endoscópico es el mismo que en pacientes con colonoscopias previas sin hallazgos significativos, estudios endoscópicos cada 10 años y pruebas de sangre oculta en heces anuales. Dentro de estas lesiones se encuentran los adenomas no avanzados, los cuales son aquellos que miden menos de 1 cm y presentan displasia de bajo grado. Asimismo, se encuentran las lesiones serradas no avanzadas, caracterizadas por ser lesiones menores de 10mm, sin displasia o lesiones hiperplásicas (Adán et al., 2024).

Lesiones que ameritan seguimiento endoscópico

Estas son lesiones que tienen un mayor riesgo de progresión hacia carcinoma colorrectal, por lo que ameritan protocolos de seguimiento endoscópico más seguidos. Los adenomas avanzados corresponden a este grupo y son todas aquellas lesiones con un tamaño mayor o igual a 10mm o que presentan displasia de alto grado y de acuerdo con las guías británicas y europeas se puede incluir en

este grupo a los adenomas con un componente histológico vellosos mayor o igual al 20%. Además, se recomienda seguimiento seguido, de acuerdo con las guías españolas, europeas y británicas, en aquellos pacientes en los que se documentan 3 o más pólipos adenomatosos. En el caso de las lesiones serradas, se consideran avanzadas todas aquellas que presentan un tamaño mayor o igual a 10mm con displasia avanzada (Liu et al., 2023; Adán et al., 2024; Parker et al., 2023).

Intervalos de seguimiento

Para definir los intervalos adecuados de tiempo para el seguimiento endoscópico, la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal y la Organización Mundial de Endoscopia recomiendan que se cuente con una colonoscopia completa con adecuada preparación y con resección completa de las lesiones preneoplásicas encontradas, a excepción de pólipos hiperplásicos <5mm en recto. Para esto, se define como adecuada una colonoscopia que cumple con una escala de Boston mayor o igual a 6 y escala de Ottawa menor o igual a 7 (Adán et al., 2024).

De forma resumida, de acuerdo con la mayoría de las guías internacionales, la primera colonoscopia posterior a una polipectomía debe realizarse en un intervalo de 3 años. Posterior a esto el seguimiento varía dependiendo de las guías, por ejemplo, las de la sociedad española y europea recomiendan que si en la siguiente endoscopia no hay hallazgos significativos se puede ampliar el tiempo de control a cada 5 años mientras que si se documenta algún tipo de lesión se mantiene con endoscopias cada 3 años. En el caso de las guías británicas y americanas, estas si recomiendan seguimientos de acuerdo con los hallazgos de las colonoscopias más recientes. Las tablas 2 y 3 representan de forma resumida y esquemática los intervalos adecuados de vigilancia de acuerdo con los hallazgos colonoscópicos (Adán et al., 2024; Tanaka et al., 2021; Parker et al., 2023).

En escenarios de alta complejidad, como lo son síndromes genéticos, pólipos grandes (tamaño >20mm) y más de 10 pólipos en un paciente. Para el caso de los síndromes de poliposis gastrointestinal, se recomienda consejo genético a todos los pacientes con 10 o más adenomas en colonoscopia control. Por otro lado, en pacientes con pólipos con un tamaño mayor a los 20mm en donde no se haya logrado una resección completa, las guías recomiendan un seguimiento más estricto en un plazo de 2 a 6 meses; dado su alto riesgo de recurrencia. Y por último, en pacientes con presencia de más de 10 pólipos se recomienda una vigilancia endoscópica en un plazo no mayor a un año (Adán et al., 2024).

Por último, al igual que en el tamizaje de cáncer colorrectal, las guías recomiendan terminar el seguimiento endoscópico en pacientes de 75 años o más o en aquellos con una expectativa de vida menor a 10 años (Adán et al., 2024; Parker et al., 2023).

Tabla 2

Intervalos de vigilancia para adenomas de acuerdo con guías internacionales

Características	AEG	ESGE	BSG	US-MSTF
1-2 tubulares con DBG <10mm	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	7-10 años
3-4 tubulares con DBG <10mm	3 años	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	3-5 años
5-10 tubulares con DBG <10mm	3 años	3 años	3 años	3 años
Adenoma vellosos	3 años	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	3 años
Adenoma con DAG	3 años	3 años	3 años	3 años
≥ 10 adenomas	Alto riesgo	Consejo genético	Consejo genético	Anual

Adenomas \geq 20mm con resección parcial	6 meses	3-6 meses	2-6 meses	6 meses
--	---------	-----------	-----------	---------

Nota: *AEG: Sociedad Española de Gastroenterología; ESGE: Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal; BSG: Sociedad Británica de Gastroenterología; US-MSTF: Grupo de Trabajo Multisociedad de la Sociedad Americana de Gastroenterología. DBG: Displasia Bajo Grado; DAG: Displasia Alto Grado.

Fuente: elaboración propia.

Tabla 3

Intervalos de vigilancia para pólipos serrados de acuerdo con guías internacionales

Características	AEG	ESGE	BSG	US-MSTF
<5 hiperplásicos <10mm distales	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	10 años
>5 hiperplásicos <10mm distales	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	3 años	10 años
1-2 sp <10mm	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	5-10 años
3-4 sp <10mm	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	Tamizaje de población general	3-5 años
SP \geq 10mm	3 años	3 años	3 años	3 años
SP con displasia	3 años	3 años	3 años	3 años
TSA	-----	3 años	3 años	3 años

Nota: *AEG: Sociedad Española de Gastroenterología; ESGE: Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal; BSG: Sociedad Británica de Gastroenterología; US-MSTF: Grupo de Trabajo Multisociedad de la Sociedad Americana de Gastroenterología. SP: Pólipo serrado sésil; TSA: Pólipo serrado tradicional.

