

Pólipo inflamatorio del intestino en el niño

Por:

Dr. NÉSTOR ACOSTA TIELES,* Dra. MERCEDES RONDA,**
y los Alum.: MARIO LLOBET PÉREZ,*** NÉSTOR GONZÁLEZ ARCE,***
JULIO A. PÉREZ GARCÍA***

Acosta Tielés, et al. *Pólipo inflamatorio del intestino en el niño*. Rev. Cub. Ped. 46: 6, 1974.

Se estudian 15 casos de lesiones únicas del colon y recto, que se definen en la literatura como pólipos inflamatorios, pólipos juveniles, pseudopólipos, etc., con las características histológicas en las que se entremezclan los elementos de tipo glandular con dilatación quística, células inflamatorias y un estroma de tejido conectivo variado, así como reacción ósea vista por nosotros en dos de los casos. Estos pólipos inflamatorios, generalmente son lesiones únicas, raras veces recidivan y por los conceptos vertidos no tienen carácter maligno. Suelen encontrarse alrededor de los 6 ó 7 años de edad y el síntoma predominante es el sangramiento rectal. Ellos deben diferenciarse de otras formas de pólipos que pueden tener un carácter maligno. En cuanto al mecanismo patogénico, no existe una teoría convincente para este tipo de lesión, aunque nosotros nos acercamos al planteamiento hipotético hecho por *Klepinger*.

INTRODUCCION

No es raro que a nuestros cuerpos de guardia nos lleguen madres preocupadas porque sus niños han expulsado un material de aspecto carnosos por el ano, u otras veces se trate de un sangramiento espontáneo por la misma vía. En el primer caso, lo más probable es que se trate de un pólipo benigno; en la segunda eventualidad, es importante tener en cuenta el diagnóstico de esta patología, relativamente frecuente.

Por este motivo, nos propusimos hacer este trabajo en el que se recogen los aspectos más importantes del llamado pólipo juvenil o pólipo inflamatorio de intestino.

MATERIAL Y METODO

En nuestro estudio se escogieron 15 muestras que se correspondieron con estructuras definidas como pólipos inflamatorios del intestino, durante un período de 5 años, en un total de 5 414 biopsias. El promedio de edad fue de 6 años, siendo el niño menor, de 3 y el mayor de 11.

En este grupo no se encontraron diferencias de raza o sexo.

Como manifestación clínica más precoz, sobresalió el sangramiento rectal intermitente, el cual estuvo presente en el 100% de los casos en algún momento de su

* Jefe del departamento de patología de los hospitales infantil docente "A. A. Aballí" e infantil docente "10 de Octubre".

** Jefe del departamento de patología del hospital infantil docente "Stgo. de Cuba".

*** Alumno de 5to. año de la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana.

evolución. Se presentó anemia moderada con menos de 10 g de hemoglobina en un 50% de los casos. Se comprobó que en un 33% había parasitismo intestinal.

Los pólipos se localizaron:

11 casos en el recto y cerca del ano.

1 caso en la unión rectosigmoidea.

1 caso en el colon ascendente.

1 caso en la válvula ileocecal, ello provocó una invaginación intestinal.

1 caso en colon descendente.

En nueve casos, el pólipo se extrajo por exéresis quirúrgica; dos por rectosigmoidoscopia y cuatro fueron expulsados espontáneamente.

Las piezas para su estudio fueron fijadas en formol al 10%. Se utilizó la hematoxilina-eosina para su tinción, no requiriéndose otros estudios.

