Rev. Cir. 2026;78(1):
DOI: http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920260012779

ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización y rendimiento diagnóstico de colonoscopías realizadas en pacientes menores de 45 años

Valentina Castillo-Warken[1], Carol Escalona-Boada[1], Eduardo Mordojovich-Zuñiga[1], Manuel Lizana-Corvera[1], Mónica Martínez-Mardones[1], Gonzalo Campaña-Villegas[1,2]

Characterization and diagnostic yield of colonoscopies performed in patients under 45 years of age.

Objective: To characterize the indications and findings of colonoscopies performed in individuals under 45 to evaluate diagnostic yield. **Materials and Methods:** Analytical cross-sectional study of 1000 patients ≤ 45 years who underwent colonoscopy (2022–2024, Clínica INDISA). Inadequate preparations were excluded. Patients with and without significant findings (polyps > 1 cm, high grade dysplasia, colorectal cancer (CRC), etc.) were compared using logistic regression. **Results:** A total of 5.9% presented significant findings, the most frequent being polyps ≥ 1 cm (50.8%) and ≥ 3 adenomas (23.7%). Colorectal cancer was diagnosed in 0.5% of cases. Bleeding was the most common indication. The group with significant findings were older and had a higher proportion of males (p = 0.0203 and p = 0.0263, respectively). Logistic regression showed a significant association with a history of polyps (OR: 6.62; p < 0.001). **Discussion:** Colonoscopy in young adults shows low diagnostic yield, especially in nonspecific indications. These findings support a more selective approach to patient referral. **Conclusion:** Colonoscopy is safe in young adults but its utility should be optimized by prioritizing high-risk cases.
Keywords: colonoscopy; colorectal cancer; screening; adenomatous polyps; young adults.

Resumen

Objetivo: Caracterizar las indicaciones y hallazgos de las colonoscopías realizadas en menores de 45 años para evaluar su rendimiento diagnóstico. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal analítico de 1.000 pacientes de ≤ 45 años sometidos a colonoscopía entre 2022 y 2024 en Clínica INDISA. Se excluyeron estudios con preparación inadecuada. Se compararon grupos con y sin hallazgos significativos (pólipos > 1 cm, displasia de alto grado, cáncer colorrectal (CCR), etc.) mediante regresión logística. **Resultados:** El 5,9% presentó hallazgos significativos, siendo los más frecuentes pólipos ≥ 1 cm (50,8%) y ≥ 3 adenomas (23,7%). El 0,5% tuvo diagnóstico de CCR. El sangrado fue la indicación más común. El grupo con lesiones tuvo mayor edad y sexo masculino en mayor proporción (p = 0,0203 y p = 0,0263). La regresión logística mostró asociación significativa con antecedente de pólipos (OR: 6,62; p < 0,001). **Discusión:** La colonoscopía en jóvenes tiene bajo rendimiento diagnóstico, especialmente en indicaciones inespecíficas. Los hallazgos refuerzan la necesidad de una mejor selección de pacientes y uso racional del examen. **Conclusión:** La colonoscopía es segura en población joven, pero su utilidad debe ser optimizada priorizando pacientes con mayor riesgo.
Palabras clave: colonoscopía; cáncer colorrectal; tamizaje; pólipos adenomatosos; jóvenes.

[1]Universidad Andrés Bello, Clínica INDISA.

Recibido el 2025-06-29 y aceptado para publicación el 2025-08-12

Correspondencia a:
Dra. Valentina Castillo Warnken
vcastillo@miuandes.cl

E-ISSN 2452-4549

CC BY

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) ha mostrado en las últimas décadas una preocupante tendencia al alza en su incidencia en adultos jóvenes, un grupo tradicionalmente excluido de los programas de tamizaje. A pesar de ello, las principales guías internacionales, como las de la *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE), no diferencian de manera explícita las indicaciones de colonoscopía según rangos etarios y ha cuestionado la utilidad de indicar este examen invasivo en menores de 40 años argumentando su bajo rendimiento en esta población. Se ha reportado que la prevalencia de pólipos adenomatosos en pacientes jóvenes oscila entre el 9% y el 17%, lo que plantea interrogantes sobre la real necesidad y costo-efectividad de la colonoscopía en este grupo etario[1].

