

Pólipos colónicos en niños. Experiencia en polipectomía

Dr. Alfredo Gutiérrez,* Dr. Raúl Adalid,** Dr. Jesús Nares,*** Dr. Gilberto Mena,* Dr. J Antonio Gutiérrez*

* Depto. de Endoscopia Digestiva. ** Depto. Clínico de Gastroenterología *** Depto. de Gastroenterología Pediátrica. Hospital de Especialidades No 71, Centro Médico Nacional Torreón, Instituto Mexicano del Seguro Social, Torreón, Coahuila.

Correspondencia: Dr. Alfredo Gutiérrez, Depto. de Endoscopia Digestiva, Hospital de Especialidades No 71 Centro Médico Nacional Torreón, Blvd. Revolución y Calle No 26, 27000 Torreón, Coahuila Tel. (17) 2133-33 ext. 4709. Fax (17) 2115-15

RESUMEN Antecedentes: La colonoscopia, es actualmente el «estándar de oro» en el diagnóstico de lesiones en la mucosa colónica. Los pólipos colónicos son los tumores del tubo digestivo más frecuentes, considerados como causa de hematoquezia en pacientes pediátricos. **Objetivo:** Dar a conocer la frecuencia y los aspectos clínicos; así como remarcar la utilidad del examen endoscópico en el diagnóstico y manejo de los pólipos colónicos en la infancia. **Pacientes-métodos y resultados:** Entre 1985 y 1996, se realizaron 1,000 colonoscopias dentro de las cuales se incluyen 50 niños con edades comprendidas entre 8 meses y 14 años, que presentaron hematoquezia como causa de envío, y en quienes se detectaron pólipos colónicos, mismos que fueron resecados. En 40 casos, el pólipo fue único y en el resto, múltiple. Se localizaron 82% en rectosigmoides, en colon descendente 12% y en colon transversal 6%. El tipo histológico fue de tipo retención (80%) hiperplásico (16%) y hamartoma (4%). El tamaño de los pólipos tuvo una media de 1.4 cm (promedio 0.4 a 4.0). No se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento. **Conclusiones:** La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico y terapéutico muy útil en pacientes infantiles que cursan con hematoquezia secundaria a pólipos colónicos.

Palabras clave: Pólipos colónicos en niños, polipectomía colónica en niños.

SUMMARY Background: Colonic polyp, the most common gastrointestinal tumor in children, is considered a cause of rectal bleeding in the pediatric population. Colonoscopy is the «gold standard» procedure in diagnosis and therapeutic. **Objective:** To know the incidence and symptomatology of colonic polyps in children to remark on the usefulness of the endoscopic examination. **Patients-methods and results:** Between 1985 and 1996, over 1,000 colonoscopies were performed on 50 children between 8 months and 14 years old. The patients had colonic polyps and lower gastrointestinal bleeding. In 40 cases polyps were solitary, 82% were located in rectum sigmoid, and 80% of polyps were found to be juvenile (retention). There were no complications associated with diagnostic and therapeutic endoscopy. **Conclusions:** The endoscopic method was shown to be very useful for diagnosis as well as treatment of the colonic polyps in children.

Key words: Colonic polyps in children, colonic polypectomy in children.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia gastrointestinal baja en pacientes en edad pediátrica, generalmente es de origen benigno y las causas más comunes son problemas infecciosos, parasitarios o lesiones polipoideas. Los pólipos

colónicos son los tumores gastrointestinales más frecuentes en niños y ocurren principalmente en los primeros 10 años de vida.¹⁻³ Es por ello que en todo paciente que acuda al hospital por manifestaciones de hematoquezia, es indispensable emprender una investigación diagnóstica.⁴

CUADRO 1
CLASIFICACIÓN DE PÓLIPOS COLÓNICOS⁵

Neoplásicos	No neoplásicos	Submucosos
Premalignos	Hiperplásicos	Linfoideos
Tubular	Inflamatorios	Lipoma
Túbulo veloso	Pseudopólipos	Carcinoide
Veloso	Colitis quística profunda	Lesiones metastásicas
		Leiomioma
Malignos		
(Carcinoma)	Hamartoma	Hemangioma
Pólipo maligno	Juvenil	Fibroma
(<i>ca in situ</i>)	Peutz-Jeghers	Neumatosis quística
Carcinoma	Mucosos	Intestinal
invasor	Otros	Otros.

