

Invaginación intestinal producida por poliposis colónica con transformación adenomatosa

Dres. Editta Falco¹, Carmen Gutiérrez², Horacio Gutiérrez Galiana³

Resumen

Se presenta una observación de una paciente portadora de poliposis juvenil múltiple, lo que determinó invaginación ileocecológica. El examen histológico demostró la coexistencia de pólipos juveniles y adenomatosos. Se hace una revisión de la frecuencia con que esta patología determina complicaciones quirúrgicas y se insiste en el interés del examen histológico de la poliposis juvenil, dada la posibilidad de asociar lesiones adenomatosas.

Palabras clave: Pólipos del colon. Colon

Summary

A patient with multiple juvenile polyposis involving ileocecolic invagination, is reported. Histologic examination evinced the coexistence of young and adenomatous polyps. A revision is undertaken of the frequency with which this condition gives rise to surgical complications, stress being laid on the importance of the histologic examination of juvenile polyposis due to the likelihood of association with adenomatous lesions.

La poliposis juvenil es una afección frecuente en la edad pediátrica y que habitualmente no determina complicaciones importantes. La invaginación intestinal por pólipo juvenil, si bien está señalada es una entidad con escasos antecedentes en nuestro medio.

La revisión de las historias clínicas del Hospital Pereira Rossell por Arruti⁽¹⁾, entre los años 1958 y 1967 comprende 138 pacientes y describe una observación de investigación de invaginación colocolica por poliposis. Chavarría⁽²⁾ estudia 78 observacio-

nes entre 1967 y 1974 sin señalar ninguna observación de este tipo.

Lizaso⁽³⁾, estudia una serie de pacientes portadores de invaginación intestinal entre los años 1974 y 1985 siendo las invaginaciones secundarias producidas por divertículo de Meckel o tumores intestinales.

La apariencia histológica de los pólipos juveniles—considerados clásicamente de origen inflamatorio o hamartomatoso⁽⁴⁾ pueden presentar elementos característicos de los pólipos adenomatosos. Este es un hecho reconocido en el momento actual⁽⁵⁻⁷⁾ en nuestro medio fue oportunamente señalado por Fosman y Arbes⁽⁸⁾.

La observación que presentamos se caracteriza por determinar una complicación poco frecuente de la poliposis juvenil y por estar bien documentado un aspecto histológico de indudable interés.

Caso clínico

S.R.Z. 14 años.

Paciente del sexo femenino, que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Pereira Rossell el 13 de noviembre de 1984, por dolor abdominal de tres días de evolución, vómitos y sensación febril. Desde hace un mes, presenta varios episodios dolorosos, similares pero de menor duración, por lo que consulta y permanece en observación en el Servicio de Emergencia en dos oportunidades. En ningún momento presentó enterorragias. Del examen físico se destaca la existencia de una tumoración dolorosa por debajo del recto derecho.

Intervención: 13 de noviembre de 1984. Dra. Falco, Pte. Rodrigo. Anestesta Dra. Piquero. Paramédica transrectal. Invaginación ileocecológica que se desinvagina fácilmente. La palpación del ciego permite percibir una ocupación por lo que se abre exponiéndose varios pólipos pediculados que obstruyen la válvula ileocecal y rellenan el fondo del ciego. Hay pólipos sobre el ascendente. Hemicolectomía derecha, ileotransversostomía con anastomosis término-terminal.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil. Dr. O Chavarría. Hospital Pereira Rossell

1. Cirujano de Urgencia del Hospital Pereira Rossell

2. Anatomopatólogo del Hospital Pereira Rossell

3. Médico Endoscopista

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de julio de 1987.

Correspondencia: Dra. Falco. J. Requena 1813, Montevideo.



