

CASO CLÍNICO

Pólipo cloacogénico inflamatorio (Presentación de un caso clínico)

Dr. Roberto Calva-Rodríguez, **.*** Dr. Mario Alberto González-Palafox, ** Dra. María Eugenia Rivera-Domínguez, *** Dr. Jorge Miguel García-Salazar, *** Dr. Daniel Calva-Cerdeira Bc.****

* Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. ** Hospital para el Niño Poblano. *** Hospital Betania. Puebla. México. **** Universidad de Iowa. USA.

Correspondencia: Dr. Roberto Calva-Rodríguez. Torre de Especialidades Hospital Betania, Puebla, México. 11 Oriente No. 1817-101. Puebla, Pue. C.P. 72500.

Recibido para publicación: 2 de mayo de 2006.

Aceptado para publicación: 14 de febrero de 2007.

RESUMEN **Introducción:** el pólipo cloacogénico inflamatorio, se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias, de tipo polipoide que involucran al recto bajo y la zona de transición del ano, está asociado con el llamado síndrome de prolapso de la mucosa debido al mal funcionamiento del esfínter interno del ano y de la musculatura que cubre el recto, resultado de un proceso inflamatorio crónico. La lesión es más común en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida, aunque puede presentarse en un rango que abarca desde los diez hasta los 83 años de edad. Cerca de 85% de las lesiones se localizan por arriba del borde anal y predominan en la pared antero lateral, estos pólipos varían de tamaño entre 3 a 4 cm de diámetro y de apariencia sésil. **Caso clínico:** paciente femenino de diez años de edad, quien presenta cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, vómito ocasional, estreñimiento, sangrado bajo de tubo digestivo, proctalgia y en algunas ocasiones diarrea. Cinco años después presentó el mismo cuadro, agregándose rectorragia. Dos años después (17 años) se realiza resección quirúrgica de pólipo cloacogénico en región anal. **Conclusiones:** esta entidad es rara en los niños, se describe con mayor frecuencia en adultos jóvenes, sin embargo, cuando se presenta en la infancia, las características de las lesiones pueden confundirse con neoplasias. El estudio histopatológico debe ser obligado en lesiones rectales de cualquier aspecto.

Palabras clave: Pólipo, tumor, prolapso, recto, intestino, cloacogénico.

SUMMARY **Introduction:** Cloacogenic Polyps are characterized by the presence of inflammatory lesions in the lower rectum, and the anal transition zone. The polyps can prolapse; this is due to the malfunction of the internal anal sphincter, and the smooth muscle that covers the rectum. This is the result of the chronic inflammatory process. The lesions are more common in women during the third and fourth decade of life, however lesion have been described in 10 and 83 year olds. 85% lesions are located above the anal border, and predominantly in the anterior lateral wall. The polyps vary in size from 3-4 cm in diameter, and have a sessile appearance. **Case report:** 10-year-old female presents with a 3-month history of irregular abdominal pain, with occasional vomiting, constipation, and occasional diarrhea. **Conclusions:** This entity of colon polyps is somewhat rare, and is seen in young adults; however, its presence in infancy requires that we think of this entity when we formulate our differential diagnosis. Due to the character of the lesions, this entity could be confused with colorectal malignant tumors. All children and infants with a rectal mass, and blood in their stools should get a biopsy sent for histopathology. This technique can aid in analyzing the origin of the lesion.

Key words: Polyp, tumor, prolapsed, intestine, rectum, cloacogenic.

INTRODUCCIÓN

El pólipo cloacogénico inflamatorio se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias, de tipo polipoide que involucran el recto bajo y la zona de transición del ano; se asocia con frecuencia al síndrome de prolапso de la mucosa, debido al mal funcionamiento del esfínter interno del ano y de la musculatura que cubre el recto, resultado de un proceso inflamatorio crónico.^{1,2} Fue descrito por primera vez en 1981.³ Una clasificación donde se exponen los tipos de pólipos, así como los síndromes polipósicos, se muestran en el *cuadro 1*.⁴

