

POLIPOSIS INTESTINAL GENERALIZADA

Por los Dres. ALFREDO GANTZ, RAIMUNDO ARIZTIA y ALBERTO GUZMAN
Hospital Clínico de Niños Roberto del Río,

Enferma de 8 años de edad que tuvimos ocasión de presentar a una de las reuniones clínicas del hospital, con el diagnóstico de invaginación intestinal izquierda, baja, sigmoidea y poliposis rectal; cuya historia me permitiré repetir para el mejor relato del caso.

Antecedentes hereditarios: Padres vivos y sanos. No hay antecedentes de tuberculosis. Cinco hijos vivos y sanos. Kahn (—) en el padre.

Antecedentes personales: Coqueluche. Sarampión. Ascariidosis hace 2 años.

Enfermedad actual: Niña con antecedentes de constipación, que desde febrero de 1948 acude a Policlínica de Medicina por vómitos y dolores abdominales. Desde guagua presentaba prolapso rectal, por lo cual fué operada en el Hospital Arriarán, según contaba el padre, donde permaneció hospitalizada un mes. Pasó un año sin molestias. Después se reprodujo el prolapso, aunque con menor intensidad. Sangraba con facilidad. Hace 4 meses aparece el prolapso en forma muy intensa y desde hace 4 días presenta vómitos intensos, acompañados de cólicos intestinales. Vomitaba hasta el agua. Consulta a Policlínica de Medicina, donde le indican tratamiento a base de luminal.

Llevaba 3 días sin deposición. Siguiéron los vómitos y los dolores, y como no presentaba deposiciones, la madre le practica un enema jabonoso. Elimina escasa cantidad de excrementos muy duros. El día de ingreso al Servicio, 30 de abril de 1950, se colocó un nuevo enema, obrando en gran cantidad y al final elimina sangre fresca y coágulos. Ingresó al Servicio de Primeros Auxilios, presentando un coágulo en el anillo rectal. Los vómitos eran biliosos y a veces de mal olor; este último dato no es muy exacto.

Examen físico: Enferma con palidez intensa. Piel deshidratada. Temperatura rectal: 37.5°. Presión: 9/6.

Cabeza: Dentadura: nada especial. Faringe: (—). Lengua: seca, saburral; labios pál-

dos, cianóticos. Aliento nauseoso. Ojos: Conjuntivas pálidas, con inyección discreta.

Tórax: Pulmones: nada especial. Corazón: taquicardia, tonos sin alteración.

Abdomen: flácido, deprimido, en batea con sollevamiento visible en el hemiabdomen izquierdo, especialmente en la región de la fosa iliaca y paraumbilical. A la palpación: blando, depresible e indoloro, con una masa desplazable a nivel de la fosa iliaca izquierda, que se continúa hacia arriba casi hasta el hipocostrio izquierdo. No es dolorosa a la palpación y da la impresión de intestino.

Hígado y bazo: nada especial.

Ano: presenta un coágulo que sale a través de él con facilidad, otro fijo que se reduce.

Tacto rectal: se palpa una masa, a 8 cm del ano, que da la impresión de pólipo; otro más pequeño, un poco más alto. Se aprecia una masa más arriba. Al retirar el dedo sale cubierto de sangre fresca.

Enema salino: de 600 cc, al comienzo entra con dificultad, luego sin resistencia. La palpación abdominal cambia radicalmente, pues desaparece la masa que se palpaba anteriormente. Al eliminar el líquido aparece con pequeñas estrias de sangre. Abdomen completamente depresible.

Se practicó transfusión de sangre de 100 cc. Se deja alimentación a base de líquidos.

Continúa tranquila, sin vómitos; pero no presenta deposiciones. Dos días después se pidió tránsito intestinal y enema baritado, que fueron normales. Un hemograma dió anemia discreta y desviación a la izquierda con leucocitosis. Radioscopia de tórax: foco calcificado base pulmón izquierdo.

Continúa bien y a los 9 días de su ingreso se da de alta sin molestias y con indicaciones de control.

Desgraciadamente, la enferma, como muchas otras, no se presentó al control requerido y al volver al hospital se obtienen los siguientes datos: permaneció bien, sin molestias hasta el 7 de octubre del 50, en que bruscamente presenta crisis dolorosa abdominal y prolapso rectal, por lo cual se hospitaliza el día 10 de octubre.

Ingresó una enfermita muy enflaquecida, en pésimo estado general, sensorio despejado.

