

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE
CAMAGUEY

Poliposis infantil

Reporte Inicial de 30 Casos*

Por los Dres.:

MANUEL ESTRADA RODRÍGUEZ,** LUIS CÓRDOVA VARGAS,***
LUIS ALVAREZ CARRAZANA,**** e Interno LUIS ABELLO

Estrada Rodríguez, M. *Poliposis infantil. Reporte inicial de 30 casos.* Rev. Cub. Ped. 47: 2, 1975.

Se presentan 30 casos portadores de poliposis infantil intestinal estudiados por nuestro servicio. Se realiza una correlación clinicoradiológicoendoscópica e histológica de los hallazgos obtenidos; se revisa la literatura al respecto.

En nuestra provincia, en estos últimos años, el sangramiento rectal o enterorragia ha dejado de ser un elemento clínico de etiología imprecisa. Los métodos endoscópicos actuales (rectosigmoidoscopia y colonoscopia) han demostrado que la poliposis infantil es una entidad que presenta dicho sangramiento en casi un 100% de los casos.^{1,2,3}

Esto motivó una revisión clinicoradiológicoendoscópica e histológica en nuestro hospital pediátrico provincial docente, que a continuación detallamos.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 40 HC, a las cuales se les exigieron los siguientes patrones:

1. Historia clínica completa.
2. Exámenes de laboratorio:
 - 2.1. Hemograma con diferencial
 - 2.2. Coagulograma mínimo completo
 - 2.3. Heces fecales seriadas
 - 2.4. Coprocultivos seriados.
3. Rectosigmoidoscopia con la comprobación histológica.
4. Examen radiográfico de colon por enema. (durante su estadía en la sala o posterior al alta).

Los rectosigmoidoscopios usados: el modelo *National* y el modelo soviético; este último es el más usado por nosotros, por presentar una luz más nítida.

Se recogieron como datos de importancia: la edad, sexo, raza y área de cada caso así como el síntoma predominante, tacto rectal y si concomitaba parasitismo. Se determinó a qué por ciento de los casos se le efectuaron radiografías de colon por enema durante su estadía en nuestro hospital y posteriormente. Finalmente se clasificó y se señaló la ubicación topográfica de cada poliposis.

* Trabajo presentado en la Jornada Obstétrica-Pediátrica Provincial, 1973.

** Especialista de 1er. grado en gastroenterología y jefe del frente provincial de gastroenterología.

*** Especialista de 1er. grado en pediatría y subdirector docente.

**** Jefe del frente provincial de anatomía patológica.

COMENTARIOS

En el cuadro I observamos que la edad promedio fue de seis años y dos meses.

La menor edad de 16 meses, el sexo predominante, el masculino, la raza blanca y el área rural.

CUADRO I

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE. CAMAGÜEY
RESULTADOS OBTENIDOS EN 30 PACIENTES PORTADORES DE POLIPOSIS

Edad promedio	Mayor edad	Menor edad	Sexo	Raza	Area (U-R)
6 años y 2 m.	11 años	16 meses	M-16 F-14	B-25 M-03	R-16 U-11

CUADRO II

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE. CAMAGÜEY
ELEMENTOS PREDOMINANTES EN 30 POLIPOSIS INFANTILES. (HOSP. DOC. PED.)

Sintoma más frecuente	Tacto rectal	Parasitismo	Prurito anal
Sangramiento rectal o enterorragia (100%)	26 casos (86,6%)	6 casos (20%)	6 casos (20%)

Clinicamente solamente tres casos presentaron anemia evidente.

Hemoglobina menor de 10 g	Coprocultivos seriados	Esteatorrea
Solamente los 3 casos anteriores	Negativos	No

Ninguno de los casos cursó con una eosinofilia marcada (8% el máx.).

Recordar que el parásito predominante fue el Trichuris trichura, lo cual explica la ausencia de eosinofilia.

En el cuadro II observamos que el sintoma predominante fue la enterorragia o sangramiento rectosigmoideo (100% de los casos estudiados) con una intensidad variable. En 26 casos la tumoración polipoidea era tactable, lo cual ofrece un alto porcentaje diagnóstico y reafirma la gran utilidad práctica del tacto rectal en los sangramientos de este tipo, sobre todo cuando la imagen polipoidea se encuentra situada a 5-6 cm del ano. Solamente fue imposible tectar cuatro casos, por presentar los pólipos a 10-16 cm.

