

Pólipo de colon en una niña de 6 años

Dres. Luis A. Oronoz, Horacio Gutiérrez Galiana,
Federico Schneeberger y Héctor Cardeza

Se presenta un caso de pólipo juvenil de colon descendente, el primero publicado en la literatura nacional. Se realiza una breve reseña de su frecuencia, sintomatología, caracteres anatomopatológicos, diagnóstico y tratamiento destacando: 1) la ausencia de predisposición maligna; 2) la posibilidad de excéresis endoscópica, técnica de amplias perspectivas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Colonic neoplasm.

CASO CLINICO

M. C. P. Nº Reg.: 189.223 (H. C. FF.AA.).

Niña de 6 años que consulta en el Hospital Militar por rectorragias y ocasionalmente gleras sanguinolentas y dolor abdominal. Al examen: abdomen libre e indoloro. Tacto rectal sin alteraciones.

Rectosigmoidoscopia con anestesia general: Normal hasta 15 cms. Colon por enema con el método de Fischer (Fig. 1): imagen lacunar en el colon descendente, por debajo del ángulo esplénico, con el aspecto de un pólipo.

Fibrocolonoscopia bajo anestesia general: Permitted estudiar el colon hasta el ciego encontrando a 55 cms. un pólipo pediculado de 3 cms. de diámetro.

Se opera por una incisión oblicua de hipocondrio izquierdo.

Colotomía longitudinal sobre la bandeleta en la zona de implantación del pólipo. Polipectomía con ligadura transfixiante del pedículo en su base (Fig. 2). Cierre de la colotomía en dos planos con lino.

La anatomía patológica muestra un pólipo juvenil con glándulas a revestimiento cilíndrico, hipertrófico, algunas dilatadas, de tendencia quística (Fig. 3).

Postoperatorio: Al tercer día: náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre y oliguria presentando al examen palidez cutáneomucosa, distensión abdominal y dolor. Leucocitosis de 18.000/mm³. La radiografía simple de abdomen muestra un gran neumoperitoneo y exudado entre las asas.

La reintervención confirma una peritonitis por falla de la sutura colónica. Se exterioriza el colon abierto por la herida. Toilet peritoneal y drenajes.

Cuatro meses después, cierre de la colostomía.

Servicio de Gastroenterología (Dr. L. A. Oronoz) y Servicio de Cirugía (Dr. H. Cardeza). Hospital Central FF.AA. Montevideo.

COMENTARIO

El pólipo juvenil se define por sus caracteres anatomopatológicos y no por su incidencia predominante en el niño.

Se caracteriza por grandes dilataciones glanduliformes que configuran verdaderos quistes de retención, con un revestimiento epitelial normal, sin estructura adenomatosa. Este aspecto histológico apoya la observación clínica de que estos pólipos no se malignizan (12, 13, 15).

El pólipo juvenil de colon es poco frecuente (5, 13, 15).

Según Benson, 0,1 a 0,3 % de los niños presentan pólipos (1).



FIG. 1.— Colon por enema con doble contraste. Imagen lacunar en el colon descendente.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de octubre de 1976.

Jefe el Servicio de Gastroenterología, Residentes y jefe el Servicio de Cirugía. Hospital Central FF.AA.

Dirección: Av. Brasil 2623. Montevideo (Dr. L. A. Oronoz).

En la Clínica Mayo, la revisión de todos los ingresos en pediatría durante 46 años arrojó un total de sólo 90 pólipos juveniles (6).

En nuestro medio no hemos encontrado ninguna publicación en la bibliografía consultada.

Aparecen a cualquier edad, con un pico de incidencia entre los 3 y 5 años (4, 7, 8, 9). La distribución por sexos es similar siendo la localización más frecuente el recto y luego el sigmoide sumando un 70-90 % de los pólipos, según los distintos autores (5, 11, 13, 14).

La topografía en colon descendente, observada en nuestro caso, representa para Benson sólo el 3,9 % (1).

La rectorragia intermitente y escasa es el síntoma fundamental y constante en prácticamente el 100 % de los casos (2, 5, 7).

Menos frecuentes son el dolor, el prolapso del pólipo, su expulsión espontánea o la invaginación intestinal (2).

Sospechado el diagnóstico debe procederse a un correcto examen proctológico con rectosigmoidoscopia y colon por enema.

Queremos destacar la importancia de la radiología con doble contraste que nos permitió visualizar nítidamente la lesión (7, 12).

La fibrocolonoscopia, la primera realizada en nuestro medio en una niña de tan corta edad y con anestesia general, permitió descartar la existencia de otros pólipos que pueden pasar desapercibidos por la radiología (13).