El examen macroscópico de cada uno de ellos siempre fue el mismo, con ligeras variantes en cuanto a la superficie que fue más o menos granulosa. El tamaño fue variable entre uno y dos cm de diámetro mayor. El corte ofrecía en cada caso un aspecto *criboso*, representativo de las dilataciones glandulares, condensaciones del tejido fibroso y pequeñas áreas hemorrágicas. El aspecto microscópico fue también variable, con predominio de algunas estructuras sobre otras; sin embargo, en general predominaban las formaciones glandulares con dilataciones quísticas de algunas de ellas y contenido abundante de mucus. La rotura de estas últimas glándulas dejaban escapar su contenido hacia el estroma. En este tejido de sostén, o sea el estroma, se encontraban abundantes células inflamatorias con predominio de neutrófilos y en algunos pólipos se hacía evidente la presencia de numerosos eosinó-

filos. El borde de cada preparación estaba constituido por un tejido de granulación y restos necróticos.

Un hallazgo importante en dos de nuestros casos fue la presencia de tejido óseo bien definido dentro del estroma, interpretándose este fenómeno como una metaplasia del propio tejido. No se encontraron otros detalles de importancia.

COMENTARIOS

El pólipo inflamatorio del intestino ha recibido diferentes denominaciones por distintos autores; algunos le llaman pólipos inflamatorios juveniles, otros como pseudo-pólipos inflamatorios o pólipos pseudoadenomatosos y hay quien los denomina como pólipos de retención. Estas designaciones indican un carácter histológico de este tipo de lesión, por lo que a nosotros, nos gusta más emplear simplemente el nombre de *pólipo inflamatorio*, porque de esta forma se señala el carácter benigno de este tipo de estructura.

Según *Gross*,¹ en 208 pacientes con pólipos del intestino, señaló que éstos eran infrecuentes en el primer año de la vida y que su incidencia mayor estaba entre los 2 y 8 años de edad. Datos suministrados por *Klepinge*,² recogen 15 casos de pólipos inflamatorios en niños, 11 de los cuales estaban alrededor de los 5 años de edad. *Kerr*,³ en exámenes realizados a 349 niños con síntomas intestinales, encontró 100 casos con pólipos. De éstos, 93 tenían 11 años de edad o menos, con un promedio de 3,4 años de edad. *Toccalino*,⁴ en un total de 4000 consultas pediátricas encontró 50 pólipos únicos localizados en el colon, principalmente en la última parte del mismo. La edad de sus pacientes varió entre 21 meses y 11 años de edad.

En cuanto al sexo, se describe que la incidencia mayor recae sobre el niño va-

ión, aunque en nuestros casos estuvieron afectados ambos sexos por igual.

Todos los autores^{1,2,4,6,7} coinciden en que estos pólipos se localizan preferentemente en el colon, en su última porción, y su mayor incidencia en los últimos cm del recto. En nuestro material, más del 70% se hallaron en el recto, y el resto aisladamente en otras partes del colon. *Shnika* y *Sherbaniuk*⁵ reportan 4 casos de lesiones de este tipo localizadas en el apéndice, ellos las denominan como adenomatosas, pero en general, comportan la misma característica inflamatoria, que los pólipos vistos en otras partes del colon.

El aspecto más discutido en la literatura es su carácter benigno o maligno. Señalan *Knox* y *cols.*,⁶ que de acuerdo a los conocimientos actuales ellos no representan lesiones premalignizantes. *Mauro* y *Prior*,⁷ basados en el estudio de sus pólipos, señalan que las muestras microscópicas revisadas por ellos, estaban caracterizadas por una superficie reemplazada por un tejido de granulación con abundante estroma, glándulas quísticas y un infiltrado inflamatorio. De acuerdo a estas características, estos autores separan los pólipos inflamatorios de los pólipos adenomatosos vistos en el adulto, ya que estos últimos poseen una estructura vellosa y multilobular que los define.

*Helwig*⁸ presentó un excelente trabajo sobre este tipo de pólipo, al cual le llamó lesión inflamatoria tipo pólipo de retención con formas transicionales que se acercaban a la lesión tipo granuloma piógeno, concluyendo que estos pólipos son simplemente inflamatorios.

Weakley y *col.*,⁹ han señalado el carácter hamartomatoso de estas lesiones.

