

Cáncer colorrectal de inicio temprano: características epidemiológicas, clínicas y análisis de sobrevida en una cohorte hospitalaria

Rubén Balmaceda^{1,2}  · Tomás Valentín D'Angelo²  · Martín Máximo López²  · Martín Galvarini¹  · Leonardo Affronti^{1,2}  · Javier Kerman¹ 

¹Servicio de Cirugía General, Sanatorio Argentino.

²Sección de Coloproctología, Hospital Guillermo Rawson. Provincia de San Juan. Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2026;56(2):216-225

Recibido: 20/03/2026 / Aceptado: 08/06/2026 / Publicado online: 30/06/2026 / <https://doi.org/10.52787/agl.v56i2.622>

Resumen

Introducción. El cáncer colorrectal en adultos menores de 50 años, o cáncer colorrectal de inicio temprano, ha mostrado un aumento progresivo en su incidencia a nivel mundial. Este grupo etario habitualmente es excluido de los programas de tamizaje. **Objetivos.** Describir las características epidemiológicas, clínicas y los resultados de sobrevida de pacientes con cáncer colorrectal de inicio temprano atendidos en un centro de referencia. **Materiales y métodos.** Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes de hasta 49 años con diagnóstico histológico de adenocarcinoma colorrectal atendidos entre 2015 y 2024. Se analizaron variables clínicas, localización tumoral, estadio TNM y supervivencia. **Resultados.** Se incluyeron 56 pacientes, con mediana de edad de 42 años (RIC 13,3). La

localización más frecuente fue colon derecho (32,1%). El 57% presentó enfermedad en estadio avanzado y 33,9% metástasis al diagnóstico. La mediana de sobrevida global fue de 78 meses, con una sobrevida a 5 años de 59,3%. La presencia de metástasis al diagnóstico se asoció de manera independiente con peor sobrevida (HR 2,38; IC 95% 1,08 – 5,26; $p = 0,031$), y la edad menor de 40 años mostró una tendencia a peor pronóstico (HR 2,17; IC 95% 0,95 – 5,00; $p = 0,065$). **Conclusión.** Si bien el colon derecho fue la localización individual más frecuente, no se observó un predominio claro de ninguna localización tumoral. La cohorte se caracterizó por una elevada proporción de enfermedad avanzada al diagnóstico y una supervivencia global menor que la reportada en otras series. La enfermedad metastásica fue el principal determinante de la sobrevida, y los pacientes menores de 40 años mostraron una tendencia a peor evolución.

Palabras claves. Cáncer colorrectal de inicio temprano, sobrevida global, metástasis, adultos jóvenes, factores pronósticos.

Correspondencia: Rubén Balmaceda
Correo electrónico: rubenbalmaceda1@gmail.com

Early-onset Colorectal Cancer: Epidemiological and Clinical Characteristics and Survival Analysis in a Hospital Cohort

Summary

Introduction. Colorectal cancer in adults under 50 years of age, known as early-onset colorectal cancer, has shown a progressive increase in incidence worldwide. This age group is usually excluded from screening programs. **Objectives.** To describe the epidemiological and clinical characteristics and survival outcomes of patients with early-onset colorectal cancer treated at a referral center. **Materials and methods.** A retrospective cohort study that included patients up to 49 years of age with a histological diagnosis of colorectal adenocarcinoma treated between 2015 and 2024. Clinical variables, tumor location, TNM stage, and survival were analyzed. **Results.** A total of 56 patients were included, with a median age of 42 years (IQR 13.3). The most frequent tumor location was the right colon (32.1%). Fifty-seven percent had advanced-stage disease and 33.9% had metastases at diagnosis. The median overall survival was 78 months, with a 5-year survival rate of 59.3%. The presence of metastases at diagnosis was independently associated with poorer survival (HR 2.38; 95% CI 1.08–5.26; $p = 0.031$), and age under 40 years showed a trend toward poorer prognosis (HR 2.17; 95% CI 0.95–5.00; $p = 0.065$). **Conclusion.** Although the right colon was the most common individual site, no clear predominance of any tumor site was observed. The cohort was characterized by a high proportion of advanced disease at diagnosis and an overall survival rate lower than that reported in other series. Metastatic disease was the main determinant of survival, and patients younger than 40 years of age tended to have a poorer prognosis.

Keywords. Early-onset colorectal cancer, overall survival, metastasis, young adults, prognostic factors.

Abreviaturas

CCR: Cáncer colorrectal.

CCR-IT: Cáncer colorrectal de inicio temprano.

HR: Hazard ratio.

RIC: Rango intercuartílico.