Figura 1

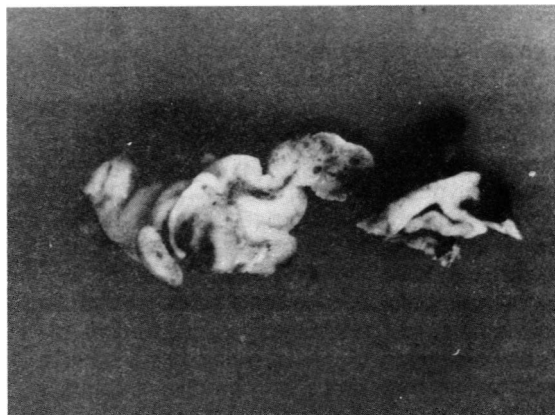


Figura 2

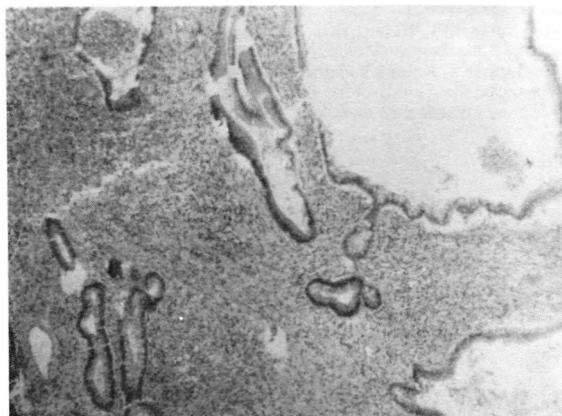


Figura 3



Figura 4

Buena evolución posoperatoria. Alta al décimo día.

El informe anatomopatológico (Dra. Carmen Gutiérrez) señala: macroscopía: pieza de resección intestinal, que comprende 20 cm de íleon terminal y 38 cm de colon derecho, abierta por su borde antemesentérico. Se reconocen múltiples pólipos (15 a 20) en ciego, válvula ileocecal y colon ascendente (figura 1). El tamaño es variable, desde escasos milímetros hasta 1,5 cm. En general se implantan en el borde libre de las valvas. La superficie de los pólipos es lisa y brillante, el color es rojo oscuro, la superficie de corte tiene pequeñísimos quistes (figura 2). Microscopía: las secciones examinadas permiten reconocer estructuras polipoideas con los caracteres de los pólipos juveniles al lado de verdaderos pólipos adenomatosos. Algunos pólipos combinan las dos características (figuras 3 y 4). En suma: poliposis juvenil con transformación adenomatosa.

En su evolución posterior, la paciente fue contro-

lada por colon por enema, que no mostró lesiones y por fibrocolonoscopia.

El 16 de julio de 1985 se efectúa fibrocolonoscopia (Dr. H. Gutiérrez Galiana): se realizan 12 polipectomías endoscópicas y electrofulguraciones de los pólipos sésiles de recto entre 1 y 10 milímetros. No hay complicaciones.

Comentario

En su forma solitaria los pólipos juveniles fueron descritos por primera vez en 1939 por Diamond⁽⁹⁾. El primer caso de poliposis juvenil múltiple fue descrito en 1963 por Roth⁽¹⁰⁾.

Las dos terceras partes aparecen en el sexo masculino, 95% en la primera década de la vida, 85% son solitarios. 90% se presentan solo en el sigmoide o en el recto^(11,12). Excepcionalmente se encuentra una poliposis múltiple.

Las manifestaciones clínicas habituales son la

rectorragia o la procidencia del pólipo. Más raramente el dolor o la invaginación.

Se han descrito además formas letales, asociadas a desnutrición por pérdida de proteínas por enteropatía grave^(11,13). El concepto general es que se trata de lesiones histológicamente benignas, sin potencialidad neoplásica. En el momento actual, la coexistencia de pólipos juveniles y adenomatosos, en forma sucesiva o simultánea es un hecho bien documentado, así como la presencia de focos adenomatosos en pólipos juveniles, o carcinoma intramucoso en formas solitarias de pólipos juveniles^(14,15). Estos hallazgos sugieren que los pacientes con pólipos únicos o múltiples del tipo juvenil deben ser vistos con más cuidado de lo que tradicionalmente lo han sido^(7,16).

