

POLIPOS SOLITARIOS ALTOS DEL INTestino

Prof. MARIO NOE y Drs. GUILLERMO ZIEGLER, SERGIO HERRERA,
JORGE DEL RIO y MANUEL NEIRA

Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow.

Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Con cierta frecuencia el médico se encuentra con cuadros abdominales poco claros, sin un diagnóstico de precisión y, por lo tanto, se siente incómodo por no poder aplicar una terapéutica conveniente, que elimine la lesión y su sintomatología.

La existencia de pólipos intestinales, sobre todo aquellos que se encuentran aislados y situados en el colon o intestino delgado, suelen pasar desapercibidos, colocándonos en la situación aludida. Este evento es debido a dos causas principales: la de no pensar en la posibilidad de su existencia, cuando la sintomatología es algo vaga, y la dificultad que existe a menudo de identificar los pólipos altos, es decir, aquellos que se encuentran por encima del campo visual del rectosigmoidoscopia.

Como nuestro propósito es meramente clínico, no entraremos en la clasificación, ni en el estudio histopatológico de los pólipos intestinales en general, omitiremos todo comentario al respecto, haciendo resaltar únicamente, que el criterio unánime de todos los investigadores¹⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻⁹⁻¹³⁻¹⁵ es, que debemos considerarlos, sea cual sea su tipo, como adenomas precancerosos y, por lo tanto, como elementos que a la larga, encierran un grave peligro. Esto nos obliga necesariamente a extremar los procedimientos clínicos y de laboratorio destinados a ponerlos de manifiesto con el fin de eliminarlos.

El cuadro clínico es poco característico: las melenas, los dolores abdominales de carácter variable, acompañados a veces de diarrea y otras de constipación, son los únicos síntomas que hacen sospechar su presencia. La melena es el síntoma predominante, que resalta e induce a sospechar la existencia de pólipos. Consiste generalmente en pequeñas hemorragias de pocos centímetros cúbicos de sangre fresca, rutilante, mezclada con las deposiciones y a veces acompañadas de mucosidades.

Esta sangre proviene de pequeñas ulceraciones o grietas, que se producen a nivel del pólipo o en la mucosa intestinal adyacente inflamada.

Estas melenas se acompañan a menudo de molestias dolorosas, que pueden presentar todas las graduaciones en cuanto a su intensidad, como a su duración y a su localización. En ocasiones se presenta en forma vaga y persistente, aún en ausencia de melenas.

La diarrea, como la estitiquez, puede presentarse aisladamente o en forma alternada, pero sin ningún carácter específico.

El diagnóstico es difícil, o mejor dicho, no es fácil poder diferenciar clínicamente los cuadros de las diversas afecciones intestinales que, al igual que los pólipos, pueden producir melenas, como en el caso de pólipos únicos altos. Hay que descartar, naturalmente, aquellos que, por lo ruidoso de su sintomatología y por el grave compromiso del estado general, nos inclinan hacia un proceso agudo, pero en cuanto a los demás, como ya lo dijimos anteriormente, solamente el pensamiento de su existencia, corroborada por el examen rectosigmoidoscópico y radiológico, será capaz de precisar el diagnóstico.

En la mayoría de los enfermos, alrededor del 90%³⁻⁴⁻⁶⁻⁹, la localización es baja y es relativamente sencillo, por medio del rectosigmoidoscopia, ponerlos de manifiesto, estudiar sus características e inclusive abordarlos para su tratamiento. El resto, constituido por un 8 a 10%¹⁻⁴⁻⁶⁻⁹⁻¹³⁻¹⁵, son los que presentan los pólipos altos y a este grupo pertenecen los enfermos que han motivado esta presentación. A ellos es indispensable someterlos a examen radiológico, pues es el único medio decisivo para su diagnóstico. Desgraciadamente este examen es difícil, requiere de gran prolijidad y conocimiento técnico, de manera que es indispensable efectuarlo siempre bajo estas condiciones. En los pólipos múltiples, estas dificultades no existen, por eso queremos recalcar, que las máximas precauciones deben ser tomadas en los pólipos solitarios, ya que es su imagen la difícil de revelar.