SG: Sobrevida global.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) constituye el segundo tumor maligno más frecuente y la segunda causa de mortalidad por cáncer en Argentina.¹ Tradicionalmen-

te, la mayor carga de enfermedad se ha encontrado en individuos mayores de 50 años, lo que justifica su inclusión en los programas de tamizaje. En los países desarrollados se ha observado una disminución en la incidencia de CCR de 0,92% anual desde 1975 hasta 2010 como consecuencia de los programas de prevención y detección precoz.^{2,3}

En contraste, se ha documentado un incremento progresivo en la incidencia de cáncer colorrectal en personas menores de 50 años, entidad conocida como cáncer colorrectal de inicio temprano (CCR-IT), grupo etario que habitualmente queda excluido de los programas de tamizaje.^{4,5} Se cree que, en 2030, 1 de cada 10 cánceres de colon y 1 de cada 4 cánceres de recto serán diagnosticados en este grupo de pacientes.³

Se reconoce que individuos con síndrome de Lynch o poliposis adenomatosa familiar presentan un riesgo mayor de CCR a edades tempranas, pero estos síndromes hereditarios representan solo entre el 3% y el 6% de todos los casos de CCR.⁶ La mayoría de los casos de CCR-IT son esporádicos, por lo que se considera que factores relacionados con el estilo de vida, como obesidad, sedentarismo, dieta y exposición a antibióticos, podrían desempeñar un papel relevante en su desarrollo.^{2,6,7}

El CCR-IT suele diagnosticarse en estadios más avanzados, probablemente como resultado de una combinación entre características biológicas potencialmente más agresivas y un menor nivel de sospecha clínica, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud.⁴ Esto repercute negativamente en la sobrevida de estos adultos jóvenes y podría traducirse en una mayor carga de años potenciales de vida perdidos.

Si bien existen estudios nacionales sobre CCR-IT, resulta de particular interés caracterizar su comportamiento a nivel provincial. Diversos factores genéticos, ambientales y socioeconómicos pueden influir en la incidencia, presentación clínica y pronóstico de esta enfermedad, por lo que la extrapolación de datos internacionales o nacionales puede no reflejar adecuadamente la realidad epidemiológica y asistencial local.

El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas y los resultados de sobrevida de pacientes con CCR-IT atendidos en un centro de referencia.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal de

inicio temprano, definido como diagnóstico de CCR antes de los 50 años, atendidos en un hospital de referencia regional del interior de Argentina, entre los años 2015 y 2024.

Los datos clínicos, anatomopatológicos y evolutivos fueron obtenidos a partir de la revisión de historias clínicas y registros institucionales. Se incluyeron pacientes con confirmación anatomopatológica de adenocarcinoma colorrectal. Se excluyeron pacientes con histología diferente a adenocarcinoma, incluyendo tumores neuroendócrinos o carcinomas escamosos. Se registraron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (forma de presentación, localización tumoral), anatomopatológicas (grado histológico, estadio tumoral, clasificación TNM) y evolutivas. Las formas de presentación clínica fueron agrupadas según el signo o síntoma predominante al momento del diagnóstico. Los pacientes asintomáticos realizaron colonoscopia por antecedentes familiares de cáncer colorrectal. La categoría “perforación” correspondió a pacientes que se presentaron con abdomen agudo secundario a una perforación tumoral espontánea.

Los datos de seguimiento se obtuvieron de forma indirecta basados en los registros institucionales. Los eventos se definieron como la ausencia de consultas posteriores al último contacto o fallecimiento. La sobrevida global se definió como el tiempo transcurrido entre la fecha del diagnóstico anatomopatológico y la fecha de la última consulta de seguimiento o fallecimiento, expresado en meses. Los pacientes vivos al cierre del seguimiento fueron considerados censurados. La pérdida de seguimiento fue interpretada como posible evento en contexto clínico de enfermedad avanzada.

Las variables continuas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las asociaciones entre variables clínicas y anatomopatológicas se evaluaron mediante prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher, según correspondiera. Se realizó un análisis univariado exploratorio incluyendo todas las variables independientes recolectadas. Las variables con asociación estadísticamente significativa o relevancia clínica fueron posteriormente consideradas para el análisis multivariado. Se realizó además un análisis exploratorio utilizando 40 años como punto de corte etario, de acuerdo con publicaciones previas.

La sobrevida global se estimó mediante el método de Kaplan–Meier y las diferencias entre grupos se evaluaron con la prueba de *log-rank*. Se construyó un

modelo de regresión de Cox multivariado para identificar factores asociados a sobrevida, expresando los resultados como *hazard ratio* (HR) con intervalos de confianza del 95%. Para el modelo multivariado se incluyeron variables clínicamente relevantes y aquellas asociadas a sobrevida en el análisis univariado, limitando el número de covariables (máximo una variable cada 10 eventos), para evitar sobreajuste debido al tamaño muestral. La proporcionalidad de riesgos fue evaluada mediante la inspección visual de las curvas de Kaplan–Meier. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el software Jamovi versión 2.6.45.0 (*The jamovi project*, Sydney, Australia).

El estudio fue realizado de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y aprobado por el comité de ética institucional. Debido al carácter retrospectivo y observacional del estudio y al uso de datos anonimizados, se eximió el requerimiento de consentimiento informado individual.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes con tumores colorrectales con edad menor a 50 años atendidos entre 2015 y 2024 en un centro de derivación provincial. Se excluyeron cuatro casos por histología diferente a adenocarcinoma (3 tumores neuroendócrinos y 1 carcinoma escamoso de ano), quedando 56 pacientes para el análisis final. La mediana de edad al diagnóstico fue de 42 años (RIC 13,3), con predominio del sexo masculino (57,1%). Las características clínicas y anatomopatológicas de la muestra se presentan en la Tabla 1.

