

Artículo

Poliposis rectal en niños. ¿es realmente una patología benigna? Experiencia de cinco años con dos técnicas (polipectomía simple y polipectomía endoscópica) Hospital del Niño Morelense

Alma Dinorah González-Castillo, Araceli Leyva
Juan Pablo Castañeda-Saldivar

Servicio de Cirugía Pediátrica y Gastroenterología, Hospital del Niño Morelense
Gómez-Azcarate 240, Col. Lomas de la Selva, Cuernavaca, Morelos, México

Solicitud de sobretiros: Dra. Alma Dinorah González
Hospital del Niño Morelense, Gómez-Azcarate 240
Col. Lomas de la Selva, Cuernavaca, México

Resumen

Introducción: La poliposis rectal ha sido considerada una entidad benigna, sin embargo existe evidencia de pólipos adenomatosos por arriba de la unión rectosigmoidea, la técnica utilizada tradicionalmente para su extracción fue la polipectomía simple, la polipectomía endoscópica ha sido utilizada en los últimos años en la mayoría de los centros hospitalarios, en algunos lugares aun es controversial, motivo del presente estudio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 1999-2004 incluyendo 28 pacientes con poliposis rectal. Grupo 1 polipectomía endoscópica, Grupo 2 polipectomía simple.

Las variables analizadas edad, sexo, sintomatología clínica, técnica utilizada, histología, patología colónica asociada, complicaciones. Se utilizaron medidas de dispersión y tendencia central para las variables ordinales, y medidas de proporción para las variables nominales.

Resultados: Media a los cinco años, sexo masculino 2/1, los síntomas mas frecuentes fueron sangrado, prolapso del pólipo y dolor abdominal. En el Grupo 1, 27% de pacientes con polipos múltiples por arriba de la unión rectosigmoidea, 7% adenomatosos, una paciente con colitis ulcerativa crónica inespecífica. Del Grupo 2, cinco de ellos presentaron sangrado requiriendo colonoscopia en un segundo tiempo detectándose en tres de ellos sangrado del muñón, en uno hiperplasia nodular linfoide y en otro paciente poliposis múltiple.



Conclusiones: La polipectomía endoscópica debe ser considerado el método de elección para el tratamiento de la poliposis rectal ya que 1) es diagnóstico y terapéutico, 2) permite el diagnóstico de lesiones por arriba de la unión rectosigmoidea 3) opción de hemostasia con asa directa y 4) un solo tiempo anestésico.

Palabras clave: Polipo rectal; Polipectomía endoscópica.

Rectal polyps in children Is it really a benign disease? Five year experience in the children's hospital in Morelia, Mexico with two surgical techniques (simple polypectomy and endoscopic polypectomy)

Abstract

Introduction: Rectal polyps has been considered a benign disease, just in recent years by de introduction of endoscopy it has been discovered adenomatous lesions over the rectosigmoid union. In some hospitals it is yet controversial.

Material and methods: retrospective study since 1999-2004 including 28 patients with rectal polyps. Group 1 endoscopic polypectomy. Group 2 simple polypectomy. Variables included: age, sex, clinical symptoms, technique, histology, colonic pathology associated. We used dispersion length and central tendency for ordinal variables and proportion length for nominal variables. RESULTS: media (5 years), sex (masculin 2/1), bleeding, rectal protrusion, abdominal pain are the more frequent symptoms. Group 1: 27% have poliposis multiple, 7% adenomatous, one patient with chronic inespecific ulcerative colitis. Group 2: 5 patients required postoperative colonoscopy by bleeding, 3 of them bleeding by the pedicle, 1 of them with nodular linfoid hiperplasia and other one with multiple polyps.

Conclusions: Endoscopic polypectomy should be considered the optimal method for rectal polyps just that 1) is diagnostic and therapeutic 2) is useful for diagnosis and treatment of lesions over the rectosigmoid union 3) hemostasia with asa 4) is done in one anesthetic time.

Index words: Rectal polyp; Endoscopic polypectomy.

Introducción

El pólipo juvenil o pólipo inflamatorio es la variedad de pólipo más frecuentemente encontrado en la población pediátrica, se reporta en el 1% de los niños preescolares o escolares.

La media de la edad de presentación es a los seis años,¹ El rango de edad va de los dos a los ocho años.^{2,3} Es más frecuente en el sexo masculino. Se caracteriza por hematoquezia en el 90% de los pacientes, aún cuando también puede asociarse a dolor abdominal, prolapso del pólipo por recto, prurito, dolor después de la defecación, diarrea mucosa o constipación.⁴

Previo al uso de la colonoscopia en niños, la mayoría de los pólipos juveniles fueron considerados como únicos y a la luz del rectosigmoidoscopia.