La polipectomía debe realizarse para evitar la anemia, la invaginación y otras complica-

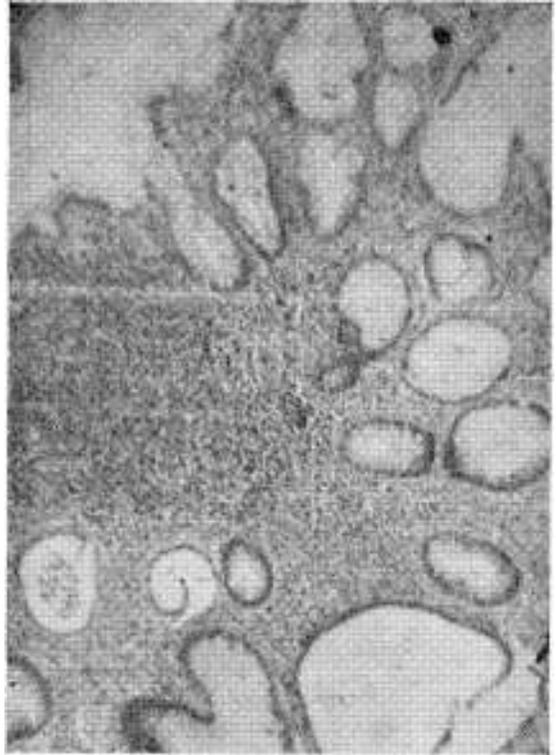


FIG. 3.— Imagen histológica: pólipo juvenil.



FIG. 2.— Polipectomía.

ciones y no por temor a la malignización que no ocurre en estos pólipos (4, 13, 15).

La polipectomía quirúrgica tiene los riesgos de toda la cirugía de colon.

La polipectomía endoscópica ofrece nuevas perspectivas terapéuticas ya que puede realizarse en pacientes ambulatorios, pudiendo extirparse incluso pólipos de gran tamaño, siendo su única contraindicación los grandes pólipos sesiles de base muy ancha. Las complicaciones de esta técnica son muy bajas como lo demuestra la estadística realizada por la Sociedad Americana de Endoscopia Digestiva que investigando la experiencia de 642 endoscopistas en los años 1972-73 sumó 6.214 polipectomías endoscópicas con las siguientes complicaciones: perforaciones: 18 (0,28 %); hemorragias: 115 (1,85 %); cardiorrespiratorias: 2 (0,03 %); misceláneas: 6 (0,09 %); muertes: 0.

Morbilidad: 2,3 %. Mortalidad: 0 % (10).

RESUME

Polype dans du colon d'une enfant de six ans

Présentation d'un cas de polype juvénile du colon descendant, le premier dont il est fait mention dans la littérature nationale.

Exposé succinct sur sa fréquence, la symptomatologie, les caractères anatomo-pathologiques, la diagnostic et le traitement.

On fait ressortir: 1) l'absence de prédisposition maligne; 2) la possibilité d'exérèse endoscopique, technique de vastes possibilités.

SUMMARY

Colonic Polyp in a six-year-old Child

Report on a polyp a six-year-old child, which we believe to be the first such case in national literature. The paper contains a brief review of its frequency, symptomatology, pathology, diagnosis and treatment. Author remarks on the non-malignant nature of polyp and on possibility of endoscopic treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BENSON CD. Juvenile polyps of the rectum and colon. En: "Pediatric Surgery", 2: 776. Chicago. Year Book Medical Publishers. 1962.
2. FEVRE M. Polypes de l'intestin et du rectum. En: "Chirurgie Infantile et Orthopedie". Paris. Editions Médicales Flammarion. 1957.
3. GELB AM, MINKOWITZ S and TRESSER M. Rectal and colonic polyps in young people. *New York J Med*, 62: 513, 1962.
4. GROSS RE. Polyps of intestine and colon. En: *The Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia. WB Saunders, 1960.
5. HERRILENO EG, ECKERT CH and ACKERMANN LV. Polyps of the rectum and colon in children. *Cancer*, 10: 1210, 1957.
6. JACKMAN RJ and BEARS OH. Pólipos juveniles. En: "Tumores del intestino grueso". Barcelona. Científico Médica, 1971.
7. KNOX WG, MILLER RE, BEGG CHF and ZINTEL HA. Juvenile polyps of the colon. *Surgery*, 48: 201, 1960.
8. LADD WE and GROSS R. Polyps of intestine and colon. En: "Abdominal Surgery Infancy and Childhood". Philadelphia. Saunders, 1941.
9. MASON BROWN JJ. Colon, rectum and anus. En: "Surgery of childhood". London. E. Arnold Publishers. 1962.
10. ROGERS BHG, SILVIS SE, NEBEL OT, SUGAWA CH, MANDELSTAM P. Complicaciones de la polipectomía fibroscópica. Análisis de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal. Comunicación.
11. ROTH SI and HELWIG EB. Juvenile polyps of the colon and rectum. *Cancer*, 16: 468, 1963.
12. SWENSON O. Polyps of the colon. En: "Pediatric Surgery". New York. Appleton-Century-Crofts, 1958.
13. TOCCALINO H, GUASTAVINO E, DE PINNI F, O'DONNELL JC and WILLIAMS M. Juvenile polyps of the colon and rectum. *Acta Paediat Scand*, 62: 337, 1973.
14. TODD I. Juvenile polyps. *Proc Roy Soc Med*, 56: 969, 1963.
15. TURELL R and MAYNARD A de L. Adenomas of the rectum and colon in juvenile patients. *JAMA*, 161: 57, 1956.