La forma de presentación clínica más frecuente fue enterorragia en 16 pacientes (28,6%), seguida de dolor abdominal y oclusión o suboclusión intestinal, ambos reportados en 7 pacientes (12,5%). Once pacientes (19,6%) se encontraban asintomáticos al momento del diagnóstico. La distribución del sitio tumoral fue similar entre colon derecho (32,1%), recto (30,4%) y colon sigmoides (26,8%), siendo el colon derecho la localización individual más frecuente. La mayoría de los tumores fueron grado histológico 2 ($n = 44$, 78,6%), con predominio de enfermedad localmente avanzada (T3 – T4 83,9%) y compromiso ganglionar en 60,7% de los pacientes. La presencia de metástasis al diagnóstico se observó en 33,9% de los casos. La distribución anual de casos mostró variabilidad durante el periodo de estudio, sin evidenciar una tendencia temporal definida.

Tabla 1. Características generales de la cohorte

Variable	Total (n = 56)
Edad, mediana (RIC)	42,0 (13,3)
Grupos de edad	
10 – 19 años	3 (5,4%)
20 – 29 años	9 (16,1%)
30 – 39 años	12 (21,4%)
40 – 49 años	32 (57,1%)
Sexo	
Masculino	32 (57,1%)
Femenino	24 (42,9%)
Clínica	
Sangrado	16 (28,6%)
Oclusión	7 (12,5%)
Dolor abdominal	7 (12,5%)
Anemia	10 (17,9%)
Cambio de hábito	4 (7,1%)
Perforación	1 (1,8%)
Asintomático	11 (19,6%)
Urgencia	
Sí	8 (14,3%)
No	48 (85,7%)
	Sitio tumoral
Derecho	18 (32,1%)
Transverso	1 (1,8%)
Izquierdo	5 (8,9%)
Sigmoides	15 (26,8%)
Recto	17 (30,4%)
	Grado histológico
Grado 1	6 (10,7%)
Grado 2	44 (78,6%)
Grado 3	6 (10,7%)
T	
T1	3 (5,4%)
T2	6 (10,7%)
T3	33 (58,9%)
T4	14 (25,0%)
N	
N0	22 (39,3%)
N1	21 (37,5%)
N2	12 (21,4%)
N3	1 (1,8%)
Metástasis	19 (33,9%)

RIC: rango intercuartílico.

Las mujeres presentaron metástasis al momento del diagnóstico con mayor frecuencia que los hombres (41,7% vs. 28,1%; $p = 0,292$). Los pacientes menores de 40 años mostraron una mayor proporción de tumores localmente avanzados (T3–T4) en comparación con aquellos de 40 años o más (100% vs. 79,5% $p = 0,092$). Asimismo, se observó una mayor frecuencia de compromiso ganglionar (66,7% vs. 59,1%; $p = 0,632$) y una menor proporción de enfermedad metastásica (25,0% vs. 36,4%; $p = 0,462$) en los menores de 40 años. Ninguna de estas relaciones fue estadísticamente significativa.

En relación con la presentación clínica, los pacientes que consultaron por sangrado digestivo, anemia o fueron diagnosticados de manera asintomática presentaron una menor frecuencia global de enfermedad metastásica al diagnóstico en comparación con el resto de las formas de presentación (27% vs. 47,4%), sin evidenciar asociación estadísticamente significativa en el análisis por categorías clínicas ($p = 0,632$). Según la localización tumoral, los tumores de colon izquierdo y sigmoides mostraron tendencia a una mayor frecuencia de enfermedad metastásica (80,0% y 46,7%, respectivamente) en comparación con el resto de las localizaciones, sin alcanzar significación estadística ($p = 0,062$). En los restantes análisis bivariados no se observaron asociaciones significativas entre sexo, edad, forma de presentación clínica y localización tumoral con las variables clínicas evaluadas (Tabla 2).

La mediana de seguimiento de toda la cohorte fue de 42 meses. Durante el periodo de observación se registraron 27 eventos (48,2%). La mediana de sobrevida global fue de 78 meses (IC 95% 54 – no alcanzado). La sobrevida estimada a 1, 3 y 5 años fue de 76,8%, 64,0% y 59,3%, respectivamente (Figura 1).

Los pacientes menores de 40 años mostraron tendencia a peor sobrevida, aunque sin alcanzar significación estadística (HR 1,96; IC 95% 0,87 – 4,35; $p = 0,107$) (Figura 2A). La presencia de metástasis al diagnóstico se asoció con menor sobrevida global de manera estadísticamente significativa en el análisis univariado (HR 2,17; IC 95% 1,00 – 4,76; $p = 0,049$) (Figura 2B). Algunas formas de presentación clínica, particularmente el cambio de hábito evacuatorio y la perforación tumoral, mostraron asociaciones exploratorias con la sobrevida, aunque basadas en un número reducido de casos y con intervalos de confianza amplios (Tabla 3). No se observaron diferencias significativas en sobrevida según sexo, localización tumoral, grado de invasión local o positividad ganglionar.