En seis casos se diagnosticó parasitismo concomitante (con predominio de trichuriasis), lo cual demuestra nuevamente que ambas entidades pueden concomitar, lo cual puede crear una confusión diagnóstica, sobre todo si se trata de una amebiasis.

Al 50% de los casos ingresados se le efectuó rayos X de colon por enema (cuadro III). La negatividad tan alta que observamos no constituye una sorpresa, ya que la mayoría de los pólipos eran únicos y pequeños, menor de 1 cm), lo cual

acarrea frecuentemente una negatividad radiológica, inclusive con el neumocólon.

En el cuadro IV ofrecemos una clasificación de la poliposis bastante actualizada: obsérvese que existen fundamentalmente dos grandes grupos: las hereditarias⁶ y no hereditarias.⁶ El 90% de

nuestros casos se clasificó dentro de los pólipos ocasionales, hubo un caso de poliposis familiar (lamentablemente la genealogía quedó inconclusa por la no comparecencia de algunos familiares) y dos casos que corresponden al síndrome de Peutz-Jeghers.

CUADRO III

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE, CAMAGÜEY EXAMENES RADIOLOGICOS EFECTUADOS A LAS POLIPOSIS

Número de rayos X de colon por enema (ingresados).....	15 casos (50%)
No concluyentes	1 casos
Positivos	3 casos
Negativos	8 casos
Total:	15 casos

CUADRO IV

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE, CAMAGÜEY POLIPOSIS GASTROINTESTINAL HEREDITARIA

	Poliposis familiar	Síndrome de Gardner	Síndrome Peutz-Jeghers	Síndrome de Turcot	Pólipos ocasionales
Pólipos de estómago	+	+	+	0	+
Yeyuno e íleon	+	+	++++	0	+
Colon y recto	++++	+++	++	++	+++
Tumores de tejidos duros y blandos	0	++++	0	+	0
Pigmentación	0	0	++++	0	0
Tumores del sistema nervioso central	0	0	0	++++	0

POLIPOSIS GASTROINTESTINAL NO HEREDITARIA

		Síndrome de Cronkhite-Canada
Onicotrofia	++++	
Alopecia	++++	
Pólipos gastrointestinal	++++	

Uno de los casos fue sometido a un exhaustivo análisis genealógico y actualmente su padre es portador de la entidad.

Al cierre de este trabajo, un primo fue sometido a una rectoscopia, se le extirpó cuatro pólipos rectales y presentó melanodermia bucal evidente. Igual ocurre con un hermano de nuestra paciente.

Por último, en el cuadro V, presentamos los tipos histológicos de nuestras poliposis; de ellas 27 casos pertenecen a pólipos juveniles (90%), 2 casos a pólipos adenomatosos y un caso posiblemente corresponde a un pólipo hamartomatoso que pertenece al síndrome de Peutz-Jeghers.

CUADRO V

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE, CAMAGÜEY
POLIPOSIS GASTROINTESTINAL HEREDITARIA ENCONTRADA EN LOS 30 CASOS

Pólipos juveniles 27 casos (90%)	Pólipos adenomatosos 2 casos (6.6%)	Pólipos hamartomatosos Un caso (3.3%)
Pólipos ocasionales 27 casos (90%)	Poliposis familiar Un caso (3.3%)	Síndrome Peutz-Jeghers 2 casos (6.6%)
<i>Localización:</i>	<i>Localización:</i>	<i>Localización:</i>
Recto — 23 casos	Recto — un caso	Recto — 2 casos
Sigmoides — 4 casos	Colon — un caso	Colon — 2 casos
		Fosa nasal — un caso
Correlación endoscópica-histológica: 100%.		

CUADRO VI

HOSPITAL PEDIATRICO PROVINCIAL DOCENTE, CAMAGÜEY
CONFRONTACION CLINICA, RADIOLOGICA, ENDOSCOPICA E HISTOLOGICA

Elemento clínico predominante:	Enterorragia	(100%).
Correlación tacto rectal-endoscopia:	Positiva	(100%).
Correlación endoscopia-histología:	Positiva	(100%).
Positividad radiológica en 15 casos:	Sólo el 20%.	