El pólipo cloacogénico inflamatorio se asocia a múltiples lesiones como: colitis quística profunda, en caso de que involucre la submucosa; síndrome de prolапso de mucosa cuando hay cambios asociados en relación al prolапso de la mucosa y a síndrome de úlcera rectal solitaria cuando hay lesiones inflamatorias de tipo ulcerativo.¹⁻¹⁰ Se ha propuesto como agente etiológico importante al daño directo en la mucosa.³

La lesión es más común en mujeres entre la tercera y cuarta décadas de la vida, aunque puede presentarse raramente en un rango que abarca desde los 10 hasta los 83 años de edad.^{2,3}

Entre los síntomas más comunes se incluye: dificultad para la defecación, constipación, dolor abdominal, proctalgia ano rectal, sangrado rectal de leve a moderado y presencia de moco en las evacuaciones. El prolапso rectal lo presentan alrededor de 80% de los pacientes.¹⁰

Cerca de 85% de las lesiones se localizan por arriba del borde anal y predominan en la pared antero lateral. Estos pólipos varían de tamaño entre 3 a 4 cm de diámetro y son de apariencia sésil.

Los pólipos están compuestos de glándulas con variable producción de moco y tienen una apariencia dentada similar a la vista en pólipos hiperplásicos, de los cuales se distinguen por la presencia de proliferación fibromuscular en la lámina propia, que da como consecuencia la distorsión arquitectónica de la mucosa tomando apariencia de hiperplasia y microscópicamente de forma vellosa.^{1,2,11}

El diagnóstico se realiza por medio de una historia clínica y exploración física cuidadosa, resaltando la importancia del tacto rectal, la rectosigmoidoscopia, cineproctografía y el diagnóstico definitivo por el estudio histopatológico de la lesión por medio de la biopsia.¹²

El diagnóstico diferencial se debe de hacer principalmente con procesos inflamatorios comunes, heridas isquémicas, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, síndrome de Cowden y neoplasias.

El tratamiento es la resección quirúrgica, colostomía diverticular o reparación del prolапso rectal y el uso de sulfazalacina local, corticoesteroides y antibióticos.

El objetivo de la presente comunicación, es la de informar el caso de una paciente del sexo femenino con síntomas abdominales difusos desde los 10 años de edad, la que acudió a consulta cinco años después. Se resalta la importancia del estudio histopatológico en estos niños.

CASO CLÍNICO

Se trata de una jovencita de 17 años de edad, que a los diez años presentó un cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por dolor abdominal, vómito ocasional, estreñimiento y en algunas ocasiones diarrea.

CUADRO 1 CLASIFICACIÓN DE LOS PÓLIPOS Y SÍNDROMES DE POLIPOSIS INTESTINALES

Pólipo	Patogénesis	Síndrome polipósico
Adenoma	Neoplasia	Poliposis adenomatosa familiar
Pólipo intestinal	Hamartoma	Poliposis juvenil
Pólipo de Peutz-Jeghers	Hamartoma	Síndrome de Peutz-Jeghers
Pólipo hiperplásico	¿Hipermadurez?	Poliposis hiperplásica
Pólipo inflamatorio	Inflamación	Poliposis inflamatoria
Prolapso de mucosa polipoide (incluye pólipo cloacogénico, pólipos mio glandulares e inflamatorios.)	Prolapso de mucosa	Poliposis con capuchón (cap)
Pólipo linfoide	Hiperplasia	Poliposis linfoidea
Pólipo linfomatoso	Neoplasia	Poliposis linfomatosa maligna
Pólipo fibroide inflamatorio	¿Trauma?	Fibroide inflamatorio

Cinco años después presentó rectorragia ocasional, con periodos de constipación. El tacto rectal fue normal. Se propuso realización de estudio endoscópico el cual no fue aceptado. Dos años después acudió nuevamente refiriendo rectorragia de leve a moderada, con dolor abdominal, se realiza tacto rectal donde se palpan múltiples irregularidades en el margen anal, se efectuó endoscopia observando imágenes micronodulares, que a su vez formaban nodulaciones de color aframbluesado en cara posterior de recto, abarcando aproximadamente 15 cm de longitud por 5 cm de ancho. No se encontró alguna otra anormalidad a lo largo del recto, colon descendente y transverso.

