

11237

71
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Medicina

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD**

Instituto Nacional de Pediatría

**Poliposis Juvenil: Experiencia en
el Instituto Nacional de Pediatría**

Trabajo de Investigación

Que Presentan:

David González Loya

Luis Martín Garrido García

Para Obtener el Título de

ESPECIALISTAS EN:

PEDIATRIA MEDICA



Mexico, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL


Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

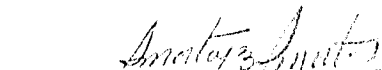
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

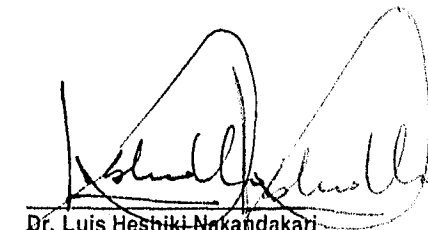
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

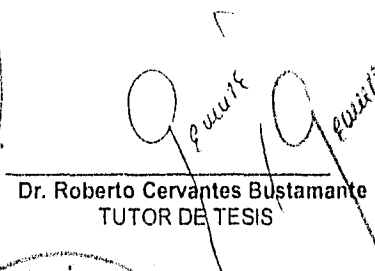
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

POLIPOSIS JUVENIL: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE PEDIATRIA


Dr. Héctor Fernández Varela
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


Dr. Rigoberto Martínez Benavides
SUBDIRECTOR GENERAL DE
ENSEÑANZA


Dr. Luis Heshiki Nakandakari
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
ENSEÑANZA DE PRE Y POSGRADO


Dr. Roberto Cervantes Bustamante
TUTOR DE TESIS



**POLIPOSIS JUVENIL: EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE PEDIATRIA.**

DR. DAVID GONZALEZ LOYA*

Médico Residente de Pediatría

DR LUIS MARTIN GARRIDO GARCIA *

Médico Residente de Pediatría

DR. ROBERTO CERVANTES BUSTAMANTE*

Médico adscrito al servicio de Gastroenterología Pediátrica

DR. JAIME A. RAMIREZ MAYANS*

Jefe del Servicio de Gastroenterología Pediátrica

RESUMEN.

Se revisaron retrospectivamente 135 casos de poliposis intestinal juvenil atendidos en el servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Pediatría del primero de Enero de 1985 a Diciembre de 1992. Se encontraron 71 pacientes femeninos y 64 masculinos. Nuestros hallazgos en cuanto a frecuencia, edad de presentación, cuadro clínico, localización más frecuente y tratamiento, están de acuerdo con lo reportado previamente por Ramirez Mayans y cols. en nuestro medio, así como con algunos reportes del extranjero.

Se encontró una baja frecuencia de poliposis múltiple y dada la eficacia de otros métodos diagnósticos, llegamos a la conclusión de que la colonoscopia no debe ser practicada en forma rutinaria en todos los pacientes con poliposis juvenil. Se proponen indicaciones específicas para su realización.

Se propone el mejor conocimiento de esta entidad por parte de Médicos generales y Pediatras, para evitar diagnósticos y tratamientos erróneos, y lograr así un manejo adecuado e integral de estos pacientes.

Palabras Claves: Pólipo intestinal, sangrado de tubo digestivo, Hematoquezia.

ABSTRACT.

A retrospective study was made in 135 cases of Juvenile Intestinal Polyps which were attended at the Gastroenterology service of the National Institute of Pediatrics in Mexico City from January 1985 to December 1992. We found 71 female patients and 64 male patients. Our findings in frequency, age of presentation, clinical features, more frequent location and treatment, agree with previous reports by Ramirez Mayans et al. in Mexico and other countries.

We found a low frequency of multiple polyposis, and because of the high sensibility of other diagnostic procedures, we concluded that the colonoscopy doesn't have to be performed routinely in all patients with juvenile polyposis. We propose specific indications to perform it.

A better knowledge of this entity by general physicians and pediatricians is proposed, to avoid mistakes in diagnosis and treatment, to get a better and integral management of these patients.

Key words: Intestinal polyp, intestinal tract bleeding, hematoquezia.

INTRODUCCION.

Un pólipo del tracto gastrointestinal se puede definir como una protrusión de la superficie mucosa del intestino (1). Son causa frecuente de manifestaciones clínicas como sangrado de tubo digestivo bajo, dolor abdominal y diarrea mucosanguinolenta, todos ellos signos y síntomas comunes en la consulta pediátrica diaria.

