

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

RESULTADOS DE LA OPERACIÓN ENDOLUMINAL DEL COLON EN NIÑOS
CON PÓLIPOS.

Por:

Dr. Rodolfo Valdés Landaburo¹, Dr. Francisco Sánchez Pérez², Dr. Rafael Torrens de la Nuez³ y Lic. Cristóbal Vega Vázquez⁴

1. Especialista de II Grado en Gastroenterología.
2. Especialista de I Grado en Pediatría. Asistente. ISCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Anatomía Patológica. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.
4. Licenciado en Enfermería.

Resumen

Se efectuó un estudio descriptivo de las 478 polipectomías endoscópicas del colon realizadas en el Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" de Santa Clara, entre diciembre de 1985 y diciembre del 2000, con el fin de divulgar la experiencia adquirida en la realización de este procedimiento quirúrgico de acceso mínimo. Los resultados de cada paciente se plasmaron en un modelo de vaciamiento de datos en el que interesaron la edad, la forma de presentación clínica, el número de pólipos encontrados, la distribución anatómica de los mismos, así como las conclusiones del estudio anatomopatológico de los pólipos que fueron recuperados. El grupo de edad más afectado fue el de 2 a 5 años (57,5 %), y el sangramiento rectal constituyó la forma de presentación más frecuente (81,8 %). En 368 niños se encontró pólipo único. La mayoría de los pólipos (63,2 %) estaban localizados en el recto. Se recuperaron 444 para estudio hístico; de ellos, el 97,7 % fue clasificado como de tipo juvenil. Se demostró que la polipectomía endoscópica es un método eficaz y seguro en el tratamiento de los pólipos del colon.

Descriptor DeCS:

CIRUGIA LAPAROSCOPICA
POLIPOS DEL COLON
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
MINIMAMENTE INVASIVOS

Subject headings:

SURGERY LAPAROSCOPIC
COLONIC POLYPS/surgery
SURGICAL PROCEDURES, MINIMALLY
INVASIVE

Introducción

Los pólipos son excrecencias tumorales que protruyen desde la mucosa hacia la luz intestinal. El término no se refiere a diagnóstico histológico; sin embargo, la clasificación anatomopatológica es imprescindible por su significado clínico, y resulta esencial para definir la conducta terapéutica.

En los niños, los pólipos más frecuentes son de tipo no neoplásicos, y encabezan la lista los hamartomas de tipo juvenil, que se caracterizan histológicamente por cambios inflamatorios sobre la superficie y quistes de contenido mucoso con un estroma muy vascularizado¹. Los de tipo Peutz-Jeghers (también hamartomatosos) presentan varios tipos celulares normales con fibras musculares lisas dentro de la lámina propia y forman parte de un síndrome de poliposis

gastrointestinal que lleva el mismo nombre, en el que se destacan clínicamente pigmentaciones melánicas alrededor de los labios, ano y en la mucosa bucal²⁻⁴. Esta poliposis, junto a otras de tipo familiar (infrecuentes en la niñez), con un sólido componente genético, tienen un potencial maligno variable, por lo que la exéresis de los mismos contribuye de forma trascendental a la profilaxis de su transformación maligna. Los pólipos juveniles nunca malignizan, y se hacen manifiestos por un sangramiento digestivo⁵; es rara la anemia por esta causa. Aunque los informes sobre pólipos colónicos en la niñez son escasos, su diagnóstico no es tan infrecuente como podría parecer, fundamentalmente después del advenimiento de la endoscopia flexible y la generalización de este procedimiento, factible de realizar en todas las edades. La colonoscopia no sólo es útil para visualizar todos los segmentos rectocolónicos, sino que permite también la exéresis de pólipos mediante una pinza de polipectomía^{6,7}.

Hace más de una década se realiza en nuestro Servicio de Endoscopia Digestiva la colonoscopia a niños con síntomas y signos que sugieren la presencia de pólipos colorrectales, y se aprovecha el acto endoscópico para realizar la polipectomía en los casos en que se confirme dicho diagnóstico.

Con la finalidad de divulgar nuestra experiencia, decidimos realizar este estudio, y demostrar una vez más el valor insuperable de la colonoscopia desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Métodos

Se revisaron los informes de las 478 polipectomías endoscópicas del colon efectuadas entre diciembre de 1985 y diciembre del año 2000 en el Servicio de Endoscopia Digestiva del Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda", de Santa Clara. Se confeccionó un modelo de vaciamiento de datos por cada informe, en el que se plasmaron las siguientes variables: edad, forma de presentación clínica (rectorragia aislada, prolapso del pólipo o asociación de ambas), número de pólipos hallados por paciente (único o múltiples), localización anatómica en el segmento colorrectal (recto, sigmoide, colon descendente, colon transverso, región cecoascendente).