Se realizó resección del área afectada, observándose que las lesiones eran superficiales y abarcaban mucosa y submucosa (*Figuras 1 y 2*).

El estudio histopatológico de la lesión mostró mucosa con proyecciones de aspecto veloso cuyo revestimiento epitelial, en algunas áreas presentó erosión, en la lámina propia presencia de glándulas de apariencia dentada, proliferación fibroblástica, neoformación vascular, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, hiperplasia de músculo liso y en zonas de transición cambios reparativos, cuadro histopatológico



Figura 2. Acercamiento de las nodulaciones, donde se observan los micronódulos.



Figura 1. Imágenes micronodulares, que a su vez forman nodulaciones de color aframbluesado en cara posterior de recto.

gico característico de pólipos cloacogénicos inflamatorios (*Figuras 3-6*).

Se refirió evolución satisfactoria y asintomática durante dos años y medio sin presentar dolor, ni sangrado, sus evacuaciones se normalizaron. Persistió sólo la constipación en forma ocasional. Aproximadamente a sus 20 años reinició el cuadro con proctalgia que coincide al momento de evacuar, rectorragia que fue incrementando y sensación de cuerpo extraño en margen anal. Se realizó nueva exploración del colon por endoscopia, encontrando fisura anal amplia, paquete hemoroidal pequeño no sangrante y unas tres neoformaciones de tejido de aspecto polipoideo a 2 cm del margen anal en la cara posterior del recto, se complementó con estudio de colon por enema baritado que no mostró evidencia de otras lesiones, y se procedió a la resección completa de las lesiones descritas (*Figuras 7 y 8*). El estudio histopatológico mostró la presencia de hipertrofia de papillas del margen anal, no se encontró tejido sugestivo de pólipos.

COMENTARIOS

Este caso muestra lo escrupuloso que debe ser el clínico, especialmente el pediatra para investigar los pacientes

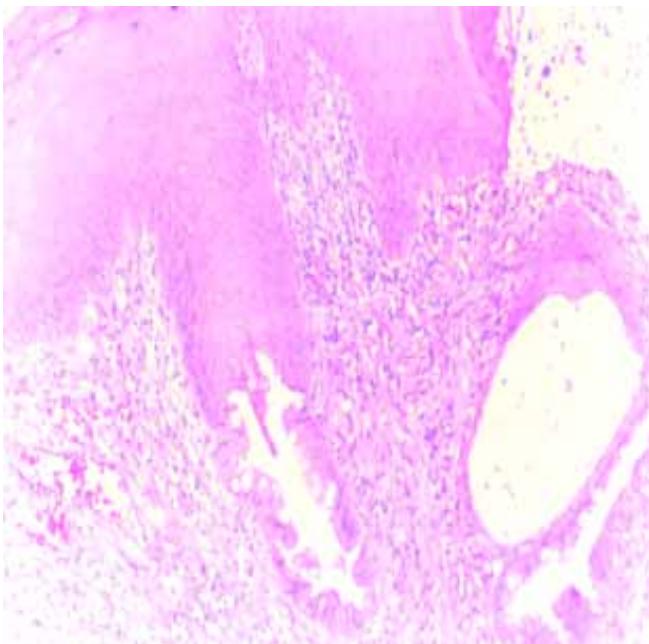


Figura 3. Pólipo cloacogénico inflamatorio, zona de transición con cambios reparativos. H-E 10x.