En paralelo, la creciente preocupación por el aumento del CCR en menores de 50 años ha motivado que algunas organizaciones comiencen a recomendar la disminución de la edad de inicio del tamizaje a los 45 años. Sin embargo, aún persisten interrogantes en la caracterización de los hallazgos colonoscópicos en poblaciones menores de esa edad, así como en la identificación de los síntomas o antecedentes que realmente predicen la presencia de lesiones clínicamente relevantes.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar las indicaciones y hallazgos de las colonoscopías realizadas en pacientes menores de 45 años en un centro privado en Chile, con el fin de determinar la proporción de estudios que aportan hallazgos clínicamente significativos y contribuir así a optimizar las estrategias de selección de pacientes en este rango etario.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal analítico incluyendo a los últimos 1.000 pacientes de 45 años o menos que hayan sido sometidos a colonoscopía entre los años 2022 y 2024 en Clínica INDISA y que cumplieron con los criterios de inclusión propuestos: colonoscopía completa, preparación adecuada (Boston 7 o más) y ficha clínica completa en la institución. Todas las colonoscopías fueron realizadas por el mismo equipo el cual se encuentra constituido por 14 endoscopistas (10 gastroenterólogos y 4 cirujanos). Los hallazgos significativos (HS) fueron definidos de la misma forma que una publicación previa de esta institución: pólipos de más de 1 cm, adenoma velloso, displasia de alto grado (DAG), 3 o más pólipos adenomatosos, tumores de extensión lateral (LST) y neoplasia maligna[2]. Además, se analizó la presencia de diverticulosis, que no siendo hallazgo significativo, nos parece relevante describir. Se buscó clasificar y analizar los hallazgos colonoscópicos según los síntomas que motivaron la indicación médica de este examen.

Además, se realizó un análisis comparativo entre dos grupos distinguiendo aquellos pacientes en los cuales se encontraron HS (Grupo 1) y aquellos que no presentaron (Grupo 2). Asimismo se buscó la presencia de complicaciones (perforación y sangrado) que requirieran rehospitalizaciones o reintervenciones.

Para el procesamiento y análisis de datos se realizó un análisis descriptivo y luego se utilizaron *test* paramétricos y de regresión logística con el *software* STATA 18. Se definió una significancia estadística un p *value* de 0,05. Desde el punto de vista ético, el estudio fue revisado y aceptado por el Comité Ético Científico de Clínica INDISA. Se implementó un protocolo de anonimización para garantizar la protección de datos sensibles.

Resultados

Se incluyeron un total de 1.000 pacientes, 59,4% mujeres y 40,6% hombres, con edad promedio de 37 años y un rango entre 18 y 45 años (Tabla 1).

En el análisis de las indicaciones generales para la realización de colonoscopía, los principales motivos fueron sangrado (16,3%), diarrea (12,9%), sospecha enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (12,1%), dolor abdominal (9,8%), *screening* CCR (7,6%), seguimiento de pólipos (5,6%) y constipación (3,1%). Otras causas menos frecuentes fueron seguimiento posterior a diverticulitis aguda, endometriosis, proctalgia, estudio de anemia, entre otras. Tabla 2

Se identificaron alteraciones relevantes en 45 pacientes con un total de 59 lesiones significativas. De estas, el 50,8% correspondió a pólipos mayores de 1 cm, el 23,7% a la presencia de tres o más adenomas y el 8,5% a LST. La presencia de DAG y adenoma velloso fueron las lesiones menos frecuentes. En 5 pacientes se confirmó el diagnóstico de CCR mediante biopsia. De la totalidad de colonoscopías sólo en el 9,5% se reportó la presencia de divertículos (Tabla 1).

Al enfocar el análisis en aquellos pacientes en quienes se detectaron lesiones significativas, se observó que el 31% de las colonoscopías fueron solicitadas por sangrado y el 22% correspondían a

Tabla 1. Características demográficas y principales hallazgos colonoscópicos

	n	%
Edad (media, rango)	37 (18-45)	
Sexo		
Femenino	590	59,4
Masculino	403	40,6
Hallazgos significativos	59	5,9
Pólipo > 1 cm	30	50,8
3 o más adenomas	14	23,7
LST	5	8,5
DAG	4	6,8
Adenoma Velloso	1	1,7
Adenocarcinoma	5	8,5
Diverticulosis	95	9,5

Tabla 2. Indicaciones de colonoscopías por síntoma

	N	%
Sangrado	163	16,3
Diarrea	129	12,9
EII	122	12,2
Dolor abdominal	98	9,8
Screening CCR	76	7,6
Seguimiento pólipo	56	5,6
Constipación	31	3,1
Diverticulitis previa	30	3
Anemia	27	2,7
Proctalgia	23	2,3
Seguimiento CCR	11	1,1
Otros*	234	23,4

*Otras indicaciones tales como colitis, sospecha de enfermedad celiaca, endometriosis, patología perianal, megacolon etc.

controles de seguimiento por antecedentes de pólipos previos (Figura 1).