Sin embargo estudios recientes demuestran la existencia de más de un pólipo en el 50% de los pacientes y se ha demostrado que más del 60% de ellos se encuentran proximales al rectosigmoides.^{1,4}

Por otro lado se ha demostrado la presencia de poliposis mixta es decir pólipos juveniles y pólipos adenomatosos en el mismo paciente en niños menores de seis años de edad,⁵ así como pacientes que han desarrollado adenocarcinoma a partir de un pólipo juvenil.⁶

La colonoscopia nos permite un diagnóstico acucioso y rápido y la posibilidad de polipectomía terapéutica,⁷ sin embargo la asociación entre pólipos rectosigmoideos y pólipos más proximales, es causa de debate,⁸ por lo cual se realizó el presente estudio.



Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo y observacional en la población de pacientes que ingresaron al Hospital del Niño Morelense, con diagnóstico de poliposis rectal sometidos a polipectomía simple vs polipectomía endoscópica de los años de 1995-2004, mediante la revisión de expedientes clínicos. Se utilizó la técnica de polipectomía simple con espejo vaginal y sutura directa.

La polipectomía endoscópica se realizó mediante la utilización de colonoscopio flexible Olympus y asa de polipectomía.

Para el análisis estadístico, se utilizaron medidas de estadística descriptiva con prueba de dispersión y medidas tendencia central para el análisis de las variables ordinales así como medidas de proporción para el análisis de las variables nominales.

Para el análisis de la edad se determinó el rango, la media y la moda, se determinó

frecuencia en relación al sexo y sintomatología clínica (sangrado, dolor abdominal y

prolapso del pólipo), variedad de pólipo, histología y complicaciones.

Resultados

Al analizar la edad de presentación de los pacientes con poliposis rectal, se encontró un rango entre los tres y 11 años de edad, con una media a los cinco años, una moda a los tres años de edad. 64% de los pacientes fueron del sexo masculino, y 36% del sexo femenino.

En relación al cuadro clínico el síntoma más frecuente fue el sangrado en un 100% de los casos, seguido por protrusión del pólipo a través del recto en un 60% de los casos, el síntoma menos frecuente fue el dolor abdominal en un 25% de los casos.

Se realizaron 28 procedimientos en total, correspondiendo a 15 polipectomías endoscópicas y 13 polipectomías directas.

En el grupo de pacientes a los que se les realizó polipectomía endoscópica se encontró que cuatro (27%) de ellos tuvo pólipos por arriba de la unión rectosigmoidea y 11(73%) pólipo único.

En el grupo de pacientes que se realizó polipectomía simple se detectó un paciente con poliposis múltiple (7%) y 12 pacientes con pólipo único (92%).

En el grupo de pacientes con polipectomía endoscópica 14 (93%) el reporte histopatológico fue de pólipo juvenil y uno (7%) de ellos pólipo adenomatoso, comparado contra 13 pacientes con pólipo juvenil (92%) y un paciente con pólipo adenomatoso (7%) en el grupo de pacientes a los que se realizó polipectomía simple. En el grupo de pacientes a los que se realizó polipectomía simple cinco pacientes (38%) presentaron sangrado postquirúrgico el cual requirió de la realización de colonoscopia en un segundo tiempo.

Uno de los pacientes a los que se realizó polipectomía endoscópica presentó sangrado transquirúrgico.

De los pacientes a los que se realizó polipectomía simple por rectoscopia con sangrado postoperatorio tres de ellos se presentó sangrado del pedículo el cual fue cohibido mediante cauterización con asa mediante colonoscopia, en uno de ellos en el estudio colonoscópico se detectó hiperplasia nodular linfoide.

No se presentó ningún paciente con perforación intestinal.

Se encontró un paciente que presentó poliposis mixta (pólipo juvenil + pólipo adenomatoso) y otro con pólipo juvenil distal y colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Discusión

Encontramos que la edad de los pacientes, sexo, presentación de la sintomatología clínica como sangrado, protrusión del pólipo a través del recto y dolor abdominal, corresponden a lo reportado en la literatura.

Al analizar el grupo de pacientes a los cuales se les realizó colonoscopia con polipectomía endoscópica, se encontró que un porcentaje importante de ellos, tuvieron pólipos proximales, algunos de ellos adenomatosos, otros de ellos colitis ulcerativa crónica inespecífica, lo cual enfatiza la importancia de la colonoscopia como método diagnóstico para la detección de ellos y la vigilancia en el futuro como factor de riesgo para desarrollar carcinoma de colon en la edad adulta.⁹⁻



Ante la evidencia de complicaciones, el sangrado mostró ser la complicación más frecuente sobre todo en el grupo de pacientes a quienes se realizó poliplectomía directa.

