

Poliposis juvenil en niños mexicanos

Dr. Roberto Cervantes-Bustamante,* Dr. Jaime Ramírez-Mayans,* Dr. Norberto Mata-Rivera,*
Dra. Flora Zárate-Mondragón,* Dr. Pedro Munguía-Vanegas,* Dra. Bertha Soria-Garibay,*
Dr. Alejandro Ferreiro-Marín,* Dr. D. González-Loya,*
Dr. Thomas Mason-Cordero,* Dr. Francisco Cuevas-Schacht*

* Servicio de Gastroenterología, Nutrición y Endoscopia. Instituto Nacional de Pediatría (INP), SS, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Roberto Cervantes Bustamante, Jefe de Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C, Insurgentes Cuicuilco, CP 04530. Tel: 5606 4981. Fax: 5606 4981 (pedir tono)

Recibido para publicación: 4 de septiembre de 2001.

Aceptado para publicación: 10 de julio de 2002.

RESUMEN Antecedentes: los pólipos juveniles (PJ) son causa frecuente de hemorragia de tubo digestivo bajo no anemizante. Se presentan en 3 a 4% de la población menor de 21 años y representa más de 90% de los pólipos en niños. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son hematoquezia, dolor abdominal y prolapso del pólipo. **Métodos:** estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en 235 niños con diagnóstico por histopatología de pólipo juvenil que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Pediatría (INP), de enero de 1985 a diciembre de 2000. Se analizó la edad al diagnóstico, género, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamientos previos, localización del pólipo, método diagnóstico, tratamiento y evolución. **Resultados:** la frecuencia de pólipos fue de 1/162 consultas de gastroenterología (0.61%). Edad: 2 a 8 años (82%). De los 235 pacientes 120 fueron femeninos y se encontraron 273 pólipos, el recto fue el sitio más afectado 82% (224 pólipos), seguido por rectosigmoides 11.9% (28 pólipos). La distancia promedio al margen anal fue 6.5 cm y en 82.9% se encontraron dentro de los primeros 10 cm. En la mayoría de los pacientes (92.3%) se encontró el pólipo como lesión única y sólo en 18 (7.7%) se documentó más de uno. El colon por enema se realizó en 39 pacientes (16.6%), con eficacia diagnóstica de 74%, corroborada por endoscopia, no realizando más estudios contrastados por la eficacia diagnóstica y terapéutica de la rectosigmoidoscopia. **Conclusiones:** la rectosigmoidoscopia y la colonoscopia son métodos diagnósticos y terapéuticos de elección en niños con pólipos juveniles.

Palabras clave: poliposis juvenil, México, niños.

SUMMARY Background: Juvenile polyposis (JP) is a frequent cause of lower gastrointestinal bleeding. It is present in 3-4% of the population < 21 years of age and represents 90% of all polyps in childhood. The most common complaints are hematoquezia, abdominal pain, and polyp prolapse. **Methods:** A descriptive, observational, transversal study of 225 children with histopatologic diagnosis of JP seen at the Department of Gastroenterology and Nutrition of the Instituto Nacional de Pediatría, between January 1985 and December 2000. Variables studied included age of presentation, gender, frequency, clinical manifestations, type, location, and diagnostic and therapeutic methods. **Results:** Frequency was one polyp per 162 patient seen during the same period (0.61%) and age 2 to 8 years (82%), a total of 235 patients, 120 females and 273 total polyps were found rectum the most common site 82% (224 polyps) followed by sigmoid. Mean distance from anal margin was 6.5 cm. Of all polyps, 82.9% were in the first 10 cm of anal margin. Of all patients, 92.3% had a single polyp and 7.7% had multiple polyps. A baritated study was made in 39 patients (16.6%) with diagnostic efficacy of 74%. No additional baritated studies were needed because of high diagnostic and therapeutic efficacy of the rectosigmoidoscopy. **Conclusions:** Rectosigmoidoscopy and colonoscopy remain as the diagnosis and therapeutic method in children with JP.