Fuente: elaboración propia.

CONCLUSIONES

El cáncer colorrectal (CCR) es una patología que suele presentar un curso clínico insidioso, lo que favorece su diagnóstico en estadios avanzados y contribuye a una elevada carga de morbimortalidad. En los últimos años se ha observado un cambio en su comportamiento epidemiológico, con un incremento en la incidencia en población más joven, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana. El reconocimiento oportuno de los factores de riesgo y las lesiones premalignas constituye un elemento fundamental para la prevención de esta enfermedad, al permitir detección y resección temprana de pólipos con potencial maligno. Esto principalmente utilizando métodos de tamizaje adecuados, siempre considerando a la colonoscopia como el estándar de oro en donde una correcta caracterización endoscópica utilizando clasificaciones como la de Paris, Kudo o NICE, permiten una mejor estratificación del riesgo. El seguimiento endoscópico basado en guías internacionales representa una herramienta clave para reducir la progresión hacia cáncer invasivo, disminuir la mortalidad, mejorando asimismo resultados clínicos y calidad de vida en los pacientes. Asimismo, es una estrategia fundamental en la salud pública para la reducción de la carga global del cáncer colorrectal.

REFERENCIAS

- Adán Merino, L., Mora Soler, A. M., & Ponferrada Díaz, Á. (2024). Surveillance recommendations after endoscopic resection of colorectal polyps. *Medicina Clínica (English Edition)*, 163(3), 143–148. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2024.03.008>
- Bateman, A. C. (2023). Pathology of colorectal polyps and cancer. *Surgery*, 41(1), 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2022.10.011>
- Ho, Y. M., Merollini, K. M. D., & Gordon, L. G. (2024). Frequency of colorectal surveillance colonoscopies for adenomatous polyps: systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 39(1), 37–46. <https://doi.org/10.1111/jgh.16397>
- Jacobsson, M., Wagner, V., & Kanneganti, S. (2024). Screening for colorectal cancer. *The Surgical Clinics of North America*, 104(3), 595–607. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2023.11.009>
- Liu, L., Nagel, R., Verma, S., & Pinidiyapathirage, J. (2024). Colorectal polyps in young adults: a retrospective review of colonoscopy data from Toowoomba and the Darling Downs. *Internal Medicine Journal*, 54(9), 1471–1477. <https://doi.org/10.1111/imj.16420>
- Parker, J., Gupta, S., Torkington, J., & Dolwani, S. (2023). Comparison of recommendations for surveillance of advanced colorectal polyps: A systematic review of guidelines. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 38(6), 854–864. <https://doi.org/10.1111/jgh.16157>
- Roshandel, G., Ghasemi-Kebria, F., & Malekzadeh, R. (2024). Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and prevention. *Cancers*, 16(8), 1530. <https://doi.org/10.3390/cancers16081530>
- Sánchez, G. A., Quintanilla, R. A. B., Leyva, L. M., Cicard, A. Y., & Pupo, W. S. (2023). Resección endoscópica de lesiones adenomatosas del colon. *Revista cubana de medicina militar*, 52(2), e02302292–e02302292. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2292>
- Shen, Y. Q., Di, M. Y., Deng, Y. F., Xu, M. Q., & Xue, Z. Y. (2025). Profile of colorectal polyps in young patients: A retrospective study. *Medicine*, 104(20), e42475. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000042475>
- Taghikhan, Y., & Flynn, S. (2025). Epidemiology, molecular biology, and genetics of sporadic young onset colorectal cancer. *Seminars in Colon & Rectal Surgery*, 101122, 101122. <https://doi.org/10.1016/j.scrs.2025.101122>
- Tanaka, S., Saitoh, Y., Matsuda, T., Igarashi, M., Matsumoto, T., Iwao, Y., Suzuki, Y., Nozaki, R., Sugai, T., Oka, S., Itabashi, M., Sugihara, K.-I., Tsuruta, O., Hirata, I., Nishida, H., Miwa, H., Enomoto, N., Shimosegawa, T., & Koike, K. (2021). Evidence-based clinical practice guidelines for management of colorectal polyps. *Journal of Gastroenterology*, 56(4), 323–335. <https://doi.org/10.1007/s00535-021-01776-1>
- Vista de Manejo diagnóstico y terapéutico del pólipo de colon. (s/f). *Ciencialatina.org*. Recuperado el 7 de marzo de 2026, de <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4779/7230>
- Young, E. J., Rajandran, A., Philpott, H. L., Sathananthan, D., Hoile, S. F., & Singh, R. (2022). Mucosal imaging in colon polyps: New advances and what the future may hold. *World Journal of Gastroenterology*, 28(47), 6632–6661. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i47.6632>

Zhang, C., Wang, Y., Zhu, K., Wang, X., Yu, W., & Li, S. (2023). Predictors for colorectal polyps in an asymptomatic population undergoing medical check-ups. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 33(2), 108–114. <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000001152>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](#) 