

Polipos Intestinales en el Niño

Dr. José Francisco Lobo*

Dr. Roberto Ortiz**

Dr. Jorge Salas***

INTRODUCCION

Frecuentemente los médicos pediatras son consultados por madres acongojadas sobre la presencia de un pólipo sangrante que protruye por el ano de un niño, que sangra frecuentemente al final de la evacuación o que mancha el papel higiénico; la poca uniformidad en cuanto a conducta a seguir en estos casos, y a veces el desconocimiento de las características histológicas de estas lesiones en el niño, nos han impulsado a analizar los aspectos clínicos y terapéuticos de un grupo de pacientes con pólipos rectocólicos, menores de 12 años, que egresaron del Hospital Nacional de Niños entre setiembre de 1964 y abril de 1967; además, el aspecto histopatológico de los pólipos extirpados en un grupo de ellos.

MATERIAL Y METODOS

Entre setiembre de 1964 y abril de 1967 egresaron del Hospital Nacional de Niños, 60 pacientes a quienes se les extirpó uno o más pólipos del colon y/o del recto utilizando la rectosigmoidoscopia como medio diagnóstico y terapéutico. Todos los especímenes anatómicos se enviaron para examen histológico al Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios, pero sólo se revisaron las características morfológicas en 35 de los niños con edades de 2 años 5 meses, hasta 12 años 6 meses. De los 60 pacientes el mayor número tenía edades entre los 3 y 9 años no habiendo ninguno menor de un año. Ver cuadro 1.

* Residente Departamento Cirugía, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

** Jefe Departamento Cirugía, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.

*** Patólogo, Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica.

Cuadro 1

Distribución por edad

Edad en años	Nº	%
1 a 3	6	10,0
3 a 6	23	38,3
6 a 9	21	35,0
9 a 12	10	16,7
TOTAL	60	100,0

Más de la mitad de los pacientes era del sexo masculino lo que está en relación con la distribución por sexo en los egresos generales habidos en el Hospital en el mismo lapso. Ver cuadro 2.

Cuadro 2

Distribución por sexo

Sexo	Nº	%
Masculino	35	58,0
Femenino	25	42,0
TOTAL	60	100,0

RESULTADOS

Los resultados del estudio rectosigmoidoscópico demostraron que la localización rectal predominó en la mayoría de los casos, encontrándose sólo en cuatro pacientes pólipos por arriba del repliegue peritoneal. Ver cuadro 3.

Cuadro 3

Localización anatómica

Sitio anatómico	Nº	%
Recto	56	93,4
Sigmoide	3	5,0
Angulo esplénico	1	1,6
TOTAL	60	100,0

Una gran mayoría presentó pólipo único; en seis casos hubo entre 2 y 6 pólipos. (Cuadro 4).

Cuadro 4

Número de pólipos

Nº de pólipos	Nº	%
Unico	54	90,0
Múltiple	6	10,0
TOTAL	60	100,0

El síntoma más frecuente fue la rectorragia, caracterizada por estrías de sangre roja rutilante sobre las heces, goteo posterior a la evacuación o sangre que mancha el papel utilizado para la limpieza del ano. El dato dado por la madre en el interrogatorio, de la presencia de prolapso por el ano, de una masa roja como una mora, sangrante, constituyó el dato más importante para el diagnóstico. En 58 casos la rectosigmoidoscopia con ligadura de la base del pólipo y electrocoagulación de la misma fue el tratamiento de elección; en 2 pacientes con localización muy alta de las lesiones hubo necesidad de hacer laparotomía y colotomía para su extirpación.

Al examen histológico estaban formados por glándulas colónicas revestidas casi exclusivamente por células caliciformes, aunque en algunas, unas pocas, lo estaban por células cilíndricas altas de citoplasma eosinófilo. Las glándulas estaban separadas por estroma abundante, generalmente con tal infiltración inflamatoria que tomaba el aspecto de tejido de granulación.