La clasificación de las lesiones polipoideas del tubo digestivo se describen en el cuadro 1.⁵ Con respecto a los pólipos no neoplásicos,^{6,7} sus componentes histológicos, normalmente existen en la mucosa colónica y no tienen tendencia a la transformación maligna.⁸ El pólipo juvenil que más comúnmente se observa en la edad pediátrica, es generado por retención de secreciones en las glándulas, tienen un origen congénito y su origen es desconocido.⁹ Los pólipos hiperplásicos se originan en la mucosa colónica expuesta a irritación crónica; su característica microscópica es tener un número excesivo de células en las criptas y una membrana basal prominente.¹⁰ En los hamartomas se observa exceso de células normales maduras y tejidos epitelial y mesenquimatoso de un órgano, compuesto de elementos celulares idénticos.¹¹

Cuando existen pólipos en pacientes pediátricos, el cuadro clínico está dominado por la hemorragia intermitente, que llega a producir anemia crónica^{1,2,14} y en algunas ocasiones prolapso del tumor a través del recto.¹⁵ Son lesiones solitarias entre 80 y 85% y 90-95%, se localizan en rectosigmoides,^{14,16,17} sin embargo, puede afectar todo el colon e incluso otras áreas del tracto digestivo, y entonces se les denomina poliposis juvenil del colon.^{4,15} En la mayoría de los casos, su extirpe histológica es de tipo retención o juvenil,^{18,20} cuyo potencial de malignidad es mínimo,¹² aunque con malignidad reportes aislados que muestran desarrollo de adenocarcinoma.²¹ Los pólipos con potencial de malignidad se denominan neoplásicos y se describen en el cuadro 1.

El diagnóstico de los pólipos en niños se puede realizar mediante tacto rectal en 65-75% de los casos y el procedimiento ideal para su confirmación es mediante el uso del

colonoscopio, que además permite la introducción, por el canal de trabajo, de una asa de diatermia (polipectomo) y la consiguiente extirpación de las lesiones.

El propósito del presente estudio, es dar a conocer nuestra experiencia en pólipos colónicos en niños, así como remarcar la utilidad del procedimiento endoscópico, no sólo como procedimiento diagnóstico sino también terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

De 1985 a 1996, se realizaron 1,000 colonoscopias en el Departamento de Endoscopia Digestiva del Hospital de Especialidades No. 71 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Torreón, Coah., dentro de las cuales se incluyen 50 pacientes en edad pediátrica de uno y otro sexo, con diagnóstico endoscópico de pólipos colónicos, cuyo cuadro clínico se manifestó por hemorragia digestiva baja y fueron sometidos a polipectomía. En estos pacientes, las colonoscopias se completaron hasta visualizar la zona ceco-ascendente.

Las técnicas de colonoscopia y polipectomía que se usaron, se han descrito por otros autores.^{22,23} En la preparación del colon, los pacientes fueron sometidos a dieta líquida que dependiendo de la edad varió de 24 a 48 h, administración de un laxante el día previo del estudio y realización de enemas evacuantes.

En todos los pacientes se utilizó sedación endovenosa con asistencia ventilatoria controlada por el médico anestesiólogo adscrito al departamento.

Los estudios se realizaron con equipo Olympus de fibra óptica CF 10 L y videocolonoscopio Pentax EC 3800 L, equipo de electrocoagulación Valleylab. Polipectomos y asas diatérmicas manufacturadas por Wilson-Cook. Todos los pólipos fueron extirpados mediante el uso de asas de polipectomía y se enviaron debidamente etiquetados con los datos personales del paciente, al Departamento de Anatomía Patológica, para su evaluación.

RESULTADOS

Se realizaron 50 polipectomías en 29 hombres y 21 mujeres con edad entre 8 meses a 14 años y edad media de 6.5. La sintomatología común en todos los pacientes fue la hematoquezia con variación en su tiempo de evolución desde dos semanas a seis meses.

El número total de pólipos que se encontró en los 50 pacientes fue de 64 en 40 de ellos tuvieron un solo pólipo (80%).

Presentaron lesiones polipoideas a nivel del recto-sigmoides, 41 pacientes, mientras que en el colon descendente se detectaron seis pacientes y en colon transverso los pólipos se detectaron en tres casos.

Desde el punto de vista histológico, se reportaron pólipos de tipo juvenil o de retención en 80%, de tipo hiperplásico en 16% y hamartomas en 4%.