Quejumbrosa. Temperatura: 38°. Pulso: 134. Presión: 9/4. Llama la atención en su cara la pigmentación de los labios y mucosa bucal. Boca: lengua saburral. Faringe roja con amígdalas hipertróficas. Tórax: nada especial. El abdomen globuloso, tenso, muy doloroso, lo cual dificulta la palpación. Hígado a un través de dedo por debajo del reborde costal. Bazo: nada especial. Extremidades: reflejos más intensos al lado izquierdo.

Se piden los siguientes exámenes:

Uremia: 0.30. Orina: nada especial. Sedimentación: 23 mm. Reacciones tíficas: negativas. Baciloscopias del desgarro: negativas. Fibras elásticas: negativas. Kahn: negativo. Examen directo de deposiciones, en busca de bacilos Koch: negativo. Hemograma: rojos, 3,000,000; mono., 3; linf., 4; segm., 35; bacil., 58; Hb., 53%; leucocitos, 15,100.

Se dejó con extracto suprarrenal, suero glucosado y cafeína.

El día 13 de octubre se le practica una radioscopia pulmonar, que sólo da un foco calcificado de la base izquierda. Reacción de Mantoux al 1 por 100: positiva.

El día 14, en vista que persiste el cuadro doloroso abdominal, el meteorismo, y con el resultado de los exámenes de radioscopia y Mantoux, se hace el diagnóstico de peritonitis tuberculosa, iniciándose tratamiento con estreptomicina, medio-gramo cada 12 horas. Las deposiciones eran de 1 a 2 diarias, no habiendo constancia especial si iban o no acompañadas de sangre.

A su vez se pide un tránsito intestinal, que da un esfago y estómago normales. A la 1½ hora el estómago está casi vacío y el bario ocupa en forma irregular el intestino delgado. A las 4½ horas el bario contrasta irregularmente las últimas asas del delgado, el ileon aparece dilatado, empieza a llenarse el ciego. A las 24 horas, pequeños restos de bario en el ciego; el resto ocupa el colon descendente la S iliaca y el recto.

La enferma siguió evolucionando con temperatura de 38 y 38½. Con palidez muy marcada. El abdomen siempre meteorizado y doloroso, aumentando lentamente la medición del perímetro abdominal. El día 20 aparecen anotadas en la historia las primeras deposiciones con sangre. Al día siguiente el dolor abdominal se agudiza y aparecen vómitos biliosos; tuvo deposiciones.

La palpación hecha por el médico de sala, acusa: En la fosa iliaca izquierda una masa que sobrepasa hacia el flanco derecho y muy dolorosa. Los vómitos son casi permanentes. En el tratamiento se agrega penicilina y luminal. El día 22, en vista que continuaba este cuadro doloroso, con vómitos permanentes, con alza de temperatura, hasta 40°, es examinada por el cirujano y el médico de guardia, quienes comprueban una enferma en anemia aguda, por lo cual se practica una

transfusión de urgencia. Con respecto al abdomen, no se palpa masa sospechosa de invaginación. Agregan al tratamiento suero glucosado y atropina. El día 23 amanece con temperatura de 40°, vómitos permanentes, que desde el día anterior tienen carácter sangüinolento. Uno de nosotros es llamado a examinar esta enferma, por haberla atendido en su hospitalización anterior, y se encuentra con una enfermita en pésimo estado general, con síntomas francos de anemia aguda. El examen abdominal revelaba lo siguiente: A la inspección, abdomen en batea, de paredes flácidas, sobre las cuales se dibujan movimientos peristálticos, sobresaliendo una masa tumoral en la región del epigastrio con prolongación hacia el hipocondrio izquierdo, flanco y fosa iliaca del mismo lado, que a la palpación es característica de un intestino invaginado y que de trecho en trecho presenta tumores más pequeños, duros, que parecen estar englobados en dicha masa. Hecho el diagnóstico clínico de invaginación intestinal, por el cual ya había sido hospitalizada una vez, se trata de mejorar algo el estado general para que pueda resistir una intervención quirúrgica. Se coloca una transfusión de urgencia de 250 cc a presión y con otra de gota a gota se lleva al pabellón, aun en condiciones muy desfavorables.