Se revisaron, además, las conclusiones del estudio anatomopatológico de aquellos pólipos que pudieron ser recuperados, resultados que fueron anexados al modelo de datos antes descrito.

Todas las variables analizadas se llevaron a una base de datos DBASE III, y se realizó un análisis descriptivo porcentual de los resultados.

Resultados

La mayor cantidad de niños afectados por pólipos (57,5 %) tenía entre 2 y 5 años de edad (Fig 1).

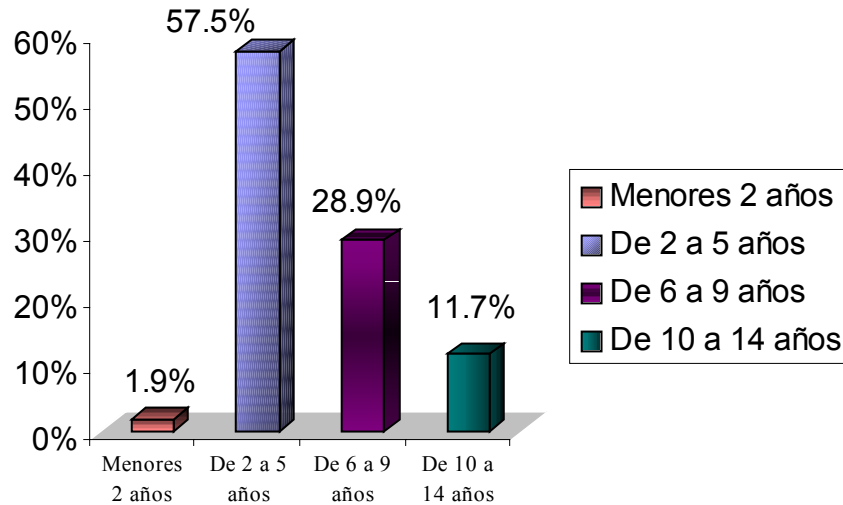


Fig 1 Distribución de los niños polipectomizados por grupos de edades.

La rectorragia aislada fue el síntoma más frecuente (81,8 %), y se asoció a prolapso del pólipo en el 14,9 % de los pacientes (Fig 2).

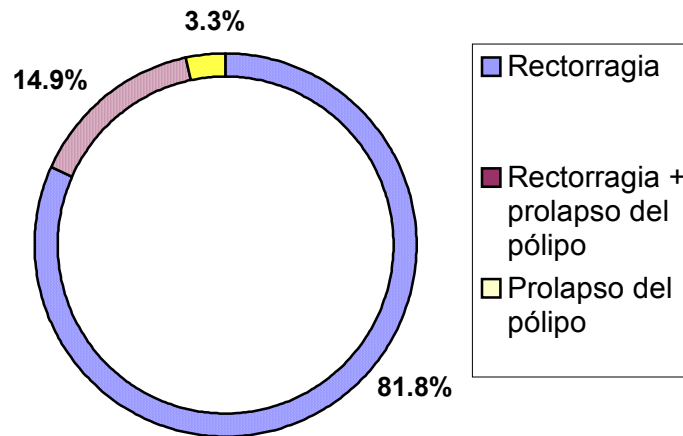


Fig 2 Formas clínicas de presentación de los pólipos en los 478 niños.

En ningún niño se comprobó la presencia de parasitismo intestinal durante su estancia hospitalaria, como tampoco se evidenció la presencia de fisura anal.

El número total de pólipos encontrados en los 478 infantes fue de 642; de ellos, 368 presentaron un solo pólipo (tabla 1).

Tabla 1 Cantidad de pólipos por pacientes.

Cantidad de pólipos por paciente	Número de pacientes	Número de pólipos
Único	368	368
Múltiple:		
2	69	138
3	34	102
4	6	24
10	1	10
Total	478	642

La figura 3 muestra la distribución anatómica de los pólipos en la región colorrectal. La mayor proporción de ellos se ubicaron en el recto (63,2 %); el colon sigmoide ocupó el segundo lugar en frecuencia, con 19,6 % de los pólipos en dicha zona. En todos los casos se realizó polipectomía endoscópica con electrofulguración, y no se presentaron complicaciones.