Los pólipos intestinales se clasifican con respecto a su número y localización, en simple o solitario, cuando es único. Poliposis múltiple se considera a la presencia de dos o más lesiones, que estén localizadas en una sola área. Poliposis difusa, cuando existen varios de ellos, y están arbitrariamente diseminados en el colon. Por su implantación, se pueden clasificar en sésiles, si descansa en una base ancha, separados de la mucosa por un tallo de tamaño y circunferencia variable (pedunculados), o intramurales (1,2).

Los pólipos juveniles fueron descritos como una entidad patológica por primera vez por Verse en 1908 (3). Pertenecen al grupo de pólipos catalogados como inflamatorios no neoplásicos, refiriéndose este último término, a que carecen de potencial maligno, a diferencia de su contraparte, que son los pólipos neoplásicos, que se describen como verdaderos adenomas benignos o malignos, considerados como lesiones premalignas del colon. Entre ellas destacan la poliposis familiar Coli, Síndrome de Gardner y Síndrome de Turcot. Por su potencial maligno, los tipos neoplásicos de poliposis, requieren en forma general para su tratamiento de resecciones intestinales amplias (1,2). En el cuadro No. 1 se pueden apreciar las enfermedades más frecuentes asociadas a poliposis intestinal.

Los pólipos juveniles se consideran la causa más frecuente de tumor intestinal benigno en el niño, presentándose hasta en un 3 a 4% de la población menor de 21 años de edad (4). Estos pólipos además comprenden aproximadamente un 90% de todos los pólipos encontrados en niños y no tienen potencial maligno (5).

ETIOLOGIA: En la génesis de los pólipos inflamatorios juveniles se han propuesto múltiples mecanismos, y todavía en nuestros días existe controversia. No se consideran adenomas verdaderos. Su origen hamartomatoso (secundarios a una aberración en el desarrollo del tejido conectivo de la mucosa intestinal), o inflamatorio, es todavía discutido. Es factible que ambos factores estén implicados. La teoría más aceptada es que se originan de un proceso cíclico que implica la

existencia de inflamación y ulceración de una mucosa intestinal anormal, con bloqueo de las glándulas intestinales colónicas (1,2,3). Estos eventos a su vez, pueden explicar los hallazgos histológicos característicos de esta patología, que se mencionarán más adelante.

CARACTERISTICAS CLINICAS

INCIDENCIA: La verdadera incidencia de estas lesiones se desconoce, debido a que los niños solo son estudiados cuando el sangrado rectal o alguna otra complicación llama la atención hacia el intestino grueso. Se ha reportado una presencia de hasta un 28% de pólipos juveniles en pacientes sometidos a sigmoidoscopia (2). Estos pólipos se observan más frecuentemente en niños entre los dos a ocho años de edad, con un pico de incidencia entre los 3 y 4 años (1,2,5). Raramente ocurren antes del año de edad, o durante la adolescencia. Son más frecuentes en el sexo masculino con una relación de 3:2 (2,5).

LOCALIZACION: En reportes previos se asumía que hasta un 85% de los pólipos juveniles se encontraban en el recto sigmoides y el resto en el colon proximal, y que hasta un 75% de las lesiones eran solitarias (3,4,6,7). Estos estudios se basaron fundamentalmente en el tacto rectal, rectosigmoidoscopia y estudios de gabinete. Sin embargo, actualmente, con el uso cada vez mayor de la colonoscopia en pediatría, se ha visto que la frecuencia de los pólipos múltiples puede ser tan alta como del 60%, y al menos 25% de estos pueden localizarse proximales al colon transversal (1,5,8,9,10). En estudios realizados en nuestro medio, se ha reportado como localización más frecuente, el recto y el recto sigmoides, con una distancia promedio a partir del margen anal de 10 a 15cm (2,3,6).

MANIFESTACIONES CLINICAS: El síntoma cardinal de la poliposis juvenil es el sangrado de tubo digestivo bajo, en forma de hematoquezia asociado o no, a prolapsos del pólipo. Dicho síntoma se presenta hasta en un 90% de los casos (1,4,5). El sangrado generalmente no es muy importante, y rara vez ocasiona anemia clínica en el paciente, por lo que los pólipos juveniles se consideran una de las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo no anemizante en el paciente pediátrico (3,6). Otra sintomatología que se presenta con menos frecuencia incluye prolapsos del pólipo, presencia de diarrea mucosanguinolenta, dolor abdominal aislado, y prolapsos rectales. Es importante mencionar que estos

signos y síntomas se pueden encontrar al mismo tiempo en un paciente determinado, por lo que ante su presencia, siempre es obligado descartar la posibilidad de poliposis intestinal.