Si analizamos dicho grupo, encontramos un paciente a quien se le realizó poliplectomía en la consulta externa, con disrupción del muñón, presentando hipovolemia importante y la necesidad de hemostasia urgente en quirófano, lo cual enfatiza la necesidad de efectuar dicho procedimiento siempre en quirófano, con el paciente sedado.

Dos pacientes presentaban otra patología agregada en colon proximal (hiperplasia nodular linfoide y colitis ulcerativa crónica inespecífica) lo cual enfatiza la necesidad de colonoscopia diagnóstica en el procedimiento de poliplectomía.

Concluimos que ante la evidencia encontrada en la literatura^{1-7,9-14} y los resultados del presente estudio, los pacientes con poliposis rectal deben ser abordados siempre mediante colonoscopia y la poliplectomía debe ser realizada por vía endoscópica ante:

- 1) La posibilidad del diagnóstico oportuno de pólipos adenomatosos proximales o múltiples, colitis ulcerativa crónica inespecífica, hiperplasia nodular linfoide u otras patologías colonicas que se manifiestan por sangrado de tubo digestivo bajo.
- 2) La opción de ser diagnóstica y terapéutica y el recurso de la hemostasia del pedículo con el asa en caso de sangrado en el mismo procedimiento.

Solamente ante la presencia de sangrado con hipovolemia en un paciente que llega a urgencias, esta justificado la exploración no endoscópica, en caso de que no se cuente con el equipo y personal entrenado para ello, con objeto de cohibir el sangrado; sin embargo a dicho paciente deberá realizarse colonoscopia subsecuente para explorar la existencia de poliposis proximal.

En la literatura también se refiere la posibilidad de realizar la poliplectomía directa en pacientes con pólipos muy cercanos al margen anal, pero con revisión colonoscópica proximal en el mismo tiempo anestésico.

Ninguno de los pacientes estudiados mostró otras complicaciones descritas en la literatura como es el síndrome postpoliplectomía o perforación rectal.

Referencias

1. Livinstone EM, Troncale FJ, Sheahan DG. Value of a single fórceps biopsy of colonic polyps. *Gastroenterology* 1977 ; 73: 1296-8.
2. Cervantes-Bustamante R, Ramírez-Mayans J, Mata-Rivera N, Cuevas-Schat. Juvenile polyposis in Mexican children. *Rev. Gastroenterol Mex* 2002; 67: 150-4
3. Latt TT, Nichell R, Domizio P. Rectal bleeding and polyps. *Arch Dis Child* 1993; 69: 144-7.
- 4.-Wesson D. The intestines. Part 1 Congenital Anomalies. En : Hamilton, Walker-Smith. *Pediatric gastrointestinal disease*, 2o ed. St Louis. Mosby 1992; 1: 891-907
- 5.-Cynamon HA, Milov DE, Andres JM. Diagnosis and management of colonic polyps. *J Ped* 1989; 593-6.
- 6.- Liu TH and others : Malignant change of juvenile polyp of colon, *Chin Med J* 1978; 4: 434-9
- 7.- Nugent KP and others : Solitary juvenile polyps : not a marker for subsequent malignancy. *Gastroenterology* 1993; 105: 698-700.
- 8.- Waitayakul S, Singhauejsakul J, Ukarapol NJ. Clinical characteristics of colorectal polyp in thai children : a retrospective study. *Med Assoc. Thai* 2004; 87: 41-6
- 9.- Poddar U, Thapa BR, Vaiphei K, Singhk. Am J Colonyc polyps: experience of 236 indian children. *Gastroenterol* 1998; 93: 619-22
- 10.-Uchiyama M, Iwafuchi M, Yagi M, Inhumia Y. Fiberoptic colonoscopy in childhood report and review of cases. *Pediatr Int* 2001; 43: 259-62.
- 11.- Nagasaki A, Yamanaka K, Toyohara T. Management of colorectal polyps in children. *Acta Paediatr Jpn* 1993; 35: 32-5
- 12.- Guitron A, Adalid R, Nares J, Mena G, Gutierrez JA. Colonic polyps in children. Experience with polypectomy. *Rev Gastroenterol Mex* 1999; 64: 19-22.
- 13.-Gupta SK, Fitzgerald JF, Croffie JM, Chong SK, Pfefferkan MC, Davis MM, Faugh PR. Experience with juvenile polyps in Northa American Children : the need for pancolonoscopy. *Am J Gastroenerol* 2001; 96: 1695-7
- 14.- Bowles CJ, Leicester R, Romasya C, Swarbrick E, Williams CB, Epstein O. A prospective study of colonoscopy practice in UK today : are we adequately prepared for national colorectal cancer screening tomorrow? *Gut* 2004; Feb 53: 277-83