Tabla 2. Análisis bivariados. Los valores se expresan como n/N (%). Los valores de p corresponden a prueba de chi cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera

Variable	Nivel	n	T3-T4	p	N positivos	p	Metástasis	p
Sexo	Femenino	24	19/24 (79,2%)	0,402	13/24 (54,2%)	0,382	10/24 (41,7%)	0,292
	Masculino	32	28/32 (87,5%)	-	21/32 (65,6%)	-	9/32 (28,1%)	-
Edad	≥ 40 años	44	35/44 (79,5%)	0,092	26/44 (59,1%)	0,632	16/44 (36,4%)	0,462
	< 40 años	12	12/12 (100,0%)	-	8/12 (66,7%)	-	3/12 (25,0%)	-
Clínica	Asintomático	11	10/11 (90,9%)	0,522	6/11 (54,5%)	0,302	4/11 (36,4%)	0,632
	Sangrado	16	11/16 (68,8%)	-	9/16 (56,3%)	-	4/16 (25,0%)	-
	Anemia	10	9/10 (90,0%)	-	5/10 (50,0%)	-	2/10 (20,0%)	-
	Cambio de hábito	4	3/4 (75,0%)	-	3/4 (75,0%)	-	2/4 (50,0%)	-
	Dolor abdominal	7	6/7 (85,7%)	-	7/7 (100,0%)	-	4/7 (57,1%)	-
	Perforación	1	1/1 (100,0%)	-	0/1 (0,0%)	-	0/1 (0,0%)	-
	Abdomen agudo	7	7/7 (100,0%)	-	4/7 (57,1%)	-	3/7 (42,9%)	-
	Sitio	Derecho	18	14/18 (77,8%)	0,902	11/18 (61,1%)	0,272	3/18 (16,7%)
Transverso	1	1/1 (100,0%)	-	0/1 (0,0%)	-	0/1 (0,0%)	-	
Izquierdo	5	4/5 (80,0%)	-	5/5 (100,0%)	-	4/5 (80,0%)	-	
Sigmoides	15	13/15 (86,7%)	-	8/15 (53,3%)	-	7/15 (46,7%)	-	
Recto	17	15/17 (88,2%)	-	10/17 (58,8%)	-	5/17 (29,4%)	-	
Urgencia	Sí	8	8/8 (100,0%)	0,182	4/8 (50,0%)	0,502	3/8 (37,5%)	0,822
	No	48	39/48 (81,3%)	-	30/48 (62,5%)	-	16/48 (33,3%)	-