Bajo anestesia de cloro-éter se practica una laparotomía transrectal derecha. Ablerto el peritoneo se comprueba una gran cantidad de líquido y una masa de intestino invaginado que ocupa toda la región ya anteriormente descrita, o sea, desde la fosa iliaca izquierda, ascendiendo hacia el epigastrio, llegando hasta el ángulo duodeno-yeyunal, sitio en el cual hay, además de la invaginación, una torsión que impide deshacer el budín. El intestino delgado ha desaparecido completamente, estando englobado en la invaginación. Durante estas maniobras la enferma fallece, por lo cual se suspende la operación para poder practicar una autopsia prolija. Esta última dió como resultado una poliposis intestinal generalizada, cuyas características serán narradas por el Dr. Guzmán en el informe siguiente:

M. C. O. — 3 años. — 23-X-1950. — Santa Filomena. — 50/21124.

Encéfalo: pesó 1,200 g, bien conformado, de consistencia firme.

Cavidad torácica: Timo: atrofiado.

Corazón: pesó 68 g, tamaño normal, mide 8.6 cm de alto por 7.5 cm de ancho, en diástole; miocardio turbio, congestivo.

Pulmones: congestivos, enfisematosos, sin focos densos.

Ganglios peribronquiales: de tamaño normal, presentan ligera congestión.

Cavidad abdominal: Bazo: pesó 40 g, tamaño y consistencia normales. Hígado: pesó 500

g, de tamaño grande, congestivo; permeabilidad biliar normal.

Riñones: congestivos, turbios, la cápsula se desprende con facilidad; el riñón izquierdo tiene doble pelvis, mide 9 cm por 4.5 cm, pesó 58 gr; el derecho mide 7 cm por 5 cm y pesó 30 g.

Páncreas: tamaño y consistencia normales (se dejó con el duodeno).

Suprarrenales: muy bien conservadas, de tamaño normal, aspecto anémico.

Ganglios mesentéricos: congestivos, hemorrágicos del tamaño de un poroto corriente.

Mucosa gástrica: congestionada, vasos bien a la vista, plogada presenta en la superficie contenido mucóideo abundante de coloración verdosa.

Intestino: asas del intestino delgado muy dilatadas; de coloración violácea oscura; esta coloración comienza a pocos centímetros por encima de la válvula ileocecal. El colon transverso está ligeramente dilatado y de coloración violácea, se constatan dos adherencias firmes del intestino delgado entre sí, las cuales forman un verdadero anillo mesentérico. Se encuentra una morcilla gruesa de invaginación en la parte alta del intestino delgado a nivel del comienzo del yeyuno; la asa de yeyuno invaginada presenta la pared de coloración rojiza oscura friable. En el intestino desinvaginado presenta en su superficie un exudado amarillento con grumos acumulados por la invaginación. Superficie externa del intestino invaginado gris rojiza edematosa con manchas hemorrágicas y con un exudado fibrinoso adherido. La mucosa a nivel del intestino invaginado está tumefacta, rojiza, en parte ulcerada; a este nivel llaman la atención masas polipoideas que tienen un pedículo alargado delgado y una especie de cabeza en la parte superior; estos pólipos se encuentran repartidos en todo el intestino, desde el duodeno hasta el recto, y miden desde 1 cm hasta 4 cm de alto; se encontraron hasta 40 pólipos. Se encuentra una porción de intestino delgado de más o menos 1 metro 65 cm, desde la válvula ileocecal hacia arriba sin pólipos. Llama la atención, al apretar el recto, se prolapsa la mucosa por un ano amplio relajado. Se encontró abundante contenido intestinal hemorrágico.

Conclusión: Invaginación intestinal alta (comienzo del yeyuno).

Poliposis intestinal generalizada.

Dr. Alberto Guzmán F.

Refiriéndonos a la poliposis y a los pólipos intestinales en el niño, diremos lo siguiente:

Los pólipos intestinales son un cuadro relativamente frecuente, presentando su mayor incidencia entre los 2 y los 8 años,

con un máximo a los 5. En cuanto a sexo hay un pequeño predominio de los hombres 54 : 38.

Pueden localizarse en cualquiera parte del intestino, pero con mayor frecuencia en el recto.

Cuando su número es exagerado se constituye una entidad nosológica denominada poliposis, ocupando entre éstas un cuadro bien diferenciado la poliposis familiar del colon. Su principal característica la constituye una gran cantidad de pólipos, generalmente conglomerados, que ocultan completamente el aspecto normal de la mucosa, constituyendo verdaderas placas espesas, dispuestas en hileras ordenadas y que Broders llama polipoidosis. Tiene un carácter familiar hereditario, aparentemente dominante.

La teoría que afirmaba su aparición en la pubertad fué descartada por Mc. Kenny, quien logró presentar un caso en un niño menor de 2 años. Dixson describe otro enfermo de 18 meses.