A continuación haremos una somera descripción de la técnica radiológica empleada en nuestro hospital, que

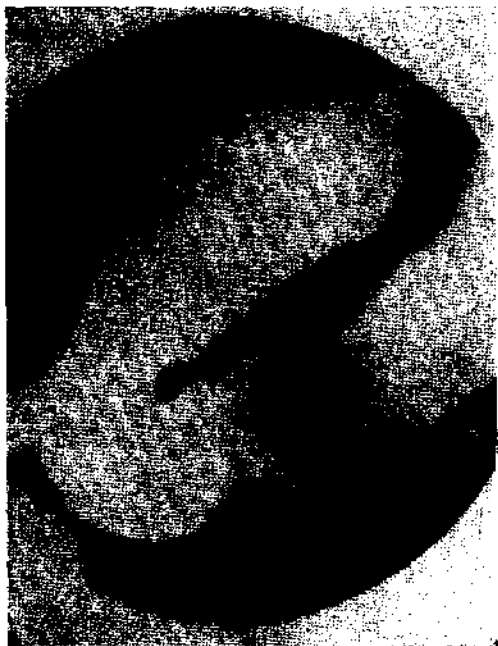


Fig. 1: Radiografía del caso N° 1. Imagen negativa de límites precisos, redondeada, del tamaño de una guinda, muy desplazable.



Fig. 2: Radiografía del caso N° 2. Imagen negativa, de forma ovalada, del tamaño de una aceituna grande, poco desplazable.

CASUÍSTICA

Nuestra casuística se compone de 4 enfermos, todos ellos con un polipo solitario alto, que han sido observados en estos 3 últimos años. Vaya una síntesis de sus antecedentes y características, para poner de relieve los puntos de más interés clínico, una somera descripción del tratamiento quirúrgico efectuado y, al final, un comentario que pueda ayudarnos en el futuro a diagnosticarlos y a tratarlos en mejor forma.

Para mayor facilidad llamaremos nuestros enfermos caso N° 1, 2, 3 y 4.

Los casos número 1 y 2, de 9 y 10 años respectivamente, ambos de sexo femenino, sin antecedentes de poliposis familiar, consultan por presentar la sintomatología antes descrita. A veces, ésta se presenta en conjunto, otras separadamente, en forma desordenada. Ambas afebriles, pero con compromiso del estado general consistente en: cefaleas, decaimiento, pérdida de peso y palidez. El examen físico es negativo. Los exámenes de sangre, deposiciones, orina, sondaje duodenal, tránsito intestinal, etc., son negativos; solamente se encuentra una Reacción de Weber positiva +++ en las heces. No concordando con ningún cuadro clínico definitivo, se piensa en la posibilidad de poliposis y se practican primero una rectosigmoidoscopia que fué negativa y después un enema baritado en la forma ya descrita, que pone en evidencia una imagen negativa de límites precisos, en el caso N° 1 redondeada, del tamaño de una guinda, muy desplazable (Fig. 1) y en el caso N° 2 ovalada, del tamaño de una aceituna grande, poco desplazable (Fig. 2), lo

demonstró alcanzar un feliz éxito en su búsqueda. El examen radiológico, orientado por el cuadro clínico, debe efectuarse en todo momento bajo el control de la pantalla radioscópica en diferentes incidencias. Se inyectan pequeñas cantidades de medio de contraste, estudiando paso a paso su avance, y con relleno pleno y en capa fina, mediante el compresor del seriógrafo, se toman series radiográficas de toda imagen sospechosa. Efectuando una compresión adecuada, de tal manera que el pólipo quede adosado a las paredes del intestino, la expresión radiográfica de éste se traduce por un defecto de llenamiento de contornos regulares y precisos, cuyos límites corresponden al rodete formado por el medio de contraste que permanece alrededor de la masa intrainestinal.

Esta imagen, fija o desplazable, debe ser constante y repetirse cuantas veces se desee en el mismo sitio, para que tenga valor diagnóstico, pues el contenido intestinal podría determinar defectos de llenamiento, que dificultan seriamente la interpretación radiológica; pero estos son habitualmente irregulares en sus contornos, inconstantes en su demostración y se pueden hacer avanzar de la zona examinada.

Debe cuidar especialmente el radiólogo de no efectuar una compresión excesiva; pues, al adosarse las paredes intestinales una sobre otra, se pueden determinar defectos de llenamiento semejantes a los del pólipo.

que permite al radiólogo concluir que: "corresponden a imágenes de pólipos pediculados situados en la unión del colon descendente con el sigmoides". Previa preparación, se intervienen quirúrgicamente ambas y se constatan sendos pólipos pediculados de forma y caracteres parecidos al descrito en el examen radiológico, implantados en la unión del colon descendente con el sigmoides. El informe anátomo-patológico dice en ambos casos: "pólipo fibromucoso inflamado". La evolución postoperatoria fué buena, sin complicaciones, y las molestias pasaron definitivamente, lo que ha quedado demostrado en los controles clínicos y radiológicos efectuados después de un año, que demuestran que no ha habido reproducción de pólipos, ni han aparecido otros.