En los cinco pacientes diagnosticados con CCR, la colonoscopía en cuatro de ellos fue indicada por sangrado y en un caso como *screening* en contexto de antecedente familiar de primer grado sin síntomas asociados. No se registraron lesiones significativas ni evidencias de CCR en pacientes cuya indicación fue el seguimiento por diverticulitis previa.

Al realizar el análisis comparativo entre los dos grupos, encontramos diferencias significativas en la edad (media años 39 *vs* 37; p = 0,0203; IC 95%: -4,55 a -0,38) y sexo (tasa de mujeres 39,9% *vs* 57,5%; p = 0,0263; IC 95%: -0,05 a -0,002). Al aplicar un modelo de regresión logística para evaluar la asociación entre las indicaciones y la presencia de hallazgos colonoscópicos significativos, se observó una relación estadísticamente significativa con el antecedente de pólipos previos (OR: 6,62; p < 0,001). El resto de las indicaciones no tuvieron diferencia significativa (Tabla 3).

No se reportaron complicaciones ni rehospitalizaciones en los 1.000 pacientes analizados.

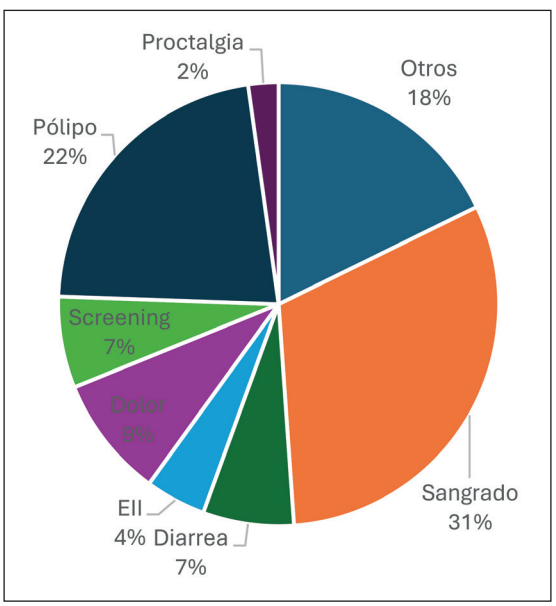


Figura 1. Indicaciones de colonoscopía en pacientes con lesión significativa.

Discusión

La colonoscopía es un procedimiento endoscópico con fines diagnósticos y terapéuticos. Su máxima utilidad está dada por los hallazgos significativos posibles de encontrar, tales como pólipos, CCR, EII, hemorragia digestiva baja (HDB), entre otras. Con respecto al CCR, este examen ha demostrado ser un pilar fundamental en el diagnóstico preventivo de adenomas y lesiones premalignas, etapas precoces de lesiones malignas, toma de muestra para estudio histopatológico y seguimiento posterior a tratamientos definitivos. No obstante, los estudios endoscópicos son aún un recurso limitado en nuestro país

Tabla 3. Análisis estadístico por grupos

	Grupo 1	Grupo 2	p value	OR (IC 95%)	p value
N	40	960			
Edad	39	37	0,0203		
Sexo femenino	39,9	57,5	0,0263		
Indicaciones					
Sangrado	14	149	0,128	1,76 (0,84-3,67)	0,15
Diarrea	3	126	0,467	0,54 (0,16-1,77)	0,27
EII	2	120	0,217	0,37 (0,09-1,56)	0,12
Dolor abdominal	4	94	1	1,02 (0,09-1,56)	0,97
Screening CCR	3	73	0,57	0,63 (0,43-1,98)	0,53
Seguimiento pólipo	10	46	0	6,62 (3,05-14,37)	0
Constipación	0	31	0,631	-	-
Diverticulitis previa	0	30	0,626	-	-
Anemia	0	27	0,622	-	-
Proctalgia	1	22	0,613	0,37 (0,14-8,32)	0,18
Seguimiento CCR	0	11	1	-	-

asociado a grandes listas de espera sobre todo en el área de salud pública. A esto se le suman los costos implicados, el *disconfort* de la preparación y la morbilidad asociada que rodea el 0,1% con tasas que se duplican cuando se asocian procedimientos como las polipectomías[3]. Es por ello que es trascendente analizar los hallazgos colonoscópicos en menores de 45 años para poder determinar las indicaciones más importantes que nos permitan justificar la solicitud del procedimiento.