Conclusiones: El diagnóstico de una poliposis al nivel del recto presenta los siguientes elementos:

- 1 — Enterorragia.
- 2 — Tacto rectal positivo (hasta 5-6 cm).
- 3 — Rectoscopia para visualizar el pólipo.
- 4 — Corte histológico que lo confirme.

La radiografía no es útil si el (los) pólipo(s) presenta(n) un tamaño pequeño (menor de 1 cm).

Llama poderosamente la atención que los dos casos portadores del síndrome de *Peutz-Jeghers* no presentaron radiológicamente imágenes polipoideas en el yeyuno-íleon, ya que clásicamente es en ese segmento intestinal donde con más frecuencia se observa esta patología. En el cuadro VI aparece una correlación clinicoradiológicoendoscópica y anatómica de los 20 casos presentados y se señalan los elementos diagnósticos imprescindibles en una poliposis rectal.^{8,9,10,11,12}

Insistiremos, pues, en que todo niño con enterorragia con parasitismo o sin él (amebiasis), se le debe indicar una rectoscopia (previo tacto rectal) para poder afirmar o negar la presencia de poliposis rectal. Además, aunque la poliposis colónica, con el advenimiento del colonoscopia presenta un alto índice diagnóstico, no olvidemos las poliposis yeyunoileales (que en ocasiones no presentan radiológicamente imagen polipoidea) y las gastroduodenales que, aunque infrecuentes, tienen un diagnóstico certero en pacientes mayores de 10 años por medio del GIF (*gastrointestinal fiberoscope*).

CONCLUSIONES

Se presentan 30 casos portadores de poliposis infantiles; se hace una confrontación clínica, radiológica, endoscópica e histológica (cuadro VI) de donde se concluye:

1. Frente a todo sangramiento rectal persistente en el niño, a pesar de presentar parasitismo (amebiasis, por ejemplo) en heces fecales, sugerimos efectuar una rectoscopia (previo tacto rectal) o una colonoscopia (si necesario) en los servicios que posean tal endoscopia (para las poliposis colónicas).
2. Después de efectuar la rectoscopia debe indicarse un colon por enema (si es posible neumocolon) para descartar poliposis colónica; al igual que un tránsito intestinal para detectar las poliposis yeyunoileales. En casos excepcionales, si la edad lo permite (mayor de 10 años), efectuar gastroscopia con biopsia si se sospecha una poliposis gástrica.
3. El síndrome de *Peutz-Jeghers* no es una entidad tan infrecuente como lo demuestra este trabajo: la melano-dermia bucal y la poliposis gastro-intestinal son elementos diagnósticos frecuentes en esta entidad.
4. Insistimos en que el tratamiento quirúrgico precoz, ya sea por vía rectal o abdominal (según la topografía de la poliposis), nos evita cualquier complicación que pueda agravar el estado de nuestros pacientes.

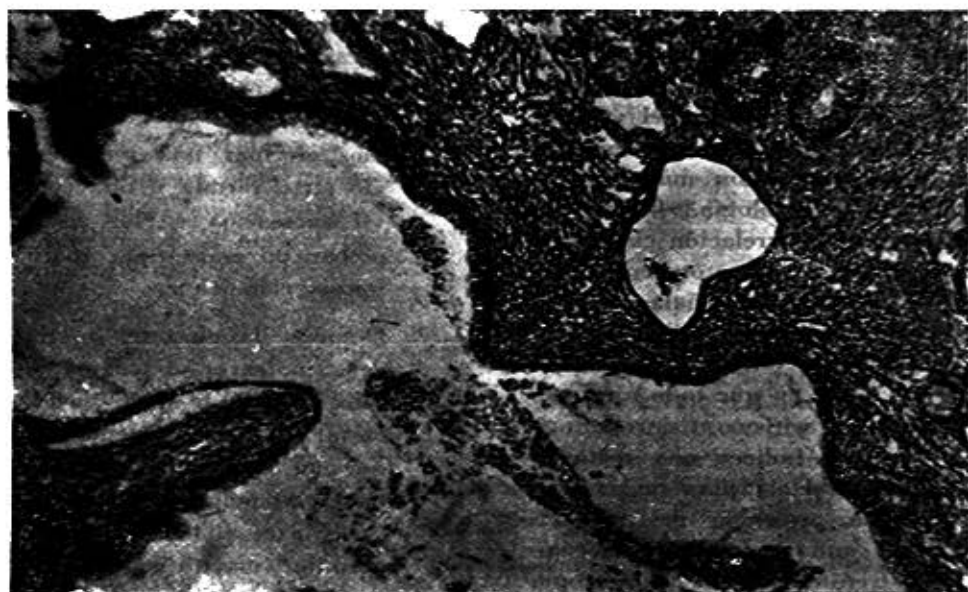


Fig. 1.—Corte histológico de un pólipo juvenil; obsérvense las glándulas con dilataciones quísticas y el infiltrado inflamatorio existente en el estroma.