En los casos número 3 y 4, de un año y medio y 13 años respectivamente, de sexo masculino, han sido en realidad hallazgos quirúrgicos en laparotomías efectuadas por cuadros de abdomen agudo. En el caso N° 4 no existían antecedentes ni sintomatología anterior de poliposis, pero en el caso N° 3, el proceso agudo fué un accidente que se presentó mientras se estudiaba su cuadro, consistente en dolores abdominales difusos con deposiciones café oscuras, que se producían periódicamente desde hacía un año; ingresó con síntomas de anemia aguda (2.000.000 de glóbulos rojos y 51% de hemoglobina), que obligó practicar transfusiones de sangre de urgencia. En este enfermo la rectosigmoidoscopia, el tránsito intestinal, el enema baritado y el examen de deposiciones resultaron negativos, pero fué una reacción de Weber positiva, las que nos orientó hacia diagnóstico en el momento de producirse el cuadro agudo. En el acto quirúrgico se encontró en ambos una invaginación ileo-ileal y, como causa productora, un pólipo solitario. En el caso N° 3, el pólipo era pediculado, del tamaño de una cereza, el que fué extirpado, previa desinvaginación del intestino. Fué dado de alta a los 11 días en perfectas condiciones y sin molestias. El informe anátomo-patológico de este caso, dice: "pólipo intestinal fibromucoso inflamado". El control actual, efectuado después de 3 años, es clínica y radiológicamente normal. En el caso N° 4 el pólipo era sésil, del tamaño de una nuez chica, lo que obligó a extirparlo con mucosa y muscular, en forma amplia, por medio de la electrocoagulación, como medida precautoria. El intestino desinvaginado se recuperó durante la intervención. El postoperatorio fué sin novedad, siendo dado de alta a las 2 semanas. El informe anátomo-patológico dice lo siguiente: "Pólipo mucoso. Degeneración de tipo de adenocarcinoma mucoso; la neoformación disocia e invade la musculatura intestinal". Desgraciadamente este informe llegó con gran atraso, de manera que no pudo efectuarse la resección intestinal correspondiente, que es la conducta que debe seguirse en estos casos. El niño fué buscado para practicar esta intervención y para su control, pero ha sido imposible ubicarlo, por cambio de domicilio. Afortunadamente, la extirpación fué prac-

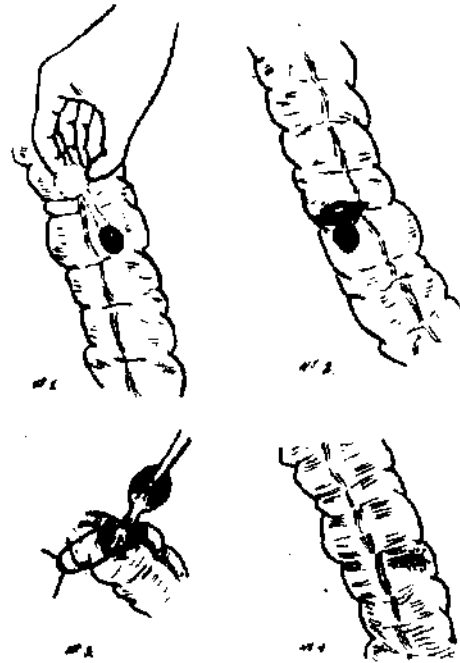


Fig. 3: Detalles de la técnica quirúrgica empleada en la extirpación de un pólipo solitario.

ticada en tejido sano y por medio de la electrocoagulación. El tratamiento quirúrgico ha consistido en una laparotomía transversal infraumbilical izquierda, que permite abarcar fácilmente el tracto colosigmoideo. Explorado manualmente, se ubica el pólipo y se desplaza hacia un lado y otro, para ver si es pediculado; después se tracciona ligeramente y la umbilicación que se produce en su base (Fig. 3) nos orienta respecto de ella, indicándonos así el lugar preciso en que debemos efectuar la enterostomía. A una distancia de medio a un cm. de la base, se practica una incisión transversal pequeña, que permite solamente herniar a través de ella el pólipo. Este es traccionado suavemente hasta que aparezca la mucosa intestinal normal, en donde se efectúa la ligadura y sección del pedículo. Se sutura la enterostomía en dos planos: en el primero por medio de puntos separados de hilo que toman la submucosa, muscular y serosa, dejando libre la mucosa, para que pueda ser invaginada en el lumen; el segundo, con puntos separados de hilo sero-serosos. Cierre de la pared abdominal por planos.

COMENTARIO

A manera de comentario nos permitimos hacer resaltar algunos puntos que nos parecen importantes y que pueden ser útiles para casos futuros.

Desde luego, frente a un enfermo que presenta melenas y otras molestias vagas,

debe pensarse en la posibilidad de pólipos intestinales.

La comprobación de 4 casos de pólipos únicos altos, encontrados en nuestro Servicio en un período relativamente corto, nos demuestra que debemos buscarlos con más dedicación en el futuro.