Nuestros casos mostraron el mismo patrón histológico señalado por otros autores, por lo que pensamos que ellos son netamente inflamatorios y generalmente benignos. Acerca de esto último contribuye el factor de que casi siempre son únicos y que muy pocas veces recidivan. También podemos apuntar que el pólipo premaligno comporta otra característica histológica.

Estos pólipos inflamatorios deben distinguirse de la *Enfermedad de Peutz Jeghers*, en la cual los pólipos son siempre múltiples, afectan el intestino delgado y se acompaña de pigmentación melanótica de la piel. La diferenciación con el *granuloma piógeno* es sumamente fácil, ya que en éstos predomina el tejido de granulación con algunas pocas glándulas dilatadas.

En cuanto a la etiología del *pólipo inflamatorio juvenil*, permanece oscura, invocándose varias teorías, tales como la posibilidad de trauma de la mucosa, hiperplasia epitelial primaria, irritación crónica, defectos embrionarios, así como otros factores. Algunos plantean hipotéticamente, que la obstrucción de las glándulas puede ocurrir después de una ulceración o inflamación con formación de un pólipo pediculado. Esta última observación parece ser la más lógica, y nosotros pensamos que todos estos eventos se inician con la oclusión de las glándulas, ruptura de las mismas y reacción inflamatoria secundaria periglandular; inclusive la reacción ósea, vista en dos casos nuestros, puede deberse a la transformación metaplásica del estroma, por la reacción inflamatoria.



Fig. 1.—Vista radiológica de los pólipos inflamatorios situados a nivel del colon.



*Fig. 2.—Vista macroscópica de un pólipo inflamatorio localizado en el colon ascendente cerca de la válvula ileocecal, el cual actuaba como cabeza de una invaginación intestinal. Se puede apreciar la superficie externa de la masa tumoral, la cual es granulosa. En la mucosa del colon se pueden apreciar algunos parásitos (*Trichuris trichiura*).*

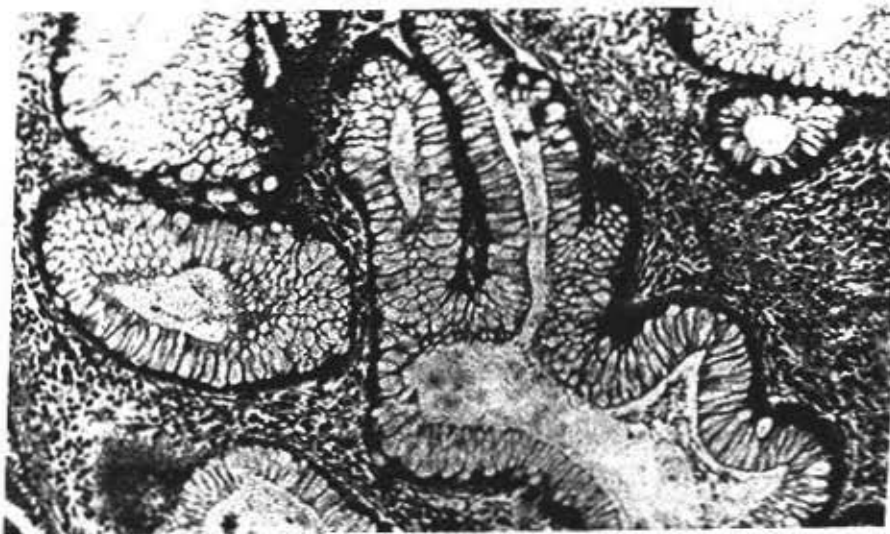


Fig. 3.—Vista microscópica de este tipo de pólipo, en la cual se observan las glándulas muy semejantes a las del colon normal. El estroma infiltrado por células inflamatorias.