Key words: Juvenile polyposis, Mexico, children

INTRODUCCIÓN

Los pólipos juveniles también denominados inflamatorios, fueron descritos como una entidad patológica por primera vez en 1908 por Roth y Helwig.¹ Se originan de un proceso cíclico que implica la existencia de inflamación y ulceración de la mucosa intestinal con bloqueo de las glándulas intestinales colónicas.^{2,3} Pertenecen al grupo de pólipos catalogados como inflamatorios no neoplásicos, porque carecen de potencial maligno, encontrándose asociados comúnmente a displasia de muy bajo grado a diferencia de los pólipos neoplásicos que se describen como verdaderos adenomas benignos o malignos y que son considerados como lesiones premalignas de colon. Entre ellas destacan la poliposis familiar coli, el síndrome de Gardner y el síndrome de Turcot.²⁻⁵ Algunos autores han considerado la posibilidad de un incremento en el riesgo de malignidad en pólipos recurrentes, sin poder demostrarlo hasta el momento.^{6,7}

Las manifestaciones fenotípicas extracolónicas se encuentran bien documentadas en la poliposis adenomatosa familiar y en el síndrome de Peutz-Jeghers e incluso pueden orientar al diagnóstico antes de contar con el reporte de patología intestinal, sin embargo, en la poliposis juvenil, estas anomalías no han podido definirse claramente.^{8,9}

En la génesis de los pólipos inflamatorios juveniles se han propuesto múltiples mecanismos y todavía existe controversia.¹⁰

Los pólipos intestinales se clasifican según su número y localización, denominándose como simple o solitario cuando es único, poliposis múltiple a la presencia de dos o más lesiones que estén localizadas en un solo sitio y poliposis difusa cuando existan varios de ellos y están diseminados en el colon. Por su implantación, se pueden clasificar en sésiles, si descansa en una base ancha; pedunculados si están separados de la mucosa por un tallo e intramurales si su circunferencia es variable.^{2,3}

Los pólipos juveniles son una de las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo bajo no anemizante en la edad pediátrica,⁹ y se presentan hasta en 3 a 4% de la población menor de 21 años.⁴ Éstos comprenden aproximadamente 90% de todos los pólipos encontrados en niños. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: hematoquezia, dolor abdominal y prolapso rectal.¹¹ En estudios realizados en nuestro medio se ha reportado como localización más frecuente el recto y el rectosigmoides, con una distancia promedio a partir del margen anal de 10 a 15 cm.^{2,3,12-15}

El objetivo del presente estudio es describir la frecuencia de pólipos juveniles en niños atendidos en el INP en el periodo comprendido de 1985 al 2000, y conocer la edad más frecuente de presentación, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento y evolución.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal, en 235 casos de poliposis juvenil, de un total de 38,140 pacientes que acudieron durante el periodo de estudio al Servicio de Gastroenterología y Nutrición del INP, con edad comprendida de 0 a 18 años, de enero de 1985 y diciembre de 2000. Se incluyeron en el estudio sólo aquellos niños que tuvieron informe histopatológico de pólipo juvenil y se analizó edad al diagnóstico, género, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamientos previos, niveles de hemoglobina (Hb), coproparasitoscópicos (CPS), coprocultivos, localización del pólipo, método diagnóstico utilizado, tratamiento y evolución. Los resultados se describieron mediante medidas de tendencia central con cálculo de promedio \pm desviación estándar para variables numéricas continuas con distribución simétrica o mediante mediana (mínimo-máximo) o porcentajes para variables numéricas sesgadas o categóricas. Dado que se trató de un estudio descriptivo no se efectuó análisis inferencial.

RESULTADOS

La distribución por edad y género de los 235 niños estudiados se muestra en el *cuadro 1*, el tiempo de evolución promedio de las manifestaciones clínicas fue de 8.7 meses. En 141 pacientes (60%) se encontró el antecedente de diagnóstico de parasitosis intestinal y fueron tratados como tal. Las manifestaciones clínicas más frecuentes se muestran en el *cuadro 2*. Sólo en dos pacientes se encontraron cifras de hemoglobina menor de 10 g/dL, el resto tuvo niveles por arriba de 11 g/dL. A 160 niños se les realizó estudio coproparasitoscópico, siendo positivo a quistes de algún parásito en 33 casos (*Giardia lamblia* en 20, *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica* en siete, *Ascaris lumbricoides* en cuatro y *Entamoeba histolytica* en dos). En el *cuadro 3* se muestra la localización anatómica de los pólipos, mientras que la localización del pólipo en relación con el margen anal se encuentra en el *cuadro 4*. Los métodos para el diagnóstico se muestran en el *cuadro 5*. El tratamiento consistió en resección transen-

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y GÉNERO

Grupos de edad	Femenino n = 120	Masculino n = 115	Valor de p
Lactante mayor	1.6%	2.6%	0.96
Preescolar	44.2%	53.0%	0.17
Escolar	48.3%	39.1%	0.15
Adolescente	5.8%	5.2%	0.8

CUADRO 2
MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Manifestación clínica	No. de casos
Hematoquezia	235 (100.0%)
Sólo hematoquezia	120 (51.0%)
Dolor abdominal	47 (20.0%)
Heces con moco y sangre	31 (13.1%)
Prolapso del pólipo	29 (12.3%)
Prolapso rectal	8 (3.4%)