HALLAZGOS HISTOLOGICOS: Los hallazgos histológicos más frecuentes se caracterizan por proliferación hamartomatosa de elementos glandulares y del estroma, aumento en la vascularidad e infiltración con linfocitos, eosinófilos, polimorfonucleares y células plasmáticas (1,2). Es importante considerar que todas las lesiones resecaadas deben ser analizadas por el patólogo para confirmar el diagnóstico, ya que desde el punto de vista clínico, no es posible hacerlo, y se pueden escapar al diagnóstico lesiones con potencial maligno.

DIAGNOSTICO: Existen varios métodos diagnósticos para los pólipos juveniles. Tomando en cuenta su localización más frecuente, el diagnóstico se realiza por examen rectal y rectosigmoidoscopia, e inclusive colonoscopia y estudios radiológicos como el colon por enema (1,2,5,8). En un estudio realizado en nuestro medio por Ramírez Mayans y cols., el tacto rectal y rectosigmoidoscopia permitieron el diagnóstico en el 90% de los pacientes (3), reportándose además, que solo realizando tacto rectal, se pueden diagnosticar hasta el 50% de los pólipos (3,6). La tendencia actual en cuanto a procedimiento diagnóstico en las poliposis intestinales es la utilización de la colonoscopia en todo paciente con sospecha de este diagnóstico, pues no solo permite localizar los pólipos que quedan fuera del alcance del tacto rectal y la rectosigmoidoscopia, sino que permite la mayoría de las veces, tratar adecuadamente estas lesiones, con su resección completa transendoscópica (1,5,8,9,10).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente a otras formas de poliposis intestinal, como la poliposis familiar Coli, síndrome de Gardner, poliposis juvenil múltiple o generalizada, etc., las cuales en su mayoría tienen predisposición familiar y potencial neoplásico. Se debe realizar también diagnóstico diferencial con otras entidades que cursen con sangrado de tubo digestivo bajo. En primer lugar con las no anemizantes (grupo al cual pertenecen los pólipos juveniles), entre las que destacan la fisura anal, intolerancia a las proteínas de la leche y algunas enfermedades bacterianas y parasitarias del colon. Existen otras causas de sangrado de tubo digestivo bajo, sin embargo estas son anemizantes. Dentro de este grupo destacan: Divertículo de Meckel, malformaciones arteriovenosas intestinales, Hemangiomas, duplicación intestinal con mucosa gástrica ectópica, y alteraciones de la

coagulación. Finalmente se deben considerar también patologías que cursan con diarrea con moco y sangre, entre las que destacan enfermedades bacterianas y parasitarias del colon y enfermedad inflamatoria intestinal. La poliposis juvenil rara vez se manifiesta con moco en las evacuaciones, sin embargo, cuando la sintomatología no es bien especificada, es obligado tener en mente y descartar estos problemas (1,2,8).

TRATAMIENTO: El tratamiento de la poliposis juvenil es quirúrgico y consiste en polipectomía endoscópica ya sea por rectosigmoidoscopia o colonoscopia. En manos de un gastroenterólogo pediatra entrenado o de un endoscopista, este procedimiento puede ser realizado en forma segura, utilizando únicamente sedación en el paciente ambulatorio (5,8,9).

PRONOSTICO: El pronóstico en la poliposis juvenil es muy bueno. Con una adecuada resección los pacientes se vuelven asintomáticos hasta en un 100% de los casos. Las recurrencias son pocas, y casi siempre se asocian a pólipos pequeños que no fueron vistos en la primera ocasión (4,7).

JUSTIFICACION

Los pólipos juveniles constituyen entonces una de las principales causas de sangrado de tubo digestivo bajo no anemizante en los primeros años de vida. La mayoría de los casos pasan desapercibidos en la evaluación inicial y los pacientes son mal diagnosticados y sometidos a manejos erróneos. Es por esto que el pediatra debe estar familiarizado con las principales características clínicas de esta entidad, permitiendo así al sospecharla, la canalización oportuna del paciente al gastroenterólogo pediatra, para un diagnóstico de certeza y tratamiento definitivo.

El propósito del presente estudio es el de conocer la frecuencia de la poliposis juvenil diagnosticada en el Instituto Nacional de Pediatría en los últimos años así como el de definir las principales características clínicas de esta entidad en nuestra población. Además, con la utilización cada vez más frecuente de procedimientos endoscópicos como la colonoscopia en pacientes pediátricos, algunas de las características clínicas tradicionalmente descritas en la poliposis juvenil han cambiado, y no se cuenta con información reciente en nuestro medio al respecto.

MATERIAL Y METODOS.