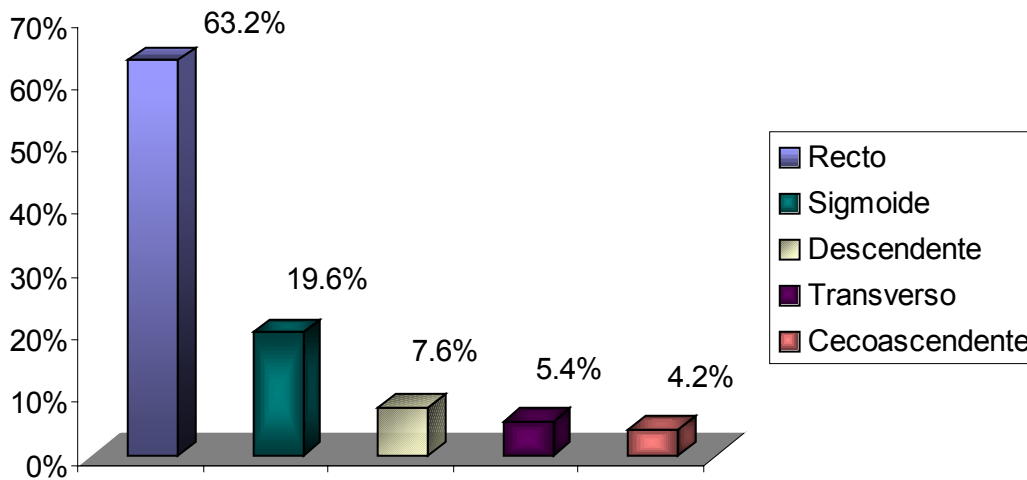


Fig 3 Distribución anatómica de los pólipos.

No todos los pólipos resecados fueron recuperados para estudio histopatológico; sólo 444 (69,2 %) pudieron ser analizados por el Departamento de Anatomía Patológica. El 97,7 % de ellos fue de tipo juvenil, y en los 10 restantes (2,3 %) se observaron hamartomas del tipo Peutz-Jeghers en el contexto del síndrome homónimo en uno de los pacientes (Fig 4).

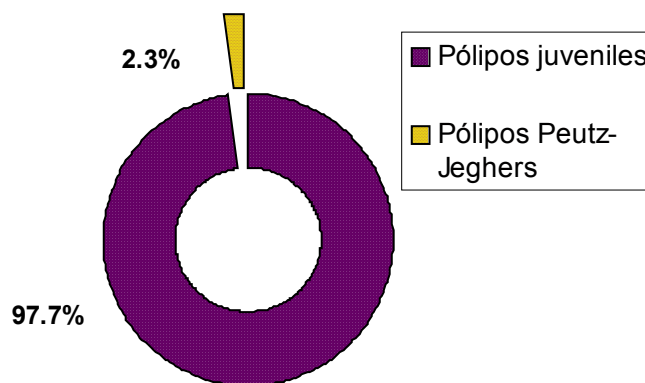


Fig 4 Clasificación histológica de los pólipos recuperados (n-444).

Discusión

Los pólipos rectocolónicos constituyen una causa frecuente de sangramiento digestivo bajo durante los primeros diez años de vida^{1,5}, hecho por el cual está muy justificada la investigación endoscópica del tractus digestivo inferior en todo niño con hematoquecia.

Algunos autores⁶ han documentado que la primera década de la vida es la etapa de máxima ocurrencia de los pólipos juveniles. En nuestra serie se comprobó igualmente que la edad de presentación más frecuente fue entre los 2 y 5 años.

La rectorragia crónica constituye la forma de presentación primaria en más del 90 % de los pacientes^{7,8}. Nosotros verificamos este hallazgo en el 81,8 % de los niños de una forma aislada y en el 14,9 % asociado a prolapso del pólipo; es decir, más del 95 % de los pacientes de nuestro estudio presentaron el episodio hemorrágico. Aunque algunos autores⁶ han comunicado esta manifestación en la totalidad de los casos, en nuestra serie hubo un 3,3 % de los niños que se presentaron con prolapso del pólipo sin manifestaciones hemorrágicas.

El dolor abdominal, el estreñimiento y la anemia, son otras de las manifestaciones descritas en la bibliografía consultada^{1,5,6}, pero no estuvieron presentes en nuestros pacientes.

Aunque no existe asociación causal entre parasitismo y pólipos, hay autores que han informado esta asociación fortuita, sobre todo la existencia de tricocéfalos, lo que ha motivado la persistencia del sangrado después de la polipectomía⁶; tampoco en nuestro estudio se halló esta asociación.

Al igual que los resultados de otros investigadores⁸⁻¹⁰, la mayoría de los pacientes de nuestro estudio tenían pólipo único. Se ha considerado que hasta el 30 % de los pacientes pueden presentar pólipos en número de 2 a 5^{1,2,8}, por lo que pueden formar parte del síndrome de Peutz-Jeghers. En esta serie sólo uno de los enfermos con pólipos múltiples presentó este síndrome hereditario.