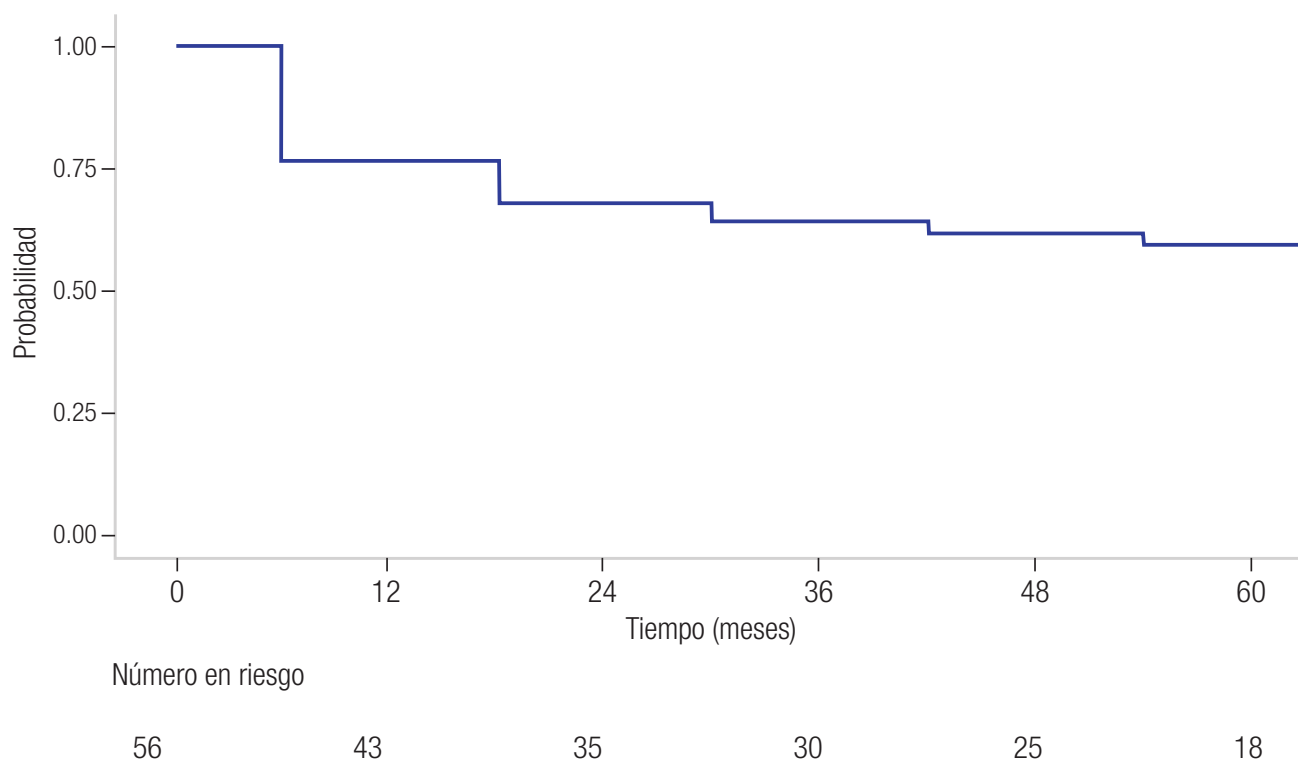
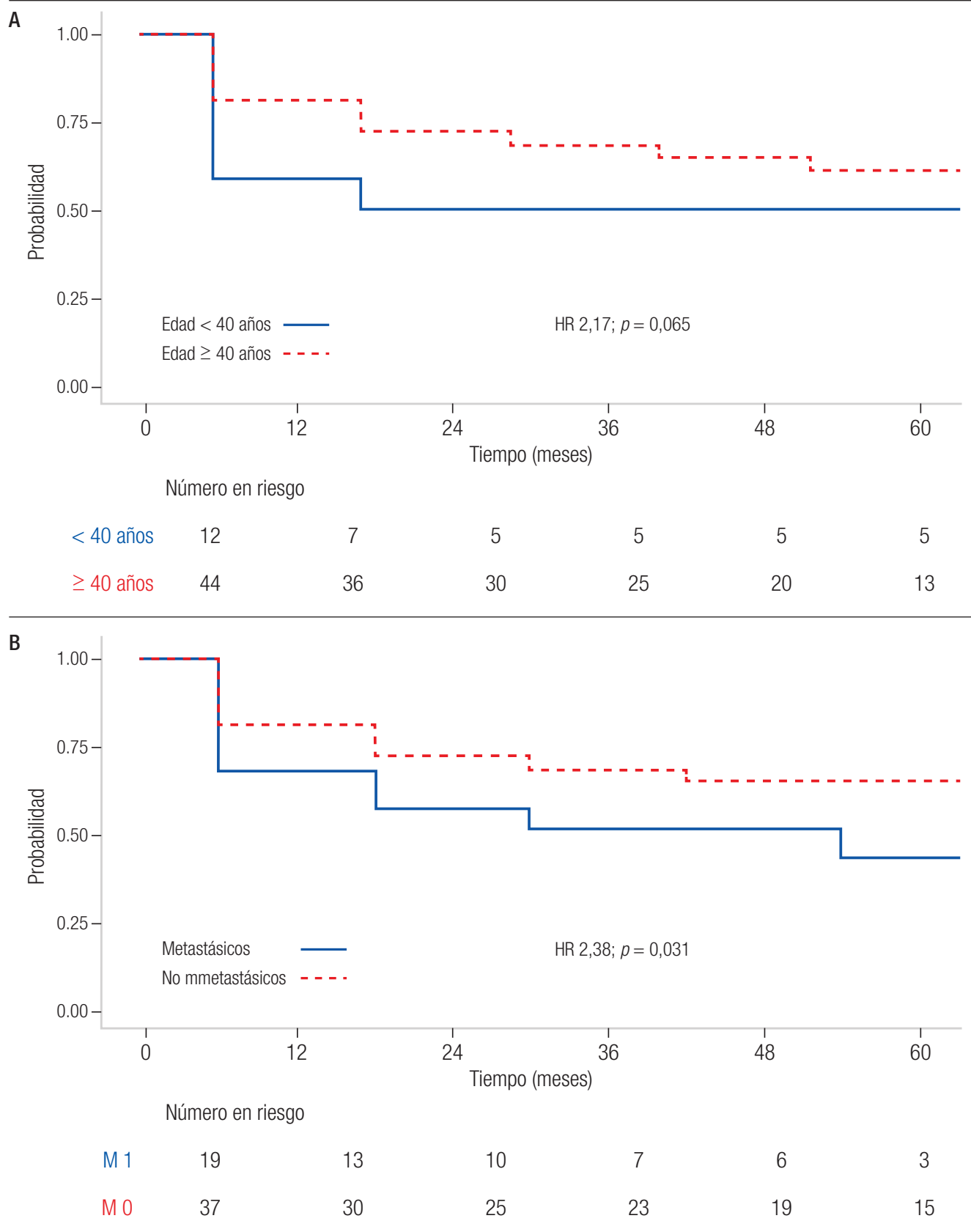
Figura 1. Curva de Kaplan-Meier de sobrevida global en pacientes con cáncer colorrectal de inicio temprano

Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier de sobrevida según variables específicas



A: Comparación según grupo de edad. B: Comparación según presencia de metástasis al diagnóstico. HR: Hazard ratio multivariado.