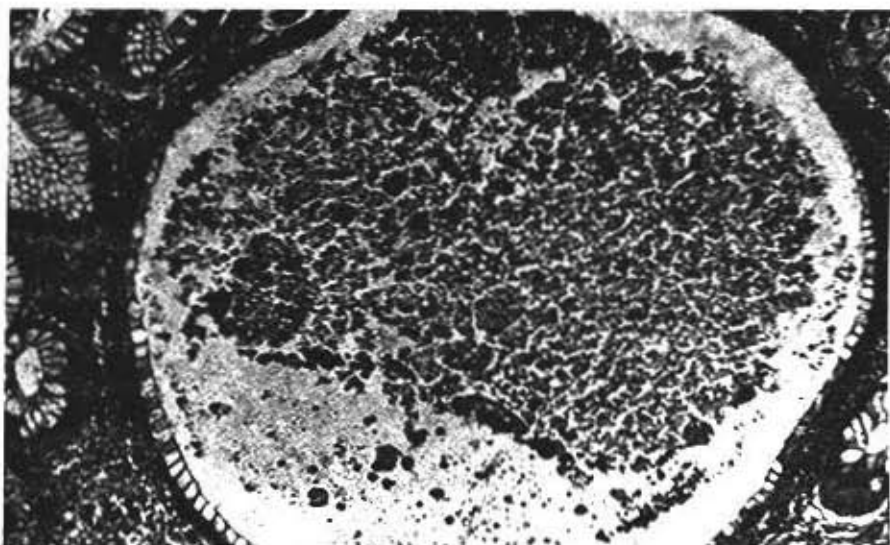
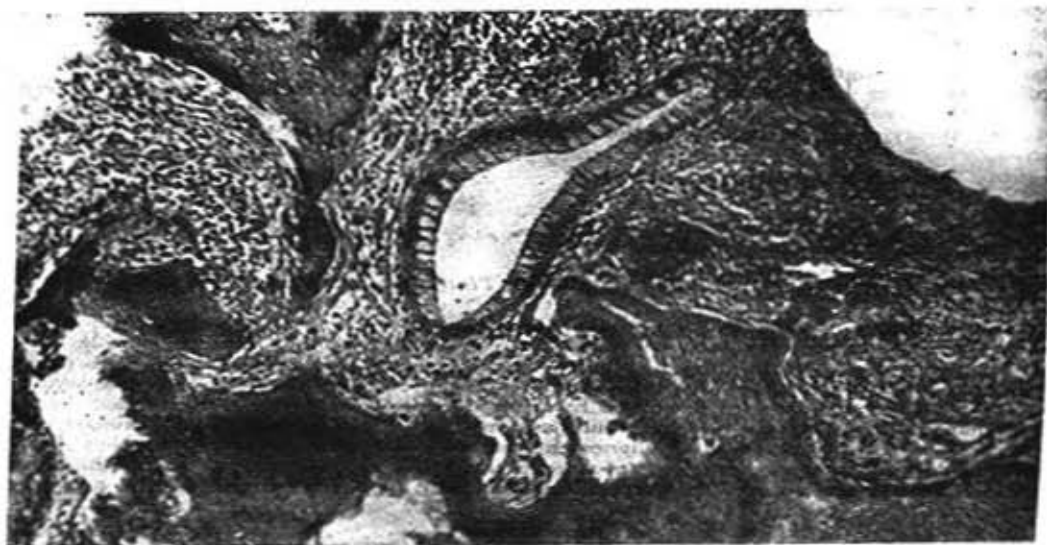


Fig. 4. Vista microscópica de una glándula dilatada, con aspecto quístico y en su luz contiene abundantes restos necróticos.



Fig. 5.—Vista microscópica en la cual se observan glándulas dilatadas y en el centro de la preparación, un nódulo linfóide bien constituido; alrededor hay infiltrado inflamatorio crónico.



Figs. 6 y 7.—Reacción ósea de dos pólipos distintos en un estroma densamente infiltrado por células inflamatorias.

SUMMARY

Acosta Tieleo, N. et al. *Intestinal inflammatory polyp in child*, Rev Cub Ped 46: 6, 74.