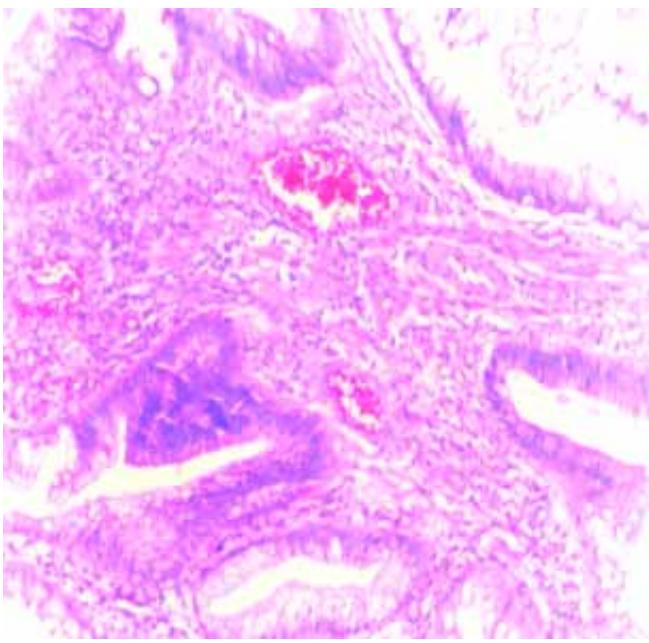


Figura 4. Pólipo cloacogénico inflamatorio, hiperplasia de músculo liso en la mucosa. H-E 40x.

que refieran sangrado de tubo digestivo, esta niña desde los 10 años manifestaba problemas difusos abdominales poco característicos, que en nuestro medio no orientan hacia algún problema en especial.

A los 17 años de edad, cuando inicia con sangrado, se interviene quirúrgicamente. Se encontró una lesión de

magnitud ya descrita; la primera impresión después de realizarle la exploración fue de un adenocarcinoma, por lo verrugoso y extenso de la lesión, logrando en esa intervención una resección amplia de la misma. Llama la atención que a los 20 años nuevamente con sangrado y al tacto rectal haya mostrado irregularidades y lesiones

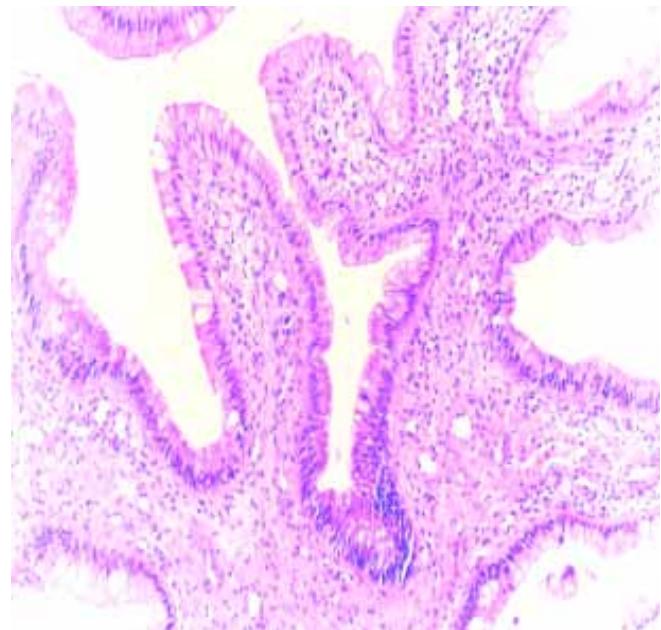


Figura 5. Pólipo cloacogénico inflamatorio, patrón veloso de la mucosa. H-E 10x.

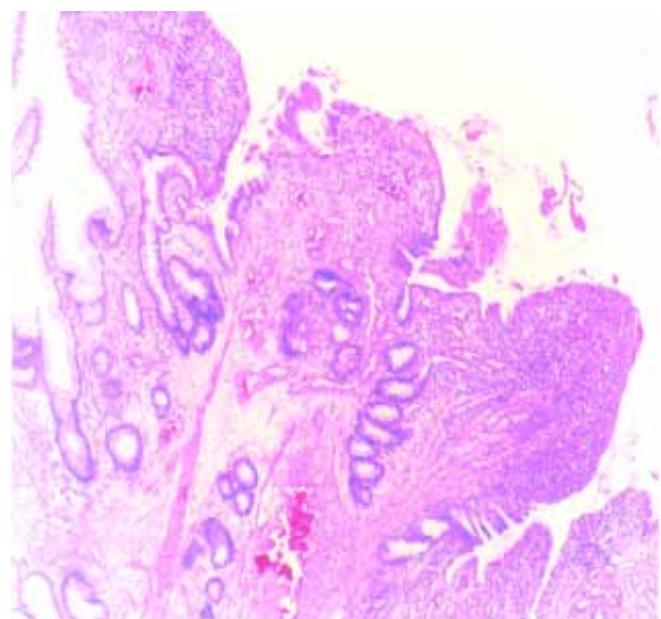


Figura 6. Pólipo cloacogénico inflamatorio, erosión de la mucosa, proceso reparativo e hiperplasia de músculo liso. H-E 10x.