El diámetro de los pólipos varió de 0.4 a 4.0 cm y al correlacionar el tamaño de los pólipos con la extirpe histológica, se observó que la mayoría de ellos, es decir, los de retención, tuvieron una media de 2.2 cm, los hamartomas con media de 1.6 cm y los hiperplásicos de 0.5 cm.

Todos los pólipos fueron resecaados mediante asa de polipectomía, con corriente de coagulación exclusivamente y no se registraron complicaciones inherentes al procedimiento.

DISCUSIÓN

Desde el advenimiento de la endoscopia de fibra óptica y posteriormente la videocolonoscopia, éstas se han convertido en el procedimiento diagnóstico y terapéutico de mayor valor en las enfermedades del colon, al permitir un examen minucioso, en forma directa, de la totalidad de la mucosa colónica, así como tener la ventaja de realizar procedimientos terapéuticos como la biopsia tisular, polipectomía y control de hemorragia mediante electro y/o fotocoagulación.^{2,13,24}

Diversos autores señalan que los pólipos son los tumores del aparato digestivo más frecuentes en los niños. Por lo que respecta a la extirpe histológica, los de tipo juvenil ocurren usualmente en la primera década de la vida y rara vez persisten más allá de los 15 años,^{2,4,25,26} mientras que los pólipos inflamatorios, hiperplásicos y de otro tipo, se observan en pacientes de mayor edad.^{9,10,27} En nuestro estudio de 50 pacientes pediátricos con pólipos colónicos, la edad media fue de 6.5 años con lo que se está de acuerdo con lo reportado en la literatura. Con relación al sexo, hubo mínima diferencia con predominio del hombre (1.3:1), aunque la mayoría de los autores señala que regularmente esto no existe.^{4,8} El tiempo de evolución de los síntomas varió, pues mientras algunos pacientes se valoraron en las dos primeras semanas de iniciado el problema, otros lo hicieron hasta los seis meses. Esto quizá se deba al bajo nivel de información y cultura médica de los pacientes y/o sus familiares, como se ha señalado previamente,⁴ pero también puede ser condicionado a la actitud de algunos médicos de primer contacto que consideran como principal causa de hematoquezia, los problemas parasitarios del tipo

de la amibiasis que tan frecuentemente se observa en nuestro medio, razón por la que inician tratamientos específicos basándose en antiamebianos. Cabe mencionar que la presencia de cualquier parásito en asociación con evacuaciones sanguinolentas, no descarta la posibilidad de pólipos u otra lesión a nivel de colon.

Tal como se ha reportado en la literatura, en nuestra casuística, la hematoquezia fue el signo clínico en todos los pacientes, los pólipos tuvieron localización anatómica más común a nivel del recto, se presentaron principalmente como pólipos únicos y su extirpe histológica más frecuente fue la del tipo juvenil.^{4,7,8}

Se menciona⁸ que los pólipos hiperplásicos comúnmente son pequeños y sésiles, hallazgos que concuerdan con lo reportado en el presente estudio. Los pólipos de tipo hamartomas que se encontraron en dos pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers, no acudieron a control subsecuente, por lo que no fue posible confirmar la existencia de pólipos a otros niveles de intestino y perdimos su evolución. En ningún paciente se detectaron pólipos de tipo adenomatoso.

La polipectomía endoscópica constituye el método diagnóstico y terapéutico de elección para el tratamiento de los pólipos colónicos; ciertamente pueden existir complicaciones, entre las cuales se menciona la hemorragia del tallo o de la base del pólipo, o bien, la perforación del intestino.²⁸ En nuestro reporte no se encontraron complicaciones inherentes al procedimiento endoscópico o terapéutico.

Es de llamar la atención, en nuestro reporte, el número tan reducido de colonoscopias que se realizaron en niños (5%), cuando se comparan con la practicada en adultos (95%), por lo que inferimos la poca familiaridad de algunos médicos, pediatras adscritos en hospitales de primer y segundo nivel de atención médica, para solicitar el estudio o el envío del paciente a centros hospitalarios, en donde se cuente con el recurso de la endoscopia pediátrica de tipo diagnóstico y terapéutico.

La colonoscopia en niños, es un procedimiento diagnóstico y terapéutico muy útil, seguro, que se debe realizar por endoscopistas experimentados y con conocimiento de las enfermedades gastrointestinales de la edad pediátrica, o bien, hacerlo en conjunto con un médico gastroenterólogo pediatra.