Para la realización del presente estudio, se revisaron todos los expedientes clínicos de los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Pediatría en un periodo de 7 años, de enero de 1985, a diciembre de 1992. Se consideró el diagnóstico de poliposis juvenil en todo aquel paciente en el que se haya reseñado una lesión intestinal catalogada como pólipo intestinal, cuyo examen histológico muestre como datos más característicos los siguientes:

- Proliferación hamartomatosa de elementos glandulares y del estroma.
- Aumento en la vascularidad
- Infiltración con linfocitos, eosinófilos, células plasmáticas y plimorfonucleares.

Siendo reportado por el servicio de patología como pólipo juvenil pudiendo estar asociado a síntomas como hematoquezia, prolapso del pólipo, diarrea mucosanguinolenta, dolor abdominal y prolapso rectal.

De cada uno de los casos, se procedió a analizar las siguientes variables: Sexo, edad, tiempo de evolución al momento del diagnóstico, diagnósticos y tratamientos previos, sintomatología más frecuente, reporte de laboratorio (CPS, coprocultivo y niveles de hemoglobina), segmento afectado, reporte de exámenes y procedimientos de gabinete, y finalmente tratamiento empleado en cada caso. La edad se analizó en forma cuantitativa y no por grupos etarios.

El tiempo de evolución se consideró como el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el momento en que el paciente acude a la consulta externa del servicio de Gastroenterología, y fue analizado también en forma cuantitativa.

En los diagnósticos y tratamientos previos, se tomó en cuenta si el paciente había sido valorado por un médico previo a su llegada al Instituto, y si había recibido algún tratamiento en base a algún diagnóstico presuncional.

El resto de la información se obtuvo en forma directa y textual del expediente clínico de cada caso. Cuando no se encontró dicha información en un expediente determinado, se consideró como que se ignoraba.

Para describir la información se utilizaron técnicas de estadística descriptiva tales como media, media de tendencia central y desviación estándar como medida de dispersión.

La contrastación estadística, se realizó en términos de la escala de medición de la variable involucrada. De tal manera que para las variables continuas se utilizó

la prueba t y para las categóricas se usó la prueba de Ji cuadrada. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05.

RESULTADOS.

Se identificaron un total de 135 casos de poliposis juvenil de recto y colon, de un total de 14,150 pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Gastroenterología de este Instituto, en el periodo comprendido de enero de 1985 a diciembre de 1992. La frecuencia encontrada fue de un caso de pólipo por cada 104 pacientes consultados (frecuencia de 0.95%); 71 pacientes fueron del sexo femenino y 64 del sexo masculino. El promedio de edad fue de 5.69 años, con una desviación estandar de 3.05 años. La distribución por edad y sexo se muestra en la gráfica No. 1. Se puede apreciar en la misma, que el mayor número de casos se encuentra entre los 2 a 8 años de edad (112 casos).

En cuanto al cuadro clínico, el tiempo de evolución promedio fue de 8.7 meses, sin embargo, el 60% de los pacientes, tuvo un tiempo de evolución menor a los 6 meses.

En 81 pacientes (60%) se encontraron diagnósticos previos de parasitosis intestinal, y habían recibido uno o más tratamientos antiambianos y/o para otros parásitos.

Los signos y síntomas se muestran en el cuadro No. 2. El signo predominante fue la hematoquezia, que se presentó en el 100% de los pacientes, seguido de prolapso del pólipo en 47 casos (34%) y dolor abdominal en 27 casos (20%).

Se contó con reporte de biometría hemática en el 95% de los pacientes. Sólo un paciente presentó cifras de hemoglobina menores de 10 gr/dl (8.6 gr/dl). Al resto de los pacientes se les consideró dentro de la normalidad con niveles por arriba de 11 gr/dl.

A 92 pacientes se les realizó estudio coproparasitológico. De ellos, 72 fueron negativos y en 20 se encontraron un parásito o más. Los parásitos encontrados más frecuentemente fueron Giardia lamblia y E. histolytica, como puede ser apreciado en el cuadro No. 3.

Con respecto al coprocultivo, este se tomó en 27 pacientes unicamente. Solo en uno se aisló Salmonella sp.. En los 26 restantes el reporte fue negativo.

Localización de los pólipos.- El sitio de localización más frecuente de los pólipos en el presente estudio, fue el recto, con un total de 108 casos, seguidos por el recto sigmoides con 13 y el sigmoides con 5 casos. El cuadro No. 4 describe los principales sitios de localización en el estudio.

La distancia promedio del margen anal al sitio de localización del pólipo fue de 6.5 cm. En el 83% de los pacientes, el pólipo se encontró dentro de los primeros 10 cm de distancia (cuadro No. 5).

En 117 pacientes (86.6%), se encontró pólipo único. En 14 se encontraron 2 pólipos y en 4 pacientes 3 pólipos.