Para el análisis multivariado de regresión de Cox se utilizaron dos variables: la presencia de metástasis y la edad menor a 40 años. La presencia de metástasis al diagnóstico se mantuvo asociada de manera independiente con peor sobrevida global (HR 2,38; IC 95%

1,08 – 5,26; $p = 0,031$). La edad menor a 40 años mostró una asociación limítrofe con peor pronóstico, sin alcanzar significación estadística (HR 2,17; IC 95% 0,95 – 5,00; $p = 0,065$). Los resultados más relevantes del análisis de sobrevida se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3. Análisis univariado y multivariado de sobrevida

Variable	Nivel	Mediana SG (meses)	HR univariado	IC 95%	p	HR multivariado	IC 95%	p
Global		78		54,0 - NA				
Edad < 40	Sí	42	1,96	0,87 - 4,35	0,107	2,17	0,95 - 5,00	0,065
	No	90						
Metástasis	Sí	54	2,17	1,00 - 4,76	0,049	2,38	1,08 - 5,26	0,031
	No	102						
N positivos	Sí	66	1,51	0,68 - 3,38	0,312			
	No	102						
T3 - T4	Sí	66	2,11	0,63 - 7,05	0,225			
	No	NA						
Cambio de hábito evacuatorio*	Sí	12	8,33	1,54 - 14,28	0,006			
	No	90						
Perforación*	Sí	6	8,33	1,03 - 50,00	0,047			
	No	78						

SG: sobrevida global; HR: hazard ratio; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NA: no alcanzado. *: Estimaciones exploratorias debido al bajo número de casos.

Discusión

En esta cohorte retrospectiva de pacientes con cáncer colorrectal de inicio temprano, se observó una elevada proporción de enfermedad localmente avanzada y metastásica al momento del diagnóstico, con una mediana de sobrevida global de 78 meses y sobrevida a 5 años de 59,3%. La presencia de metástasis al diagnóstico fue un factor asociado de manera independiente con peor sobrevida, y la edad menor de 40 años mostró una tendencia a peor pronóstico sin alcanzar significación estadística.

Clínicamente la mayoría de los pacientes en nuestro estudio se presentó con sangrado rectal, en un 28% de los casos. Lo mismo ha sido señalado en otras publicaciones, donde sugieren que entre el 70 y el 95% de los pacientes con CCR-IT presentaron previamente síntomas considerados de alarma, como sangrado rectal, dolor abdominal, cambio de hábito evacuatorio o anemia.⁸ El 19,6% de los pacientes incluidos en nuestra cohorte no presentaron síntomas atribuibles a cáncer colorrectal al momento del diagnóstico. En estos casos, la indicación de colonoscopia se debió principalmente

a antecedentes familiares de cáncer colorrectal. El hallazgo de una proporción no menor de pacientes asintomáticos sugiere que una reducción en la edad de inicio del tamizaje podría beneficiar también a adultos jóvenes sin síntomas atribuibles a cáncer colorrectal. En nuestra serie los pacientes con sangrado digestivo tuvieron menor frecuencia de enfermedad metastásica, aunque sin significación estadística. Este hallazgo sugiere que el sangrado macroscópico podría representar un signo de presentación relativamente precoz.

El 57% de los pacientes en nuestro estudio se presentó en un estadio avanzado, ya sea por positividad ganglionar o presencia de metástasis a distancia (estadios III y IV). Hallazgos similares fueron reportados por otras publicaciones, donde esa proporción alcanzó hasta el 75% de los pacientes con CCR-IT.⁹ La presencia de metástasis al diagnóstico ha sido reportada con mayor frecuencia en los pacientes menores a 50 años en varias series, con incidencias de 27% vs. 14% en controles mayores.¹⁰ En nuestra serie más de un tercio de los pacientes se presentaron con enfermedad metastásica. En un estudio multicéntrico que incluyó 224 pacientes me-

nores de 45 años, el 61% de los pacientes jóvenes presentaban metástasis al momento del diagnóstico, contra 45% de los controles.¹¹ En el ámbito nacional se ha reportado una tasa de metástasis en CCR-IT que duplica a la de los controles mayores (18,8% vs. 8%), aunque la proporción es menor que en nuestra serie (33,9%).¹² La baja tasa de metástasis en CCR-IT reportada en el estudio multicéntrico argentino puede deberse a que la base de datos incluyó solamente pacientes quirúrgicos. La elevada incidencia de metástasis al diagnóstico en pacientes con cáncer colorrectal menores a 50 años podría explicarse por retardo diagnóstico, biología tumoral más agresiva o ambos mecanismos combinados.¹⁰

En cuanto a la localización de los tumores, la mayoría de las series describen que el recto y el colon sigmoides son los segmentos más frecuentemente afectados. Varios autores han reportado que hasta el 80% de los pacientes presentó tumores ya sea en el colon sigmoides o en el recto.^{10,13} Tal es así que se ha recomendado tamizaje con sigmoidoscopia a pacientes menores de 50 años.¹³ En un estudio multicéntrico reciente de alcance nacional, más del 64% de los pacientes presentaron tumores de recto o sigmoides.¹² A diferencia de la mayoría de las series publicadas, el colon derecho constituyó la localización individual más frecuente en nuestra cohorte; sin embargo, las diferencias respecto del recto y colon sigmoides fueron pequeñas y no permiten establecer un predominio claro de localización. Esto probablemente pueda atribuirse a la inclusión de pacientes con síndromes hereditarios, donde los tumores proximales son más frecuentes.¹⁰ Los antecedentes familiares y características genéticas no fueron analizados en el presente estudio porque esos datos no estaban disponibles en los registros hospitalarios. En nuestra cohorte los sujetos que presentaron tumores de colon izquierdo o sigmoides tuvieron un aumento en la proporción de enfermedad metastásica comparado con otras localizaciones, de forma no significativa, sugiriendo el concepto de que los tumores esporádicos son diagnosticados más tardíamente y tienen peor pronóstico que los tumores hereditarios.¹⁴