Bibliografía

1. Arruti CH. Invaginación intestinal. Estudio estadístico sobre 138 observaciones. Congreso Uruguayo de Cirugía, 18º, 1967; 2: 157-64.
2. Chavarría O, Wettstein J. Invaginación intestinal. Cir Uruguay 1977; 47(4): 300-3.
3. Lizaso I. Invaginación intestinal. Monografía. Montevideo. Facultad de Medicina, 1985 (inédito).
4. Morson BC, Dawson IMP. Gastrointestinal pathology 2ª ed. Oxford: Blackwell, 1979.
5. Baptist SJ, Sabatini MT. Coexisting juvenile polyps and tubulovillous adenoma of colon with carcinoma in situ, report of a case. Hum Pathol 1985; 16(10): 1061.
6. Beacham CH, Shileds HM, Raffensperger EC, Enterline HT. Juvenile and adenomatous gastrointestinal polyposis. Am J Dig Dis. 1978; 23: 1137.
7. Goldman H, Antonioli DA. Mucosal biopsy of the rectum, colon and distal ileum. Hum Pathol 1982; 13(11): 981.
8. Fossman E, De los Reyes L, Arbes A. Pólipos en el niño Congreso Uruguayo de Gastroenterología. Agosto, 1986.
9. Diamond M. Adenoma of the rectum in children. Am J Dis Child 1939; 57: 360.
10. Roth SI, Helwing EB. Juvenile polyps of the colon and rectum. Cancer, 1963; 16: 468.
11. Soper R, Kent T. Fatal polyposis in infancy. Surg; 1971; 69(5): 692-8.
12. Oronoz L, Gutiérrez Galiana H, Scheneberger F, Cardeza H. Pólipo de colon en una niña de seis años. Cir. Uruguay, 1978; 48: 63-5.
13. Arbeter AM, Courtney RA, Gaynor MF. Diffuse gastrointestinal polyposis associated with chronic bleeding, hipoproteínea y anasarca in an infant. J Pediatr 1970; 76: 609.
14. Fechner RE, Mills SE. Juvenile polyps and carcinoma. Hum Pathol 1986; 17: 639.
15. Jones MA, Hebert JC, Trainer TD. Juvenile polyps with intramucosal carcinoma. Arch Pathol Lab Med 1987; 11: 200.
16. Lipper S, Kahn LB, Sandler RS, Varma V. Multiple juvenile polyposis. A study of the pathogenesis of juvenile polyps and their relationship to colonic adenomas. Hum Pathol 1981; 12(9): 804.

Comentario

La Dra. Falco cierra la discusión:

Queremos señalar que el síndrome de Peutz-Jeghers constituye una entidad completamente distinta de los pólipos juveniles. El objetivo de esta comunicación no fue centrar todas las causas de invaginación que pueden presentarse en el niño ya que tendríamos que citar también los linfomas, el divertículo de Meckel, que son los más frecuentes.

Estamos de acuerdo con el Dr. Pitamiglio en que hay que poner énfasis y la necesidad de estudiar exhaustivamente cuando un paciente tiene dolores abdominales recurrentes, pueden ser muchas las

causas, esta es una de las menos frecuentes pero hay que tenerla en cuenta.

El llamado de atención nuestro se debía sobre todo a la evolución que podría tener la poliposis juvenil. Años atrás, el pólipo que se palpaba en el recto no merecía gran preocupación, por lo general incluso se extirpaba en policlínicas y no se enviaba a estudio anatómo-patológico.

Desde que en 1964 se reconoció la poliposis juvenil como una entidad y en los últimos 10 años se reconoció la importancia de la transformación adenomatosa, el estudio y el tratamiento de la poliposis juvenil a cambiado sustancialmente.