Este estudio constituye el primer análisis nacional que caracteriza en profundidad las indicaciones y hallazgos colonoscópicos en pacientes menores de 45 años, un grupo cada vez más relevante en la epidemiología del CCR. Además, se basa en una cohorte amplia lo que le otorga mayor validez posicionándolo como un aporte necesario para recomendar estrategias de uso racional de la colonoscopía en pacientes jóvenes en nuestro contexto sanitario.

La colonoscopía es un examen invasivo, aunque factible y seguro de realizar en población joven, no encontrando ninguna complicación reportada en nuestras mil colonoscopías realizadas. Una proporción considerable de las colonoscopías en esta cohorte fueron indicadas por la presencia de síntomas digestivos, principalmente sangrado, diarrea y sospecha de EII, reflejando que, en este grupo etario, la indicación de tamizaje en pacientes asintomáticos continúa siendo limitada, representando solo un 7,6% de los estudios realizados. Cabe señalar que, en nuestra serie, el 100% de las colonoscopías solicitadas con indicación de tamizaje se realizaron en pacientes de 43 años o más.

Identificamos hallazgos significativos en el 4,5% de los pacientes. Al comparar esta cifra con los resultados de un estudio transversal publicado en 2022 en el mismo centro, se observa una frecuencia mayor de hallazgos en pacientes adultos mayores, con tasas de 2,1% en el grupo de 70 a 79 años y de 30,9% en aquellos mayores de 89 años[2]. Esta comparación refuerza la evidencia de que la frecuencia de lesiones significativas en pacientes jóvenes es considerablemente baja, lo que se traduce en un rendimiento diagnóstico limitado.

La prevalencia de CCR en la población estudiada fue de un 0,5%. De estos 5 pacientes, 4 fueron estudiados en contexto de sangrado. Esto es concordante con lo expuesto por la *American Society for Gastrointestinal* Endoscopy (ASGE) que, en un intento de una mejor selección, han definido ciertos grupos de pacientes a los cuales se justifica la realización de este examen[1]. Algunas de las mencionadas son: hematoquecia no explicada, *test* de hemorragia oculta en deposiciones (THOD) positivo, anemia, melena con endoscopía digestiva alta negativa o como *screening* para CCR[1]. Inclusive, se menciona que indicaciones tales como el dolor abdominal crónico y la diarrea aguda no estarían justificadas como síntomas únicos para su uso. En ese sentido creemos que si además se incorporaran sistemáticamente

los Criterios de Roma IV, asociados al diagnóstico de colopatía funcional, se permitiría una mejor selección de los pacientes ya que el rendimiento de la colonoscopia como examen inicial es muy bajo, reduciendo la sobre indicación y optimizando el recurso en la población joven[4]. A pesar de esto, existen algunos estudios que han mostrado colonoscopías con sobre indicación en un 25% de los pacientes, principalmente en relación con seguimientos mal indicados posteriores a una polipectomía, o síntomas como constipación o tenesmo[5].

Asimismo, en 2020 *Lu et al,* realizaron un estudio que buscaba evaluar el rendimiento de la colonoscopia en paciente menores de 40 años. El estudio muestra que efectivamente, el 73% de las colonoscopías se informaron como normales y el rendimiento colonoscópico fue mayor al de nuestra serie con un 15%: 4% de adenomas avanzados o CRC, EII en un 10% y 2% colitis microscópica. Se evidenció además un rendimiento de 22% cuando se indica por HDB en comparación con un 10% cuando se solicita por otros síntomas como diarrea y dolor abdominal. En el análisis multivariado, sólo la HDB y diarrea resultaron predictores de hallazgos positivos colonoscópicos[6]. En nuestro estudio este resultado se asemeja considerando que el 31% de los HS fueron reportados en colonoscopías indicadas por sangrado.