Procedimientos diagnósticos.-

En el cuadro No. 6 se muestran los diferentes procedimientos diagnósticos realizados y los resultados obtenidos. Es importante considerar a este respecto, que a todos los pacientes se les realizó más de un procedimiento diagnóstico, y que para procedimientos como la colonoscopia, en algunos casos, no se encontró justificación en el expediente para su realización, por lo que pareciera no corresponder el número de colonoscopías con el grado de efectividad diagnóstica del tacto rectal y la rectosigmoidoscopia.

Tratamiento.-

En 125 pacientes (92.5%), el tratamiento consistió en resección quirúrgica transendoscópica, tanto durante rectosigmoidoscopia como colonoscopia. En 8 pacientes la resección fue vía anal por prolapso del pólipo, y se encontraron 2 casos de auto amputación del pólipo, mismos que no requirieron de tratamiento alguno.

Seguimiento.-

Hubo seguimiento en 117 pacientes después del tratamiento. De estos, el 96% (113), se encontró asintomático después de la resección, y fueron dados de alta al poco tiempo. Solo en dos pacientes persistió la sintomatología y hubo necesidad de continuar estudios para determinar origen de la misma, una vez descartada la presencia de otros pólipos. En otros dos pacientes reapareció posteriormente la sintomatología. Los mismos fueron sometidos a colonoscopia

encontrándose pólipos más allá de 20 cm del margen anal, siendo resecados sin complicaciones

DISCUSION.

Se logró identificar una muestra significativa de pacientes con poliposis juvenil. De los resultados obtenidos, encontramos una frecuencia de 0.95%, prácticamente igual a la reportada previamente en nuestro medio de 0.8% (3,6), y en el extranjero con una frecuencia de 0.8 a 1% (1). En nuestro hospital parece haber una mayor frecuencia de pólipos en el sexo femenino que en el sexo masculino, ya que de los 135 casos estudiados, 71 correspondieron a mujeres y 64 a hombres. Sin embargo, estadísticamente no hay diferencia significativa entre ambos sexos ($p=0.273$). Es interesante hacer notar, que esto difiere de lo encontrado por otros autores, quienes refieren una mayor incidencia del sexo masculino para poliposis juvenil (2,3).

En cuanto a la edad de presentación, encontramos un promedio de edad de 5.69 años, y la mayor parte de los casos (82%) distribuidos en pacientes de 2 a 8 años de edad. Esto concuerda perfectamente con lo encontrado en otros reportes (1,2,5).

Llama la atención en el presente estudio, la presencia de un tiempo de evolución promedio tan largo (8.7 meses), aunque el 60% de los pacientes presentó un tiempo de evolución menor a los 6 meses. De alguna forma, esto refleja por un lado la falta de conciencia de los padres para solicitar ayuda médica oportuna, y por otro, la falta de conocimiento y experiencia en esta enfermedad por parte del médico general y el pediatra, incurriendo fácilmente en errores diagnósticos. Este último hecho queda demostrado en el presente trabajo, ya que en un 60% de los pacientes, se encontraron diagnósticos previos de parasitosis intestinal, y habían recibido uno o más tratamientos antiambianos y/o para otros parásitos.

El cuadro clínico más frecuente, no fue diferente a lo ya reportado, encontrando que los signos más frecuentes fueron la hematoquezia y el prolapso del pólipo (1,4,5). La hematoquezia se presentó en un 100% de los casos, y prácticamente en ningún paciente el sangrado fue anemizante, pues únicamente en un caso se reportó hemoglobina por abajo de 10 gr/dl. Esto último concuerda con el hecho de que la poliposis juvenil, se considera una de las causas más frecuentes de sangrado de tubo digestivo no anemizante en la edad pediátrica

(3,6). Al igual que otras series, se encontraron signos y síntomas menos frecuentes, como la presencia de dolor abdominal y evacuaciones mucosanguinolentas. Se correlacionaron estos síntomas con los resultados de exámenes coproparasitológicos y coprocultivo, y se encontró que de 92 pacientes a los cuales se les realizó coproparasitológico, solo en 20 fue positivo, siendo los parásitos más frecuentes *Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*. Sólo en 8 de los pacientes con coproparasitológicos positivos se encontró asociación entre la presencia de estos parásitos y la presencia de dolor abdominal y evacuaciones mucosanguinolentas. Tomando en cuenta el número total de pacientes, el número de pacientes sometidos a examen coproparasitológico con resultado positivo, y el número de pacientes con dolor abdominal y evacuaciones mucosanguinolentas, no encontramos relación significativa entre el hallazgo de estos parásitos, y la presencia de esta sintomatología. El coprocultivo fue aún menos significativo, ya que se logró aislamiento solo en un caso.