El análisis de los subgrupos de edad, comparando menores y mayores de 40 años es frecuente en la bibliografía, y es de importancia ya que 2/3 de los CCR-IT aparecen entre los 40 y 49 años.^{12,15} En nuestra serie el 57% de los pacientes tuvo más de 40 años. La caracterización de estos grupos podría justificar la ampliación de los rangos habituales de tamizaje. Algunos estudios que hicieron esta comparación hallaron una mayor proporción de tumores derechos en el grupo más joven

(30% vs. 28%), y de izquierdos en los mayores (33% vs. 31%).¹⁵ En dichas series, los pacientes menores de 40 años tuvieron también una mayor frecuencia de presentación en estadios III y IV. En nuestra serie los pacientes menores de 40 tuvieron mayor frecuencia de tumores localmente avanzados y positividad ganglionar, aunque sin significación estadística. La serie argentina mencionada previamente reportó resultados diferentes, con una mayor tasa de invasión nodal y metástasis a distancia en los pacientes entre 40 y 49 años.¹²

La sobrevida a 3 años de nuestra cohorte fue del 64%, menor a la publicada por otras series, donde fue cercana al 80%.¹⁶ Los datos de sobrevida de los pacientes con CCR-IT disponibles en las publicaciones son heterogéneos. Por un lado existen estudios que muestran que estos pacientes podrían tener mejor sobrevida que los pacientes mayores de 50 años,¹⁵ otros establecen que la sobrevida por estadio es similar entre ambos grupos¹⁷ y, por último, algunos autores hallaron un peor pronóstico en los pacientes más jóvenes, lo cual es atribuido al hallazgo de peores características histológicas.¹⁸ Una causa probable de esta disparidad puede ser la inclusión en los estudios de pacientes portadores de síndromes genéticos, que suelen tener mejor pronóstico que los pacientes con tumores esporádicos.¹⁰ Posiblemente los pacientes jóvenes con estadios tempranos logren mejor sobrevida que los pacientes mayores, debido a un mejor estado de salud general que les permite tolerar linfadenectomías más extendidas, tengan menor morbilidad perioperatoria y sean más propensos a recibir tratamientos quimiorradioterápicos más agresivos.^{15,19,20} Entre los pacientes con estadios más avanzados la sobrevida es similar o incluso peor en los pacientes jóvenes.²¹

Un hallazgo esperable de este estudio fue la asociación independiente entre enfermedad metastásica y disminución de la sobrevida, lo cual ha sido descrito en múltiples publicaciones.^{4,8,19} También se observó una tendencia a una menor sobrevida en el grupo de pacientes menores de 40 años, sin significación estadística posiblemente debido al bajo número muestral. En un estudio mencionado previamente, realizado sobre la base de datos estadounidense SEER, también observaron que la edad menor a 40 años fue un factor independiente de empeoramiento de la sobrevida.¹⁵ La causa de este fenómeno se ha atribuido a una biología tumoral más agresiva, más que a retardo diagnóstico o enfermedad más avanzada.²²

Este estudio presenta algunas limitaciones dada su naturaleza retrospectiva y su limitado tamaño muestral. Vale la pena recalcar que la obtención de los datos de

seguimiento fue indirecta, pudiendo haber existido pérdidas de seguimiento clasificadas erróneamente como eventos. Otra debilidad es la ausencia de datos familiares, genéticos y moleculares, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de los individuos en nuestra cohorte presentaron localización en colon derecho. Estos datos permitirían estratificar de manera más precisa los factores que afectan la sobrevida.

Este estudio es, a nuestro conocimiento, la primera serie de CRC-IT reportada en el interior de Argentina, y también uno de los pocos análisis de sobrevida a nivel nacional.

En conclusión, el colon derecho constituyó la localización individual más frecuente en esta cohorte, aunque sin un predominio marcado respecto de otras localizaciones colorrectales. La cohorte se caracterizó por una elevada proporción de casos con enfermedad avanzada al momento del diagnóstico, con una sobrevida global estimada a 5 años de 59,3%. A diferencia de las series nacionales, los pacientes menores de 40 años se encontraban en estadios más avanzados. La presencia de metástasis al diagnóstico fue asociada de manera independiente con peor sobrevida, y la edad menor de 40 años mostró una tendencia a peor pronóstico. Son necesarios estudios prospectivos y poblacionales que comparen pacientes menores y mayores de 50 años, con el objetivo de optimizar estrategias diagnósticas y definir subgrupos de riesgo en adultos jóvenes.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2026 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución

y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Balmaceda R, D'Angelo T V, López M M y col. Cáncer colorrectal de inicio temprano: características epidemiológicas, clínicas y análisis de sobrevida en una cohorte hospitalaria. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2026;56(2):216-225. <https://doi.org/10.52787/agl.v56i2.622>