Es notorio que casi siempre el estroma forma una banda en la periferia de la lesión que impide a las glándulas llegar a la superficie del pólipo, y el epitelio superficial, erosionado, pasa como un puente sobre la masa de glándulas. En algunos casos existió un grado moderado de hiperplasia con las glándulas aglomeradas. Siempre se observaron glándulas quísticas algunas de las cuales han perdido el epitelio y contienen exudado inflamatorio agudo. El aspecto histológico descrito predominó en 24 de los 35 casos analizados y correspondió al tipo de pólipo llamado juvenil, de retención o inflamatorio (3-4-5-6).

En otros 11 casos existían zonas de hiperplasia glandular con zonas que mostraron todas o algunas de las características típicas de los pólipos juveniles. En uno de los pacientes con dos pólipos, uno fue típico de pólipo juvenil y el otro predominantemente hiperplástico. No se encontró ningún pólipo adenomatoso del tipo observado usualmente en el adulto.

DISCUSION

Los pólipos del colon pueden ser de distinto tipo histológico y se han descrito los siguientes:

- a. el pólipo juvenil o de retención, caracterizado por estroma abundante con acentuada infiltración inflamatoria y glándulas quísticas;
- b. el pólipo adenomatoso, constituido por glándulas colónicas generalmente revestidas por células cilíndricas altas, de citoplasma obscuro;
- c. el adenoma vellosa de aspecto papilar constituido por tallos conectivos delgados, ramificados y revestidos por células cilíndricas de citoplasma obscuro;
- d. los pólipos de la enfermedad de Peutz Jeghers que son realmente hamartomas y están formados por masas de glándulas revestidas por los distintos tipos de células que pueden encontrarse en la mucosa de intestino delgado o grueso, según la localización, y por haces de músculo liso (1-2).

En el niño predomina el hallazgo de pólipos aislados en colon y recto con características histológicas de juvenil, inflamatorio o de retención, sin que haya podido demostrarse influencia hereditaria ni transformación maligna. En cambio, el pólipo del adulto es de carácter adenomatoso y está en relación con la aparición de lesiones malignas en la parte baja del tubo digestivo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Para este trabajo se revisaron 60 historias clínicas de pacientes con pólipos rectocólicos; se tabularon por sexo, edad, localización anatómica, número de pólipos, tratamiento efectuado. Se revisaron las laminillas de las biopsias efectuadas en 35 de los casos.

1. No se reportó ningún caso en menores de un año.
2. La mayor frecuencia se encontró en edades comprendidas entre los 3 y los 9 años.
3. En la mayor parte (90%) había un pólipo solitario localizado en el recto.
4. En todos los casos los síntomas predominantes fueron: prolapso del pólipo por ano y rectorragia.
5. Elemento básico para el diagnóstico y elección del tratamiento fue la rectosigmoidoscopia. El tratamiento indicado es la extirpación ligando el pedículo, o la electrocoagulación.
6. Las lesiones histopatológicas corresponden a las de tipo juvenil o de retención, aunque en menor número de casos se observan pólipos de tipo hiperplástico.
7. En ninguno de los 35 casos examinados encontramos pólipos adenomatosos como los observados en los adultos.
8. Se sugiere que los pólipos juveniles o de retención y los hiperplásticos pueden corresponder a distintas etapas de una misma lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, W. A. D.
1966. Pathology. 5 th. Ed; C. V. Mosby Company. St. Louis.
2. BURDICK, D., T., PRIOR & G. T. SCALON
1963. Peutz-Jeghers Syndrome. A Clinical-Pathological study of a large family with a 10 year follow-up.
Cancer. 16:854-867.
3. HERRILLEN, E. G., CH. ECKERT & L. ACKERMAN
1967. Polyps of the rectum and colon in children.
Cancer. 10:1210-1220.
4. KLEPINGER, C. A. & E. E. PONTIUS
1964. Inflammatory polyps of the intestinal tract.
Am. Jour. Path. 42:371-380.
5. LANE, N. & R. LEV
1963. Observation on the origin of adenomatous epithelium of the colon,
Cancer. 16: 751-764.
6. MAURO, J. & J. T. PRIOR
1957. Gastrointestinal polypoid lesions in childhood.
Cancer. 10: 131-137.