Fig. 2.—Pigmentación bucal típica del síndrome de Peutz-Jeghers.

SUMMARY

Estrada Rodriguez, M. *Infantile polyposis. An initial report of 30 cases.* Rev Cub Ped 47: 2, 1975.

Thirty patients with infantile intestinal polyposis studied at our service are presented. Clinico-radiological, endoscopic and histological findings are correlated, and literature is reviewed.

RESUME

Estrada Rodriguez, M. *Polypose infantile. Rapport initial de 30 cas.* Rev Cub Ped 47: 2, 1975.

A propos de 30 cas porteurs de polypose intestinale infantile. Il s'établit un rapport clinico-radiologico-endoscopique et histologique des trouvailles obtenues. On révisé la littérature à propos de ce sujet.

РЕЗЮМЕ

Естрада Родригез М. Детский полипоз. Начальное сообщение 30 случаев. Rev Cub Ped 47:2, 1975.

Представляются 30 случаев страдающих от детского кишечного полипоза изученные в нашем отделении. Проводится клинико-радиологическо-эндоскопическо и гистологическое соотношение находок. Рассматривается литература.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Bartholomew, L. G. et al.* Intestinal polyposis associated with mucocutaneous melanin pigmentation (Peutz Jeghers Syndrome). Proc. Staff Meet. Mayo Clin 32: 675, 1957.
- 2.—*Estrada Rodriguez, M. y Zamora A. O.* Síndrome de Peutz Jeghers. Rev Cub de Med 12: 2, 1973.
- 3.—*Cronkhite, L. W. y Canada, W. J.* Generalized gastrointestinal polyposis. Un unusual syndrome of polyposis, pigmentation alopecia and onichotrophice. New. Eng. J. Med. 252: 1011, 1955.
- 4.—*Gardner, E. J. and Richards, R. C.* Multiple cutaneous and subcutaneous lesions occurring simultaneously with hereditary polyposis and osteomatosis. Am J Hum Gen 5: 139-147, 1953.
- 5.—*Jarnums, S. and Jensen, H.* Diffuse gastrointestinal polyposis with ectodermal changes. Gastroenterology 50: 107-118, 1966.
- 6.—*Jeghers, H. V. A. et al.* Generalized intestinal polyposis and melanin spots of mucosa, lips and digits. A syndrome of diagnosis significance. New Engl J Med 241: 993-1005, 1949.
- 7.—*Kennedy, J. A. and Hirson, C.* A transient syndrome with Peutz Jeghers features and ectodermal changes. Proc R Soc Med 54: 234-235, 1961.
- 8.—*Lockhart-Mummey, H. E. et al.* Surgical treatment of familial polyposis of colone. S J Surgical 43: 476-481, 1956.
- 9.—*Manousos, O. and Webster, C. U.* Diffuse gastrointestinal polyposis with ectodermal changes. Gut 7: 375-379, 1966.
- 10.—*Peutz, J.L.A.* Very remarkable case of familial polyposis of mocus membrane of intestinal tract and nasopharynx accompanied by peculiar pigmentations of skin and mucous membrane. Maandsehr Kindergerneesk. 10: 134-146, 1921.
- 11.—*Robins, S.* Tratado de Patología 3ra. Edición, 1968.
- 12.—*Takahata, T. et al.* Generalized gastrointestinal polyposis associated with ectodermal changes and Protein-Losing Enteropathy with a dramatic response to Prednisona. Digestion 5: 153-161, 1972.
- 13.—*Tureot, J. et al.* Malignant tumor of central nervous system associates with familial polyposis of colon: Report of two cases. Dis Colon and Rect 2: 465-68, 1959.

Recibido el trabajo: Septiembre 16, 1974.