De este cuadro se han descrito alrededor de 400 casos familiares, primando si en todos ellos la aparición tardía de los síntomas y el alto porcentaje de degeneración maligna, entre un 26 a 36 %.

La sintomatología se caracteriza por dolores abdominales, deposiciones sanguinolentas y diarrea frecuentes.

El tratamiento para este tipo de afección es quirúrgico, yendo desde la cauterio-sección hasta la colectomía en uno o varios tiempos, con anastomosis ileo-rectal.

Respecto a poliposis generalizada del intestino, Ladd y Gross describen un solo caso.

En cuanto a la etiología de la poliposis en general, Feyrter la considera como adquirida por inflamaciones crónicas. La encuentra en un 24 % de las autopsias y casi sin excepción sobre los 75 años de edad. Casi nunca faltan en las colitis crónicas ulcerosas. Por otra parte, no es raro que la poliposis del recto dé el cuadro de colitis.

Sintomatología: Melenas, muchas veces ocultas, por lo cual debe investigarse la presencia de sangre en las deposicio-

nes. Esto es lo más frecuente. Este síntoma puede conducir a la anemia.

Dolores abdominales que van desde el tipo leve hasta el cólico, el cual indicaría un comienzo de invaginación, lo cual se debe a la inclusión de estas hiperplasias adenomatosas en las ondas peristálticas del intestino; serían arrastradas hacia la sub-mucosa, facilitando la invaginación con esta interferencia.

Para el diagnóstico es de importancia el hallazgo de pólipos rectales y sigmoideos, o aun la eliminación espontánea de trozos de pólipos. La presencia de múltiples pólipos en estas regiones, sería indicación para ir a un examen radiológico prolijo. Para esto se practicará un tránsito intestinal y un enema baritado, lo cual permite observar defectos de llenamiento así como las retenciones de bario.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con todas aquellas afecciones capaces de producir melena, como ser: La constipación. Las fisuras anales. El divertículo de Meckel, cuya hemorragia comienza repentina y silenciosamente. La invaginación intestinal. El escorbuto y discrasias sanguíneas. Ulceras del tubo digestivo, etc.

Complicaciones: Por orden de frecuencia tenemos: la hemorragia, la invaginación y la degeneración maligna.

Tratamiento: Es quirúrgico y dependerá de la localización de el o los pólipos. Si es único o al menos escaso, se puede practicar la extirpación a través del recto o sigmoidoscopio. De preferencia se hace la amputación con electrocoagulación.

Otro tipo de operación es la extirpación a través de una laparotomía seguida de ileotomía o colotomía. Esto para aquellos pólipos que están fuera del alcance del instrumental antes mencionado.

Un tercer tipo son las colostomías temporales. Así se hace sigmoidostomía, colostomía del transversal o cecostomía, se-

gún la ubicación de los pólipos. Por la boca de la ostomía se introduce un rectoscopio, en un segundo tiempo, y se practica la resección de los pólipos.

Finalmente, la colectomía. Es el tratamiento de elección en las poliposis avanzadas del colon.

Finalmente, diremos que para numerosos autores la radiografía es ineficaz en estos casos.

Debido a la extensión de las lesiones en las piezas de autopsia del caso presentado, como ustedes podrán apreciar, creemos que la intervención quirúrgica no habría dado resultados en ningún caso.

Summary.

A case of generalized intestinal polyposis in an 8 year old girl is presented. The authors review the literature on this subject.

Bibliografía.

- BOOKUS, H. L. — Gastroenterología. Salvat. Barcelona. 1948.
- BRENNEMANN'S PRACTICE OF PEDIATRICS. W. F. Prior Company, Inc. Hagerstown, Maryland. 1948.
- CHRISTOPHER, F. — A Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London. 1944.
- COHRBANDT-KARGER-BERGMANN. — Chirurgische Krankheiten in Kindesalter. S. Karger. Berlin. 1928.
- HOLT, L. E. y ROWLAND, J. — Tratado de Pediatría. Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana. México.
- JIMENEZ DIAZ, C. — Lecciones de Patología Médica. Ed. Científico-Médica. Madrid, Barcelona. 1940. Tercera Edición.
- LADD, W. E. and GROSS, R. E. — Abdominal Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London. 1941.
- MITCHELL-NELSON. — Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London. 1950.
- PFAUNDLER, M. v. y SCHLOSSMANN, A. — Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia. Francisco Seix. Barcelona. 1934.