CUADRO 3
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA DEL PÓLIPO

Sitio anatómico	No. de casos
Canal anal	2 (0.8%)
Recto	224 (95.3%)
Rectosigmoides	28 (11.9%)
Sigmoides	7 (2.9%)
Colon descendente	8 (3.4%)
Colon transverso	4 (1.7%)

CUADRO 4
LOCALIZACIÓN DEL PÓLIPO EN RELACIÓN CON EL MARGEN ANAL

Distancia	No. de pacientes	Total de pólipos
1 a 10 cm	195 (82.9%)	226
11 a 20 cm	31 (13.2%)	35
Más de 20 cm	9 (3.9%)	12

CUADRO 5
NÚMERO DE LESIONES

No. de pólipos	No. de casos
Lesión única	217 (92.3%)
Más de un pólipo	18 (7.7%)

DISCUSIÓN

Se identificaron 235 casos de poliposis juvenil, de un total de 38,140 pacientes que acudieron durante el periodo de estudio al Servicio de Gastroenterología y Nutrición del INP. La frecuencia fue de un pólipo por cada 162 pacientes (0.61%). En relación con el sexo no existió ningún predominio, lo que concuerda con un estudio previo publicado por Ramírez Mayans y cols,¹ aunque algunos autores han reportado mayor frecuencia en el género masculino en proporción de 3:2.^{1,3} La edad más afectada fue de los dos a los ocho años (82%), con media de 5.7, lo que va de acuerdo con otras publicaciones.^{3,4,12} El tiempo de evolución promedio de las manifestaciones clínicas fue de 8.7 meses. En más de 60% de los casos, antes de su llegada a esta institución, los pacientes tuvieron diagnóstico previo de parasitosis intestinal, recibiendo múltiples tratamientos antiparasitarios. Todo esto refleja la falta de educación médica de los padres para solicitar ayuda médica oportuna y por otra parte la falta de conocimiento y experiencia en esta enfermedad por parte del médico general y el pediatra, incurriendo fácilmente en errores diagnósticos. Dentro de las manifestaciones clínicas, la hematoquezia estuvo presente en 100% de los casos, y con menos frecuencia el dolor abdominal y prolapso del pólipo (*Cuadro 2*),^{2,5,17}

Prácticamente en ningún paciente la hemorragia fue anemizante, porque sólo en dos casos se reportó hemoglobina por debajo de 10 g/dL. Esto correlaciona con lo reportado por otros autores, que consideran a la polipo-

doscópica en 217 pacientes (92.5%), en 14 (5.9%) resección transanal por prolapso del pólipo y en cuatro casos (1.7%) autoamputación del pólipo.

CUADRO 6
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Procedimiento	No. de pacientes	Sensibilidad	IC 95%
Tacto rectal	235	157 (66.8%)	60.3-72.7
Rectosigmoidoscopia	193	175 (90.7%)	85.4-94.2
Colonoscopia	70	70 (100%)	0
Colon por enema	39	29 (74.3%)	44.8-69.1

sis juvenil como una de las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo bajo no anemizante, en la edad pediátrica.^{1,12}

Al igual que en otras series, se encontraron signos y síntomas menos frecuentes como son dolor abdominal y heces mucosanguinolentas. Al correlacionar estos datos con los obtenidos en los CPS, encontramos que en 33 el reporte fue positivo y los parásitos más frecuentes *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*.

Sólo en ocho pacientes con CPS positivos se encontró asociación entre la presencia de estos parásitos, dolor abdominal y heces mucosanguinolentas. Los resultados obtenidos con el coprocultivo no fueron significativos porque se logró aislamiento en un solo caso.

De los 235 pacientes estudiados, se encontraron 273 pólipos (*Cuadro 3*), el recto fue el sitio anatómico más afectado en 82% (224 pólipos), seguido del rectosigmoides y sigmoides. La distancia promedio al margen anal, fue 6.5 cm y en 82.9% los pólipos se encontraron dentro de los primeros 10 cm (*Cuadro 4*), concordando con lo tradicionalmente reportado en la literatura.^{1,12-14} Asimismo, en la mayoría de los pacientes (92.3%), se encontró el pólipo como lesión única y sólo en 18 niños (7.7%) se documentó más de un pólipo (*Cuadro 5*).

Aunque el tacto rectal debe realizarse en todo paciente con hematoquezia, para descartar patología del canal anal, la rectosigmoidoscopia es el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección, tomando en cuenta que la mayoría de los pólipos se encuentran localizados en los primeros 20 cm (95.5%) de distancia del margen anal, como sucedió en este estudio (*Cuadro 4*).