Referencias

1. Amarillo H. Epidemiología del cáncer del colon. *Rev Argent Coloproctol* 2024;35:12-16.
2. Siegel RL, Jakubowski CD, Fedewa SA, Davis A, Azad NS. Colorectal Cancer in the Young: Epidemiology, Prevention, Management. *Am Soc Clin Oncol Educ Book Am Soc Clin Oncol Annu Meet* 2020;40:1-14.
3. Bailey CE, C-Y Hu, You YN, Bednarski BK, Rodriguez-Bigas MA, Skibber JM, *et al.* Increasing disparities in the age-related incidences of colon and rectal cancers in the United States, 1975-2010. *JAMA Surg* 2015;150:17-22.
4. Carbone F, Spinelli A, Ciardiello D, Realis Luc M, de Pascale S, Bertani E, *et al.* Prognosis of early-onset versus late-onset sporadic colorectal cancer: Systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer* 2025;215:115172.
5. Sinicrope FA. Increasing Incidence of Early-Onset Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2022;386:1547-1558.
6. Ugai T, Haruki K, Harrison TA, Cao Y, Qu C, Chan AT, *et al.* Molecular Characteristics of Early-Onset Colorectal Cancer According to Detailed Anatomical Locations: Comparison With Later-Onset Cases. *Am J Gastroenterol* 2023;118:712-726.
7. Chan AT, Giovannucci EL, Meyerhardt JA, Schernhammer ES, Curhan GC, Fuchs CS. Long-term use of aspirin and nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of colorectal cancer. *JAMA* 2005;294:914-923.
8. Burnett-Hartman AN, Lee JL, Demb J, Gupta S. An Update on the Epidemiology, Molecular Characterization, Diagnosis, and Screening Strategies for Early-Onset Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2021;160:1041-1049.
9. Yantiss RK, Goodarzi M, Zhou XK, Rennert H, Pirog EC, Banner BF, *et al.* Clinical, pathologic, and molecular features of early-onset colorectal carcinoma. *Am J Surg Pathol* 2009;33:572-582.
10. Chang DT, Pai RK, Rybicki LA, Dimaio MA, Limaye M, Jayachandran P, *et al.* Clinicopathologic and molecular features of sporadic early-onset colorectal adenocarcinoma: an adenocarcinoma with frequent signet ring cell differentiation, rectal and sigmoid involvement, and adverse morphologic features. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc* 2012;25:1128-1139.
11. Rho YS, Gilbert M, Polom K, Aladashvili A, Kopeckova K, Megdanova V, *et al.* Comparing Clinical Characteristics and Outcomes of Young-onset and Late-onset Colorectal Cancer: An International Collaborative Study. *Clin Colorectal Cancer* 2017;16:334-342.

12. Campana JP, Cifone T, Salazar EG, Rossi G, Mentz R, Vaccaro C, *et al.* Early-onset colorectal cancer in Argentina: a multicenter surgical analysis of incidence, stage, and metastatic patterns. *Lancet Reg Health - Am* 2026;56:1-12.
13. Segev L, Kalady MF, Church JM. Left-Sided Dominance of Early-Onset Colorectal Cancers: A Rationale for Screening Flexible Sigmoidoscopy in the Young. *Dis Colon Rectum* 2018;61: 897-902.
14. Perea J, Cano JM, Rueda D, García JL, Inglada L, Osorio I, *et al.* Classifying early-onset colorectal cancer according to tumor location: new potential subcategories to explore. *Am J Cancer Res* 2015;5: 2308-2313.
15. Wang R, Wang M-J, Ping J. Clinicopathological Features and Survival Outcomes of Colorectal Cancer in Young Versus Elderly: A Population-Based Cohort Study of SEER 9 Registries Data (1988-2011). *Medicine (Baltimore)* 2015;94:e1402.
16. Martínez-Perez D, Viñal D, Peña López J, Jiménez Bou D, Ruiz-Gutierrez I, Martínez-Recio S, *et al.* Clinico-Pathological Features, Outcomes and Impacts of COVID-19 Pandemic on Patients with Early-Onset Colorectal Cancer: A Single-Institution Experience. *Cancers* 2023;15:4242.
17. Goldvaser H, Purim O, Kundel Y, Shepshelovich D, Shochat T, Shemesh-Bar L, *et al.* Colorectal cancer in young patients: is it a distinct clinical entity? *Int J Clin Oncol* 2016;21:684-695.
18. D'Onofrio GM, Tan EG. Is colorectal carcinoma in the young a more deadly disease? *Aust N Z J Surg* 1985;55:537-540.
19. Akimoto N, Ugai T, R Zhong, T Hamada, K Fujiyoshi, M Giannakis, *et al.* Rising incidence of early-onset colorectal cancer - a call to action. *Nat Rev Clin Oncol* 2021;18:230-243.
20. Blanke CD, Bot MD, Thomas DM, Bleyer A, Kohne C-H, Seymour MT, *et al.* Impact of young age on treatment efficacy and safety in advanced colorectal cancer: a pooled analysis of patients from nine first-line phase III chemotherapy trials. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2011;29:2781-2786.
21. Saraiva MR, Rosa I, Claro I. Early-onset colorectal cancer: A review of current knowledge. *World J Gastroenterol* 2023;29: 1289-1303.
22. Taylor MC, Pounder D, Ali-Ridha NH, Bodurtha A, MacMullin EC. Prognostic factors in colorectal carcinoma of young adults. *Can J Surg J Can Chir* 1988;31:150-153.