Fifteen cases of single colon and rectum lesions are studied. These are defined in literature as inflammatory polyps, pseudopolyps, etc., with histological characteristics in which elements of glandular type are intermingled with cyst dilatation, inflammatory cells and a stroma of varied connective tissue, as well as osseous reaction seen by us in two cases. These inflammatory polyps are usually single lesions which rarely relapse and, according to the judgments construed, they do not have a malignant nature. They are usually found between 6 and 7 years of age, the prevailing symptom being rectal bleeding. They should be differentiated from other types of polyps which may have a malignant nature. Concerning the pathogenic mechanism, there is no convincing theory for this type of lesion, although we come near to Klepinger's hypothetical assertion.

RESUME

Acosta Tieleo N. et al. *Polype inflammatoire de l'intestin chez l'enfant*, Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

On étudie 15 cas de malades avec de lésions au côlon et au rectum définies dans la littérature comme des polypes inflammatoires, juvéniles, pseudopolypes, etc. Parmi leurs caractéristiques histologiques on trouve des cellules inflammatoires et une estrone de tissu connectif varié, ainsi qu'une réaction osseuse dans les deux cas. En général ces polypes inflammatoires sont des lésions uniques, non malignes et que ne récidivent pas toujours. Il est fréquent de les trouver chez les enfants âgés de 6 à 7 ans, étant le saignement rectal le symptôme principal. On doit distinguer ces polypes de ceux qui peuvent avoir un caractère malin. En ce qui concerne le mécanisme pathogénique, il n'existe pas encore une théorie évidente pour type de lésion, bien que nous sommes près des hypothèses établies par Klepinger.

РЕЗЮМЕ

Акоста Тиедео Н., и др. Воспалительный полип кишечника у ребенка. Rev Cub Ped 46: 6, 1974.

Проводится изучение 15 больных единичными поражениями ободочной и прямой кишки, известными в литературе под названиями воспалительных полипов, ювенильных полипов, псевдополипов, итд. В гистологической характеристике сочетаются аспекты glandулярного типа с кистозной дилатацией, воспалительные клетки и строма разнообразной соединительной ткани, а также костная реакция, отмеченная нами в двух случаях. Эти воспалительные полипы как правило представляют собой единичные поражения, с редкими рецидивами и, согласно существующим представлениям, не имеют злокачественного характера. Обычно обнаруживаются примерно в возрасте 6-7 лет и главным симптомом является кровотечение из прямой кишки. Эти полипы следует отличать от других видов, имеющих злокачественный характер. Что касается патогенного механизма, нет убедительной теории, объясняющей это поражение; однако, мы более близки к гипотезу Клепингера.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Gross, R. E. The Surgery of Infancy and Childhood. Philadelphia W. B. Saunders Co. Edition, 1953.
- 2.—Klepinger, A. C., E. E. Pontius. Inflammatory polyps of the intestinal tract, J Clin Path 42: 371, 1964.
- 3.—Kerr, J. G. Polyposis of the colon in children. Am J Surg 76: 669, 1948.
- 4.—Toccalino, E. H. et al. Juvenile polyps of the rectum and colon. Act Paediat Scand 62: 337, 1973.
- 5.—Shnitka, K. T., W. R. Sherbaniuk. Adenomatous polyps of appendix in children. Gastroenterology, 32: 462, 1957.
- 6.—Knox, W. G. et al. Juvenile polyps of the colon. Surgery, 48: 201, 1950.

7.—*Mauro, J., J. T. Prior.* Gastrointestinal polypoid lesions in childhood *Cancer, 10:* 131, 1957.

9.—*Weakley, F. L. et al.* What about large bowel polyps in children? *Clev Clin Quart 30:* 199, 1963.

8.—*Helwig, E. B.* Adenomas of the large intestine in children, *Am J Dis child 72:* 289, 1946.

Recibido el trabajo: junio 26, 1974.