En cuanto a la localización de los pólipos, encontramos que en 82% de los pacientes (111 casos), el sitio de afectación más frecuente fue el recto, seguido del recto sigmoidees y el sigmoidees. La distancia promedio del margen anal fue de 6.5cm, y en 83% de los pacientes, los pólipos se encontraban dentro de los primeros 10 cm. Estos datos concuerdan completamente con lo tradicionalmente descrito para poliposis juvenil (3,4,6,7). Coincide también el hecho de que en la mayoría de los pacientes se encontró el pólipo como una lesión única (86.6%). Solo en 18 pacientes se encontraron más de un pólipo, sin exceder nunca de 3.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, el tacto rectal continúa siendo el procedimiento diagnóstico más sencillo y eficaz, pues permitió el diagnóstico en 66% de los pacientes. Cabe mencionar la eficacia de la rectosigmoidoscopia, no sólo como procedimiento diagnóstico (efectividad del 90%), sino como procedimiento terapéutico, ya que como se mencionará más adelante, casi todos los pacientes (92.5%) fueron sometidos a resección quirúrgica transendoscópica, la mayor parte de ellos en el curso de la rectosigmoidoscopia. Se correlacionó el número de pólipos encontrados con la realización de colonoscopia, encontrando que esta fue útil para diagnosticar la presencia de 2 pólipos en 6 casos, y en los 3 casos en los que se encontraron 3 pólipos. A este respecto, es importante considerar que en solo dos casos la colonoscopia se indicó por persistencia de la sintomatología, encontrándose nuevos pólipos por arriba de 20 cm del margen anal. La indicación del estudio en los demás pacientes fue muy variable, e incluyó desde la disponibilidad del equipo en un momento

determinado, hasta la evidencia radiológica de pólipos localizados más allá de 20 cm del margen anal. anal.

El colon por enema se realizó en 39 pacientes, con una eficacia diagnóstica de 74%. En el presente estudio al parecer no se realizaron más de estos procedimientos por la eficacia diagnóstica de otros como el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia. El colon por enema debe reservarse entonces, para aquellos niños con sangrado de tubo digestivo bajo no anemizante, en donde el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia hayan sido negativos, y no se cuente con colonoscopia (3).

El tratamiento de elección, con muy buenos resultados, continúa siendo la resección quirúrgica transendoscópica, procedimiento realizado en el 92.5% de los pacientes sin complicación alguna. El 96% de los en los que hubo seguimiento, permaneció asintomático después de la resección.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos permiten concluir que las principales características clínicas de la poliposis juvenil encontradas, no difieren de lo ya descrito en la literatura nacional y de otros países, sobretudo en lo que se refiere a cuadro clínico, tiempo de evolución y tratamiento. La falta de conocimiento de esta enfermedad provoca diagnósticos y tratamientos erróneos, que no solo no resuelven los problemas del paciente, sino que retrasan el diagnóstico de poliposis. La poliposis juvenil debe considerarse siempre como diagnóstico diferencial ante la presencia de Hematoquezia en un paciente, y por la gran eficacia diagnóstica de este procedimiento, es recomendable realizar tacto rectal en todos estos pacientes como parte de su estudio.

Sabemos que en nuestro medio las enfermedades parasitarias son sumamente frecuentes. Sin embargo, cuando el sangrado de tubo digestivo es secundario a algún agente infeccioso y/o parasitario, el cuadro clínico que presenta el paciente es más de una colitis con evacuaciones mucosanguinolentas que el de hematoquezia, como sería el caso de colitis por Shigella, Salmonella y E. hystolítica. Incluso, el sangrado de tubo digestivo por algunos parásitos es anemizante, como el causado por tricocefalosis. El rasgo distintivo del sangrado de tubo digestivo de la poliposis juvenil, es que es prácticamente diario, que se presenta generalmente durante el acto de defecación y que no es anemizante. En el presente estudio el hallazgo en algunos pacientes de coproparasitoscópicos positivos no se consideró significativo en cuanto a su contribución al cuadro clínico.

Definitivamente el procedimiento diagnóstico de elección sigue siendo el tacto rectal, tomando en cuenta que la mayoría de los pólipos se encuentran dentro de los primeros 10 cm. de distancia del margen anal. Tomando en cuenta la baja incidencia de pólipos múltiples encontrada en este estudio y el hecho de que el 96% de los pacientes permaneció asintomático después de la resección (con lo cual se infiere ausencia de otros pólipos no detectados por los métodos diagnósticos habituales), podemos concluir que en nuestro medio la colonoscopia no debe realizarse en forma rutinaria en todos los pacientes con sospecha de pólipos, como ha sido sugerido por algunos autores extranjeros (1,5,8,9,10), y debe ser reservada solo para pacientes con sospecha de poliposis múltiple, persistencia de la sintomatología, y evidencia radiológica de pólipos localizados más allá de 20 cm. del margen anal. Otros estudios, como el colon por enema, deben ser reservados para aquellos niños con sangrado de tubo digestivo bajo no anemizante, en donde el tacto rectal y la rectosigmoidoscopia hayan sido negativos, y no se cuente con colonoscopia.