Como contraparte, se reconoce que el hallazgo de la presencia de pólipos adenomatosos es relevante puesto que aumentaría el riesgo individual de desarrollar CCR a futuro[7]. A esto se le suma el incremento de la incidencia de CCR en menores de 50 años los últimos años, con estadísticas que informan un aumento en un 22% desde el año 2000 lo que explica por qué algunos clínicos se inclinan a estimar que la colonoscopía sí estaría justificada en población joven. Esta línea de pensamiento ha permitido que instituciones como el *American Cancer Society* y la *US Preventive Services Task Force* entre otros, sugieran disminuir la edad de *screening* a 45 años[8–10]. En nuestra serie, vemos que el 50,8% de las lesiones significativas correspondieron a pólipos de más de 1 cm y el 23,7% a la presencia de 3 o más adenomas. La identificación de ellos es tremendamente relevante por el riesgo de desarrollar lesiones malignas a futuro. Incluso al realizar la regresión logística se evidencia que la mayor probabilidad de encontrar lesiones significativas con un OR de 6,62 estaría dado en contexto de seguimiento por lesiones polipoides. En cuanto a la edad, se mantiene la diferencia estadística que muestra que a mayor edad es más probable el hallazgo de este tipo de lesiones.

Otra indicación de colonoscopías en jóvenes y que se repite en la literatura, es el seguimiento en contexto de diverticulitis aguda, una importante causa de consulta en urgencia e ingreso hospitalario en esta población. Si bien en Chile se reporta una prevalencia de diverticulosis en aproximadamente un 30% de la población general por diagnóstico imagenológico, la prevalencia en jóvenes es desconocida[11]. En esta serie, se observó una tasa de diverticulosis en el 9,5% de los pacientes.

La indicación de colonoscopía post diverticulitis se debe principalmente a la necesidad de excluir diagnósticos diferenciales que muchas veces pueden simular esta patología, como lo son la EII, infecciones gastrointestinales y el CCR. A través de los años y con la publicación de resultados en la literatura, esta indicación ha comenzado a cuestionarse. Actualmente, por el bajo riesgo de presentar estas enfermedades, se recomienda realizar una colonoscopía de rutina sólo en casos de diverticulitis complicadas[12]. Con el objetivo de determinar la relación entre los cuadros de diverticulitis con la presencia de CCR se han llevado a cabo varias investigaciones. Una revisión sistemática del 2014 describe una prevalencia de CCR de 1,16% para diverticulitis no complicada[13], mientras que otros trabajos contrastan con prevalencias de hasta 11,4% en pacientes con diverticulitis complicadas con abscesos[14]. En nuestra serie, 3% de las colonoscopías fueron realizadas por diverticulitis (38,5% de ellas en contexto de diverticulitis complicada) y en ningún caso se reportaron HS. Esto apoyaría las recomendaciones actuales que sugieren reservar este examen para casos complicados o con factores de riesgo adicionales. Para ello, el uso complementario de herramientas no invasivas puede ser de gran utilidad. Marcadores como la calprotectina fecal permiten discriminar entre enfermedades inflamatorias orgánicas y trastornos funcionales, reduciendo la necesidad de estudios endoscópicos en casos de bajo riesgo[15]. Asimismo el THOD ha demostrado un buen rendimiento como herramienta de tamizaje inicial, incluso en poblaciones más jóvenes cuando existen síntomas de alarma[16]. La incorporación sistemática de estas pruebas en la evaluación inicial de pacientes con síntomas digestivos contribuiría a racionalizar el uso de la colonoscopía, priorizando su realización en aquellos casos con mayor probabilidad de presentar hallazgos clínicamente relevantes.

Si bien este estudio confirma que el rendimiento diagnóstico en población joven es bajo, presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, se trata de una cohorte proveniente de un único centro privado de salud, lo que podría limitar la

generalización de los hallazgos a otros contextos asistenciales. Asimismo, la naturaleza retrospectiva del análisis implica una dependencia de la calidad de los registros clínicos, con el riesgo inherente de sesgos de información. Finalmente, si bien se caracterizaron adecuadamente los hallazgos endoscópicos, no fue posible analizar de manera detallada los desenlaces clínicos a largo plazo de los pacientes, aspecto que podría ser abordado en futuras investigaciones.

Conclusión

Los resultados de este estudio apoyan que la colonoscopía es un examen seguro y factible en pacientes jóvenes. No obstante, su rendimiento diagnóstico en este grupo es limitado, con una baja proporción de lesiones significativas, especialmente en indicaciones como el estudio post-diverticulitis o síntomas inespecíficos como dolor abdominal y diarrea.