El colon por enema se realizó en 39 pacientes (16.6%), con una eficacia diagnóstica de 74% (*Cuadro 6*). En nuestro medio, la colonoscopia no se debe realizar en forma rutinaria en todo paciente con sospecha de pólipo, como se ha sugerido por algunos autores,^{2,4,14,15} y debe reservarse para aquellos pacientes con hemorragia de tubo digestivo “no anemizante” en donde el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia hayan sido negativos o si existe

sospecha de poliposis múltiple, persistencia de la sintomatología o evidencia radiológica de pólipos localizados a más de 20 cm del margen anal. En el presente trabajo se encontró la realización de 70 colonoscopias sin indicación precisa en todos ellos, salvo en los casos en que el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia fueron negativos y/o que en el colon por enema existió evidencia de pólipos por arriba de 20 cm de distancia del margen anal.

Existió seguimiento en 205 pacientes (86.6%), de los cuales 196 (96.5%) se encontraron asintomáticos después de la resección y fueron dados de alta. Dos pacientes reiniciaron con sintomatología, la colonoscopia reportó pólipos por arriba de 20 cm del margen anal. En dos más persistió la hematoquezia y hubo necesidad de efectuar otros estudios una vez descartada la presencia de otros pólipos.

CONCLUSIONES

Ante todo paciente en edad preescolar y escolar con hemorragia de tubo digestivo bajo “no anemizante”, la primera posibilidad diagnóstica es pólipo juvenil. No debemos olvidar la gran importancia que tiene el tacto rectal dentro de la exploración física, sin embargo, el mejor método diagnóstico y terapéutico es la rectosigmoidoscopia. En algunos casos serán necesarios el colon por enema con doble contraste y la colonoscopia.

El pediatra debe estar familiarizado con las principales manifestaciones clínicas de esta patología, porque de esta forma podrá efectuar diagnósticos oportunos y canalizar al paciente con el gastroenterólogo pediatra y/o endoscopista para su tratamiento definitivo.

REFERENCIAS

- Ramírez MJ, Rivera EM, Coronado ME. Pólipos de recto y colon en niños. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1984; 41: 437-41.
- Walker WA. Juvenile polyps. In: Walker WA. Pediatric gastrointestinal disease. 4th ed. Philadelphia PA, USA: B, C. Decker, Inc.; 1992; p. 739-53.

3. Winter HS. Intestinal polyps. In: Spiro H.M editor. Clinical gastroenterology. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1993, p. 777-9.
4. Silver G. Lower gastrointestinal bleeding. *Pediatr Rev* 1990; 12: 85-93.
5. Poddar U. Juvenile poliposis in a tropical country. *Arch Dis Child* 1998; 78: 264-6.
6. Pillai R, Tolia V. Colonic polyps in children: frequently multiple and recurrent. *Clin Pediatr* 1998; 37: 253-7.
7. Hoffenberg EJ, Sauaia A, Maltzman T. Symptomatic colonic polyps in childhood: not so benign. *J Pediatr Gastroenterol* 1999; 28: 175-81.
8. Desai D, Murday V, Phillips R, Neale K, Milla P, Hudgson S. A survey of phenotypic features in juvenile polyps. *J Med Genet* 1998; 35: 476-81.
9. Dean P. Hereditary intestinal polyposis syndromes. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 100-11.
10. Fox V. High-risk underappreciated, obscure, or preventable causes of gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin* 2000; 29: 345-60.
11. Shaikh N. Pathological case of the month. Juvenile polyposis coli. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1151-2.
12. Bello C, Blanco RG. Pólipos juveniles. *Bol Med Hosp Inf Mex* 1982; 39: 668-70.
13. Brown MR. Gastrointestinal bleeding. In: Oski principles and practice of pediatrics. Philadelphia, PA, USA: JB. Lippincott; 1990, p. 1687.
14. Oldham Kt, Lobe TE. Gastrointestinal hemorrhage in children. *Pediatr Clin North Am* 1990; 12: 1247-63.
15. Cynamon H, Milov D, Andres J. Diagnosis and management of colonic polyps in children. *J Pediatr* 1989; 41: 593-6.
16. Méndez RI, Nahimira GD, Moreno AL, Sosa MC. El protocolo de investigación. México: Editorial Trillas; 1984, p. 11-15.
17. Hamilton JR. Juvenile colonic polyp. In: Nelson, editor. Textbook of pediatrics. 14th ed. Philadelphia, PA, USA: W.B. Saunders; 1992, p. 992-3.