Cuando la rectosigmoidoscopia es negativa, es indispensable recurrir al examen radiológico, insistiendo en el enema bariado del colon o intestino delgado, por medio de una sonda duodenal, única forma de visualizar y diagnosticar los pólipos altos.

Todo pólipo intestinal debe ser considerado peligroso, por la posibilidad de producir anemia, accidentes agudos en el tránsito intestinal y, sobre todo, por la degeneración maligna a que están expuestos.

La degeneración maligna puede ser precoz, ya que la hemos constatado en un niño de 13 años.

El tratamiento quirúrgico es indispensable por la gravedad que encierra la presencia de un pólipo.

La extirpación quirúrgica de un pólipo pediculado, a través de una enterostomía mínima es un procedimiento relativamente sencillo.

Frente a un pólipo sésil o sospechoso de degeneración, debemos efectuar una resección intestinal segmentaria inmediata.

Consideramos indispensable el estudio histopatológico del pólipo, como también el control clínico y radiológico del enfermo durante un tiempo prolongado.

RESUMEN

Los autores presentan la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital "Roberto del Río", respecto a pólipos solitarios altos del intestino. Describen 4 casos clínicos y recalcan la importancia de pensar en su existencia y en la contribución del estudio radiológico para establecer el diagnóstico. Consideran que éste es indispensable para poder intervenir quirúrgicamente lo antes posible y evitar así las complicaciones de anemia aguda, de degeneración maligna y de alteración del tránsito intestinal descrita en los enfermos que observaron.

Hacen finalmente un comentario clínico-quirúrgico destinado a uniformar el criterio respecto a la actitud que debe observarse en el futuro en presencia de estos pólipos.

SUMMARY

HIGH ISOLATED POLYPS OF THE INTESTINAL TRACT.

The experience of the Surgical Department of the "Roberto del Río" Hospital on isolated polyps of the upper part of the intestinal tract, is presented. Four clinical cases are reported, giving emphasis to the importance of to think in this condition and the contribution of x-ray examination to make the diagnosis. The authors consider this method as very important for the early operation and to prevent the complications as severe anemia, malignant evolution and bowel motility disfunction, observed in their cases.

Finally, a comment is done with the object of to unify the criterion for the management of this kind of patients.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—AGUIRRE, L.; JARPA, S.; MARTINEZ, I. y BAYRER, R. — "Adenomatosis del colon y adenomas". Arch. Soc. Cir. de Chile, 9:1558, 1954.
- 2.—AMESTI, F.; ILABACA, L. y BAEZA, M. — "Enfermedad poliposa del estómago". Arch. Soc. Cir. de Hosp. 12:498, 1951.
- 3.—BACON, H. E. y col. — "Histopathologie of adenomatous polyps of the Colon and Rectum". Surgery, 29:663, 1951.
- 4.—CASTRO, H. F. y col. — "Adenomatous Polyps of the Colon and Rectum". Surg. Gynec. and Obst. 42:164, 1951.
- 5.—CATTEL, R. — "Surgical Treatment of Polyps of the Large Intestine". Am. J. Surg. 76:733, 1948.
- 6.—CHURCH, R. E. y SCHWARTZ, A. P. — "Polyps of the Rectum and Colon in Children". J. Pediat. 44:104, 1954.
- 7.—GANTZ, A.; ARIZTIA, R. y GUZMAN, A. — "Poliposis intestinal generalizada". Arch. Hosp. R. del Río 19:143, 1952.
- 8.—HALL, G. H. — "Polypous adenomas of Rectum and Colon in Children". Lancet, 70:440, 1950.
- 9.—HELLWIG, E. B. — "Adenomas of the Large Intestine in Children". Am. J. Dis. Child. 72:289, 1946.
- 10.—KENNEDY, R. L. — "Polypoid Lesions of the Colon in Children". Surg. Gynec. and Obst. 77:639, 1943.
- 11.—KERR, S. G. — "Poliposis of the Colon in Children". Am. J. Surg. 76:667, 1948.
- 12.—RADKE, R. A. — "Adenomatous Polyps of the Large Intestine". Mil. Surgeon, 115:85, 1954.
- 13.—REID HAWTHORNE, H. — "The management of Polyps of the Colon and Rectum". Surg. Clinics of N. A. Saunders Co. Philadelphia, 1952.
- 14.—TAPIA, C. — "Poliposis intestinal". Arch. Soc. Cir. Hosp. 3:69, 1935.
- 15.—TURELL, P. y col. — "Adenomas of the Colon and Rectum Therapie". Surg. Clin. of N. A. Saunders Co. Philadelphia, 1955.
- 16.—WELCH, C. E. — "Polyposis". Surg. Gyn. and Obst. 93:368, 1951.
- 17.—WILLIAMS, C. — "Carcinoma of the Colon in Childhood". Ann. Surg. 139:816, 1954.