Existieron diferencias significativas entre grupos que apuntan a que los pacientes de mayor edad y sexo masculino tienen más HS. Por otro lado, el antecedente de pólipos previos se identificó como el principal predictor, lo que refuerza la importancia de una adecuada estratificación del riesgo al momento de indicar el examen. Asimismo, la identificación de casos de CCR en pacientes jóvenes, aunque infrecuente, subraya la necesidad de mantener una vigilancia adecuada, especialmente ante síntomas de alarma como el sangrado.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de desarrollar criterios más precisos para la indicación de colonoscopía en menores de 45 años, priorizando su uso en contextos de mayor riesgo y evitando su sobreutilización en escenarios de bajo rendimiento. Además, aportan evidencia local que podría contribuir a futuras actualizaciones de las recomendaciones de tamizaje y manejo en esta población.

Rol

Valentina Castillo Warnken: Recolección de datos - Redacción.

Carol Escalona Boada: Recolección de datos.

Eduardo Mordojovich Zuñiga: Redacción - revisión y edición.

Manuel Lizana Corvera: Redacción - revisión y edición.

Mónica Martínez Mardones: Redacción - revisión y edición.

Gonzalo Campaña Villegas: Conceptualización, Metodología, Supervisión, Redacción - revisión y edición.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Estudio fue revisado y aceptado por el Comité Ético Científico de Clínica INDISA

Bibliografía

1. Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Appropriate use of GI endoscopy. Gastrointest Endosc. Junio 2012;75(6):1127-31.
2. Olivares MS, Campaña VG, Muñoz PN, Readi VA, Marín VP, Campaña WN, et al. Rendimiento y seguridad de las colonoscopías de screening en dos grupos etarios de pacientes de la tercera edad. Rev Cir. (Mex). 2022;74(2):133-8.
3. Levy I, Gralnek IM. Complications of diagnostic colonoscopy, upper endoscopy, and enteroscopy. Best Pract Res Clin Gastroenterol. Octubre de 2016;30(5):705-18.
4. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. Gastroenterology Mayo de 2016;150(6):1262-79.
5. Minoli G, Meucci G, Bortoli A, Garripoli A, Gullotta R, Leo P, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. Gastrointest Endosc. 2000;52(1):39-44.
6. Lu R, Kassim T, Dave D, Klair JS, Ashfaq M, Chandra S, et al. Diagnostic Yield of Colonoscopy in Young Adults with Lower Gastrointestinal Symptoms in a Multicenter Midwest Cohort. Digestive Diseases. Noviembre de 2020;38(6):484-9.
7. Zauber AG, Winawer SJ, O'Brien MJ, Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Hankey BF, et al. Colonoscopic polypectomy and long-term prevention of colorectal-cancer deaths. N Engl J Med. Febrero de 2012;366(8):687-96.
8. Bailey CE, Hu CY, 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. Enero de 2015;150(1):17-22.

9. Wolf AMD, Fontham ETH, Church TR, Flowers CR, Guerra CE, LaMonte SJ, et al. Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA Cancer J Clin. Julio de 2018;68(4):250-81.
10. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA Mayo de 2021;325(19):1965-77.
11. Moreno BN, Saavedra JV, Peters AT, Von Jentschyk RN, Bocic AG, Sanguinetti MA, et al. Prevalencia de divertículos colónicos asintomáticos en población chilena como hallazgo imagenológico en tomografía de abdomen y pelvis. Rev Cir. (Mex). 2019;71(3):230-7.
12. Sartelli M, Weber DG, Kluger Y, Ansaloni L, Coccolini F, Abu-Zidan F, et al. 2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. Vol. 15, World Journal of Emergency Surgery. BioMed Central Ltd.; 2020.
13. De Vries HS, Boerma D, Timmer R, Van Ramshorst B, Dieleman LA, Van Westreenen HL. Routine colonoscopy is not required in uncomplicated diverticulitis: a systematic review. Surg Endosc. 2014;28(7):2039-47.
14. Sallinen V, Mentula P, Leppäniemi A. Risk of colon cancer after computed tomography-diagnosed acute diverticulitis: is routine colonoscopy necessary? Surg Endosc. 2014;28(3):961-6.
15. Van Rheenen PF, Van De Vijver E, Fidler V. Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. BMJ. 24 de julio de 2010;341(7765):188.
16. Robertson DJ, Lee JK, Boland CR, Dominitz JA, Giardiello FM, Johnson DA, et al. Recommendations on Fecal Immunochemical Testing to Screen for Colorectal Neoplasia: A Consensus Statement by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology. Abril de 2017;152(5):1217-37.e3.