REFERENCIAS

- Haggitt RC, Pitcock JA. Familia juvenile polyposis of the colon. *Cancer* 1970; 26: 1232-1238.
- Stellen RM, Wyllie R, Sivak MV y cols. Colonoscopy in pediatric patients. *J Pediatr* 1989; 115: 507-513.

3. Belio CC, Blanco RG. Pólipos juveniles. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1982; 39: 668-670.
4. Almendras-Jaramillo M, Rivera-Medina J, González-Benavides J y cols. Pólipos juveniles en pediatría: manifestaciones clínicas y valor de la endoscopia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52: 653-659
5. Luk GD. Colonic Polyps. *Premalignant neoplasms of the colon*. In: Yamada T. Editor. Philadelphia JB Lippincott 1991; 1645-1674.
6. Day DW, Morson BC. The polyps problem. In: Hunt RH and Waye JD. Eds. *Colonoscopy*. Chapman and Hall Medical Book. Great Britain, 1981; 301.
7. Shinya H. *Colonoscopy. Diagnosis and treatment of colonic diseases*. Igaku-Shoin, New York-Tokyo 1982.
8. Gallo S, Candelaria M. Pólipos no neoplásicos del colon. *Rev Gastroenterol Mex* 1993; 58: 15-20.
9. Herrera L. *Familial adenomatous polyposis*. New York: Alan R. Liss 1990.
10. Gallo S, Candelaria M. Pólipos, neoplásicos del colon. *Rev Gastroenterol Mex* 1992; 57: 27-31.
11. Kobbins SL, Cotran RS. *Patología estructural y funcional*. Ed. Interamericana. 3ra. ed. 1990; 546.
12. Wyllic R. Colonoscopy in the pediatric patient. In: Sivak MV. *Gastroenterology endoscopy*. Saunders Co Eds 1987; 969.
13. Hassal E, Barchay GN, Ament ME. Colonoscopy in childhood. *Pediatrics* 1984; 73: 594-599.
14. Stevenson RJ. Hemorragia gastrointestinal en niños. *Clin Surg NorTEAM* 1985; 65:1455-1480.
15. Treem WR. Gastrointestinal bleeding. *Endosc Clin North Am* 1994; 1-97.
16. Cynanon HA, Milov DE, Andres JM. Diagnosis and management of colonic polyps in children. *J Pediatr* 1989; 114: 593.
17. Mestre JR. The changing pattern of juvenile polyps. *Am J Gastroenterol* 1986; 81: 312.
18. Elitsur Y, Koh SJ, Moshier JA y cols. Ornithine descarboxylase and trypsin activity in juvenile polyps of childhood. *Pediatr Res* 1995; 35: 574-578.
19. Martins V, Goncalves M, Leal MJ. Colorectal prolaps in a child with severe form of juvenile polyposis. *Acta Med Port* 1995; 8: 369-372.
20. Ko FY, Wu TC, Hwang B. Intestinal polyps in children and adolescents: A review of 103 cases. *Acta Paediatr Sin* 1995; 36: 197-202
21. Liu TH, Chen MC, Tseng HC y cols. Malignant change of juvenile polyp of colon. *Chin Med J* 1978; 4: 434-439.
22. Sakai Y. Edit. *Practical fiberoptic colonoscopy*. Igaku-Shoin, New York-Tokyo 1981.
23. Silvis S. Edit. *Therapeutic gastrointestinal endoscopy*. Igaku-Shoin, New York-Tokyo 1985.
24. Hirschowitz BL. A fiber optic flexible esophagoscopy (Letter). *Lancet* 1963; 2: 388.
25. Deste A, Lepre A, Zambelli A. Polyps of the colon and rectum in childhood. Practical importance of endoscopic examination. *Pediatr Med Chir* 1987; 9: 71-74.
26. Martel W, Rubin J. The barium enema: technique value and limitation. *Cancer* 1971; 28: 137-143.
27. Alabaster O. Colorectal cancer. Epidemiology, risks and prevention. In: *Gastrointestinal Oncology*. Lippincott Co. 1992; 262-265.
28. Macrae FA, Tan KG, Williams CB. Towards safer colonoscopy: A report on the complications of 5000 diagnostic or therapeutic colonoscopies. *Gut* 1983; 24: 376-383.