Figura 7. Margen anal, en la porción superior se observa la fisura, en la parte inferior la hemorroide no inflamatoria ni sangrante.



Figura 8. Se observan las neiformaciones de tejido de aspecto polipoideo a unos 2 cm de la margen anal en la cara posterior del recto.

semejantes a la inicial, por lo se piensa en una recaída y que la historia natural de esta entidad al dejar un poco de tejido por lo extenso de la lesión anterior pudiera haber proliferado nuevamente, sin embargo en esta segunda intervención se lograron resecar satisfactoriamente las lesiones. El estudio histológico mostró sólo hipertrofia de papilas del margen anal. Se localizó una úlcera o fisura profunda y sangrante en la cara posterior del ano.

El presente caso permite comprobar lo que se menciona en la literatura acerca de la evolución natural de estas lesiones, por tal motivo se encuentran las manifestaciones en los adultos jóvenes, por lo que la variante denominada úlcera solitaria o prolapsio rectal puede ser el inicio de nuevas lesiones en un futuro y que las neoformaciones polipoideas vendrán con el tiempo y se instalen nuevamente a la edad de los 30 o 40 años.⁷⁻⁹

Si bien los problemas digestivos en los niños, ameritan un estudio diligente, con mayor razón lo requieren aquellos problemas que se presentan con sangrado, por este motivo es interesante el informar esta entidad y también el continuar su vigilancia estrecha con la finalidad de ofrecerle un tratamiento oportuno cuando se vuelvan a presentar los síntomas digestivos.

REFERENCIAS

- Levine DS. Solitary rectal ulcer syndrome: are “solitary” rectal ulcer syndrome and “localized” colitis cystic profunda analogous syndromes caused by rectal prolapse? *Gastroenterology* 1987; 92: 243-53.
- Goldman H. Other inflammatory disorders of the intestines. In: Goldman H (ed.). *Pathology of the Gastrointestinal Tract*. 1 Ed. Ed. McGraw Hill; 1992, p. 703-5 y 885-7.
- Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory cloacogenic polyp. *J Clin Pathol* 1999; 52: 393-4.
- Curr Diag Pathol* 1997; 4: 222-38.
- Godbole P, Botterill I. Solitary rectal ulcer syndrome in children. *Pediatr Surg* 2000; 85: 411-14.
- Chetty R, Bhathal PS. Prolapse induced inflammatory polyps of the colon and anal transitional zone. *Dis Col Rectum* 1976; 19(7): 611-13.
- Bogomoletz WV. Solitary rectal ulcer Syndrome. Mucosal Prolapse Syndrome. *Pathol Ann* 1992; 27: 75-86.
- Du Boulay CE, Fairbrother J, Issacson PG. Mucosal Prolapse Syndrome. A unifying concept for solitary ulcer syndrome and related disorders. *J Clin Pathol* 1983; 36: 1264-8.
- Ford MJ, Anderson JR, Gilmonr HM, Holts S, Sircus W, Heeding RC. Clinical spectrum of “solitary ulcer” of the rectum. *Gastroenterology* 1983; 84: 1533-40.
- Saul S H. Inflammatory Cloacogenic polyp. Relationship to Solitary rectal ulcer syndrome/mucosal prolapsed and other bowel disorders. *Hum Pathol* 1987; 18: 1120-5.
- Hanson IM, Armstrong GR. Anal intraepithelial neoplasia in an inflammatory polyp. *J Clin Pathol* 1999; 52: 393-4.
- Lobert PF, Appelman HD. Inflammatory cloacogenic polyp. A unique inflammatory lesion of the transition zone. *Ann J Surg Pathol* 1981; 5: 761-6.