En esta investigación la mayor proporción de pólipos se ubicaron en el segmento rectal, lo que coincide con lo informado en otras publicaciones^{6,10-12}. Esta localización hace a los pólipos susceptibles de diagnóstico, ya sea a través del tacto rectal o mediante rectosigmoidoscopia; sin embargo, la evidencia de una proporción considerable de pólipos en zonas más altas del colon exige una exploración total del mismo, máxime cuando también una gran cantidad de pacientes presentaron pólipos múltiples, de manera que la existencia de algún pólipo rectal no descarta la posibilidad de que existan otros en zonas más altas. Además, está bien documentado que el examen colonoscópico no sólo permite un adecuado diagnóstico, sino que es extremadamente útil para la exéresis definitiva de los pólipos, y permite, en la mayoría de los casos, un diagnóstico histológico adecuado, imprescindible para corroborar la benignidad de los mismos¹³⁻¹⁵. En nuestra serie casi la totalidad de los pólipos examinados por el patólogo fueron de tipo juvenil, lo que confirmó, tanto a médico como a paciente, una gran confianza y tranquilidad en el contexto de su buen pronóstico.

Summary

A descriptive study was performed on 478 endoscopic colon polypectomies carried out in the University Pediatric Hospital "José Luis Miranda" of Santa Clara city during December 1985-December 2000 to show the experience acquired in this surgical procedure with minimal access. Results of each patient were recorded in a data form with interesting aspects such as age, clinical presentation, number of polyps found, their anatomical distribution, as well as conclusions of the anatomopathological study of the polyps recovered. The most affected age group was that of 2-5 years of age (57,5 %), and rectal bleeding was the most frequent presentation sign (81,8 %). In 368 children a single polyp was found. Most of the polyps were found in the rectum. 444 polyps were recovered for histic study; of them, 97,7 % were classified as Juvenile type. It was shown that endoscopic polypectomy is an efficacious and safe method in the treatment of colon polyps.

Referencias bibliográficas

1. Gupta SK, Fitzgerald JF, Croffie JM, Chong SK, Pfefferkorn MC, Davis MM, et al. Experience with juvenile polyps in North American children: the need for pancolonoscopy. *Am J Gastroenterol* 2001;96(6):1695-7.
2. Hertl MC, Wiebel J, Schafer H, Willig HP, Lambrecht W. Feminizing Sertoli cell tumors associated with Peutz-Jeghers syndrome: an increasingly recognized cause of prepubertal gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(4):1151-7.
3. Stratakis CA. Genetics of Peutz-Jeghers syndrome, carney complex and other familial lentiginoses. *Horm Res* 2000;54(5-6):334-43.
4. Gutiérrez Benjumea A, Rojo García J, Aguilera Llovet MA, Garcia Arqueza C, Casanovas Lax J, Aguayo Maldonado J. Peutz-Jegher's syndrome. *An Esp Pediatr* 2001; 55(2):161-4.
5. Vaiphei K, Thapa BR. Juvenile polyposis (coli)--high incidence of dysplastic epithelium. *J Pediatr Surg* 1997;32(9):1287-90.
6. Almendras Jaramillo M, Rivera Medina J, González Benavides J, Alarcón Olivera A, Lozano Alarcón O, Palacios Salas M. Pólipos juveniles en pediatría: manifestaciones clínicas y valor de la endoscopia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52: 653.
7. Uchiyama M, Iwafuchi M, Yagi M, Iinuma Y, Kanada S, Ohtaki M, et al. Fiberoptic colonoscopic polypectomy in childhood: report and review of cases. *Pediatr Int* 2001;43(3):259-62.
8. Güitrón A, Adalid R, Nares J. Pólipos colónicos en niños. Experiencia en polipectomía. *Rev Gastroenterol Mex* 1999;64(1):19-22.
9. Pietropaolo V, Bogliolo G, Brini C, Ierfone N, Gerardi A, Pontone P. Endoscopic treatment of polyps of the large intestine: authors' experience with 250 cases of polypectomy. *G Chir* 1999; 20(8-9):359-62.
10. Gallo RS. Polipectomía del tubo digestivo. *Rev Gastroenterol Mex* 1998; 63(Supl 1):74-79.
11. Deutsch DE, Olson AD. Colonoscopy or sigmoidoscopy as the initial evaluation of pediatric patients with colitis: a survey of physician behavior and a cost analysis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997;25(1):26-31.
12. Saifuddin T, Trivedi M, King PD, Madsen R, Marshall JB. Usefulness of a pediatric colonoscope for colonoscopy in adults. *Gastrointest Endosc* 2000; 51(3):314-7.
13. Manfredi M, Fornaroli F, Bacchini PL, Romanini E, Esposito G, Torroni F, et al. Digestive endoscopy in children. *Acta Biomed Ateneo Parmense* 2000;71(3-4):19-25.
14. Dillon M, Brown S, Casey W, Walsh D, Durnin M, Abubaker K, et al. Colonoscopy under general anesthesia in children. *Pediatrics* 1998;102(2 Pt 1):381-3.
15. Lehmann CU, Elitsur Y. Juvenile polyps and their distribution in pediatric patients with gastrointestinal bleeding. *W V Med J* 1997;92(3):133-5.