Aunque las características clínicas clásicas de la poliposis juvenil parecen estar cambiando con la utilización cada vez mayor de la colonoscopia, no parece suceder así en nuestro medio, ya que como se mencionó anteriormente, la incidencia de poliposis múltiple encontrada fue sumamente baja.

Es importante reconocer entonces, que solo en la medida que el médico general y específicamente el pediatra (como médicos de primer contacto) tengan conocimiento de esta entidad, se podrá considerar a la misma como parte del diagnóstico diferencial del sangrado de tubo digestivo bajo en el paciente pediátrico. La sospecha clínica y reconocimiento temprano de estos pacientes permitirán su canalización oportuna con el Gastroenterólogo pediatra y/o con el endoscopista para su tratamiento definitivo, sobre todo si tomamos en cuenta que en nuestro medio se cuenta con la infraestructura necesaria para el manejo integral de estos niños.

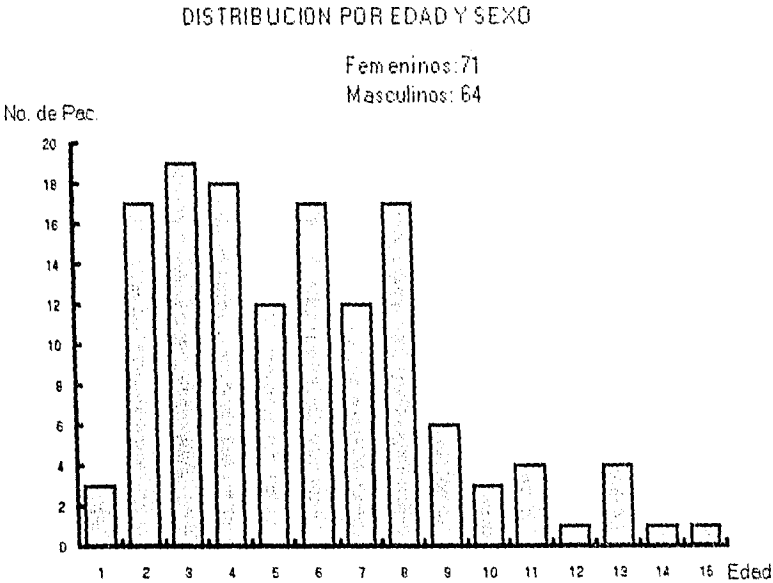
**CUADRO No. 1
ENFERMEDADES ASOCIADAS A POLIPOSIS INTESTINALES**

	POLIPO JUVENIL AISLADO	POLIPOSIS COLI JUVENIL	POLIPOSIS JUVENIL GENERALIZADA	POLIPOSIS FAMILIAR COLI	SINDROME DE GARDNER	SINDROME DE TURCOT	SINDROME DE FEUTZ-JEGHERS	ENFERMEDAD DE COWDEN	SINDROME DE CRONKHITE CANADA
TIPO DE POLIPO	INFLAMATORIO	INFLAMATORIO	INFLAMATORIO ADENOMATOSO	ADENOMATOSO	ADENOMATOSO	ADENOMATOSO	HAMARTOMATOSO	HAMARTOMATOSO	INFLAMATORIO
LOCALIZACION	COLON	COLON	ESOFAGO INTESTINO DELGADO ESTOMAGO	COLON	COLON ESTOMAGO DUODENO	COLON	COLON ESTOMAGO INT DELGADO BRONQUIOS VAS URINARIAS	ESOFAGO ESTOMAGO COLON INTESTINO DELGADO	ESOFAGO ESTOMAGO INT DELGADO COLON
HERENCIA	NINGUNA	AUTOSOMICA DOMINANTE	AUTOSOMICA DOMINANTE	AUTOSOMICA DOMINANTE	AUTOSOMICA DOMINANTE	AUTOSOMICA RECESIVA	AUTOSOMICA DOMINANTE	AUTOSOMICA DOMINANTE	NINGUNA
POTENCIAL MALIGNO	NINGUNO	POSIBLE	PROBABLE	DEFINITIVO EN COLON	DEFINITIVO EN COLON Y DUODENO	DEFINITIVO EN COLON Y TIROIDES	2 A 3% USUALMEN- TE DUODENO	CANCER MAMA- RIO Y TIROIDES	10% CANCER GASTROINTESTINAL EN ADULTOS
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	NINGUNA	OSTEOMAS DE CRANEO, DENTI- CION ANORMAL QUISTES DENT- RICIAS	NINGUNA	TUMORES DE OVARIO LESION DE ENDOCRINIA	ANOMALIAS CONGENITAS TUMORES	ALOPECIA ONCOSTROFIA HIPERPIGMENTACION
CONDICIONES ASOCIADAS	NINGUNA	MALROTACION CRIFTORQUIDIA AMIGALGIA HIDROCEFALIA HIPERTELORISMO	MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES	HEPATOBLASTOMA LEUCEMIA MELOGENA AGUDA	CARCINOMA PERIAMPLIAR CANCER DE VIA BILIAR	TUMORES CEREBRALES	PIGMENTACION DE LABIOS BOCA Y PIEL	HAMARTOMA OROCUTANEO	NINGUNA
INCIDENCIA	1:100 PREES- COLARES Y ES COLARES	1:100,000		1:8000 EN POBLA- CION GENERAL					

TOMADO DE WALKER W. A. PEDIATRIC GASTROINTESTINAL
DISEASE FOURTH EDITION. PHILADELPHIA. B. C DECKER INC 1992.

POLIPOSIS INTESTINAL

GRAFICA No. 1



POLIPOSIS INTESTINAL

CUADRO No. 2

SIGNOS Y SINTOMAS

	Casos	Porcentaje
hematoquezia	135	100%
Prolapso pólipos y hematoquezia	47	34%
Dolor abdominal y hematoquezia	27	20%
Evac. Mucosang y hematoquezia	18	13%
Prolapso rectal y hematoquezia	4	29%
otros	24	18%

CUADRO No. 3

RESULTADOS COPROPARASITOSCOPICOS

PARASITO	No. DE PAC
Giardia lamblia	13
Giardia lamblia + E. Histolytica	4
Ascaris lumbricoides	2
E. Histolytica (quiste)	1

POLIPOSIS INTESTINAL
CUADRO No. 4

LOCALIZACION DE LOS POLIPOS

Sitio anatómico	No. de casos
Canal anal	1
Recto	111
Resto sigmoides	13
Sigmoides	5
Cólon descendente	4
Cólon transverso	1

CUADRO No. 5

LOCALIZACION DEL POLIPO
DISTANCIA DE LA MARGEN
ANAL

Distancia	No. de pacientes	Porcentaje
Primeros 10 cm.	112	83%
11 a 20 cm	18	13%
más de 20 cm.	5	4%
Total	135	100%

POLIPOSIS INTESTINAL

CUADRO No. 6

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Procedimiento	No. de Pac	Positivos	Negativos
Tacto rectal	135	90	45
Rectosigmoidoscopia	111	101	10
Colonoscopia	35	35	0
C6lon por enema	39	29	10

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Walker W. A: Juvenile Polyps. En Walker W.A. : Pediatric Gastrointestinal Disease Fourth Edition, Philadelphia. B. C. Decker Inc, 1992: 739-753.
- 2.- Winter H. S: Intestinal Polyps. En Spiro H.M : Clinical Gastroenterology Fifth Edition New York, Mc Graw Hill Inc, 1993: 777-779.
- 3.- Ramirez M. J, Rivera E. M y Coronado M. E: Pólipos de Recto y Cólon en niños. Bol Med Hosp Inf Mex, 1984;41: 437-441.
- 4.-Hamilton J.R: Juvenile Colonic Polyp, En Nelson Textbook of Pediatrics Fourteenth Edition, Philadelphia W B. Saunders Company. 1992: 992-993.
- 5.-Silver G: Lower Gastrointestinal Bleeding. Pediatr Rev 1990;12:85-93.
- 6.-Belio C. C, Blanco R. G: Pólipos Juveniles. Bol Med Hosp Inf Mex, 1982; 39 668-670.
- 7.-Brown M. R: Gastrointestinal Bleeding. En Oski Principles and Practice of Pediatrics. Philadelphia J.B. Lippincott Company, 1990: 1687.
- 8.-Oldham K. T, Lobe T.E: Gastrointestinal Hemorrhage in Children. Ped Clin North Amm. 1990: 12: 1247-1263.
- 9.-Cynamon H, Milov D, Andres J: Diagnosis and Management of Colonic Polyps in Children. J Pediatr 1989; 41 : 593-596.
- 10.-Mestre J.R: The Changing Pattern of Juvenile Polyps. Am J Gastroenterol 1986; 84: 312-314.
- 11.-Méndez R. I, Nahimira G. D, Moreno A. L, Sosa M. C: El Protocolo de Investigación. México; Editorial Trillas, 1984 : pp11-25.