

## POLIPOS DEL COLON Y RECTO

Drs. FRANCISCO PARADA, ALBERTO GUZMAN y WALDO LEIVA

Cátedra de Pediatría del Prof. Arturo Scroggie.  
Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Durante los últimos años han aparecido numerosos artículos en la literatura médica mundial sobre la relación de los pólipos del intestino y el cáncer de este órgano. Es por esto que nos ha parecido interesante reunir los casos de pólipos de colon y recto diagnosticados por nosotros en 550 niños a los cuales se les practicó proctoscopia.

**Clasificación.** La mejor clasificación y la más sencilla, es la de Erdmann y Morris (1925), los que distinguen dos tipos:

1. *Tipo adolescente o congénito:* que corresponde a la poliposis múltiple del colon y en la cual los pólipos están distribuidos abundantemente sobre este órgano. Este tipo tendría un carácter hereditario y la transmisión sería dominante para el hombre o la mujer.

2. *Tipo adulto o adquirido:* que tiene como característica predominante de ser pólipos aislados. Este tipo es frecuente en los niños.

**Frecuencia.** Hay discrepancias entre los autores y ello se debe al material o método de estudio seguido. Los que lo han estudiado en autopsias encuentran un porcentaje menor que los que sólo lo han estudiado en proctoscopias. Backay en 60.000 autopsias de niños da un porcentaje de 0,5; Helwig en 449 autopsias de niños y adolescentes da un 3,5%. Castro Garnet y Smith dan una frecuencia de 2,4% en su práctica proctoscópica; Green, también en proctoscopia, da una frecuencia de 10,8%; Fansler un 14% y nosotros en 550 proctoscopias encontramos 100 pólipos del recto o colon, o sea, 18%.

Castro Garnet, Ault y Smith (1951) observan mamelones sésiles de 2 a 3 mm. los cuales son elevaciones causadas por agrandamiento de los folículos submucosos y que no se deben confundir con las verdaderas hiperplasias adenomatosas. Tampoco debe confundirse con la poliposis difusa secundaria a colitis ulcerativa o disentería amebiana, pues estos son islotes de mucosa hipertrofiada entre las zonas de destrucción.

**Localización y número.** Se localizan con mayor frecuencia en los 25 a 30 cm. terminales del tubo digestivo. De nuestros 100 casos 54 estaban en los primeros 5 cms. a partir del ano; 38 entre los 5 y los 10 cm. y 8 más arriba. La mayoría de los pólipos estaban implantados en la cara lateral izquierda y cara posterior del recto.

En 94 enfermos había un solo pólipo y en 6 había 2 o más. Un caso de éstos, era una poliposis múltiple.

**Tamaño y forma.** La dimensiones variaron entre 3 mm. y 2½ cm. de diámetro y la mayoría eran redondeados y de superficie lisa o ligeramente rugosa. La mayoría poseían un pedículo de ½ a 4 cm. de largo y sólo 9 eran sésiles.

**Sexo y edad.** No encontramos una predisposición para un determinado sexo. En cuanto a la edad, el enfermo más pequeño tenía 6 meses; hubo 7 casos entre 1 y 2 años, igual número entre 2 y 3; 15 casos entre 3 y 4 años, 7 casos entre 4 y 5; 11 entre 5 y 6 y el resto en niños mayores de 6 años.

**Patogénesis.** Ribbert cree que los pólipos se originan en células embrionarias mal colocadas que pueden permanecer inalterables hasta avanzada edad, pero el estímulo que ocasiona una irritación determinarían su crecimiento. Otro autor, Verse, piensa que los pólipos provienen de una irritación catarral sobre células normales.

**Histopatología.** Son numerosos los autores que se han preocupado de las características histológicas de estos tumores. Se podría citar a Helwig, Dukes, a Saint. Este último hizo una descripción detallada y clara de un adenoma; dice que un punto de la mucosa empieza una hipertrofia e hiperplasia del tejido glandular, lo que causa un engrosamiento de la mucosa formándose un pequeño pliegue; éste sería el primer indicio de un pedículo y el desarrollo de este y del adenoma podría ser causado por el arrastre de las heces y por los movimientos peris-

tálticos que tratan de expulsarlo como cuerpo extraño. El tumor crece por la formación de nuevas glándulas, siendo las más jóvenes aquellas que están más cerca de la periferia.

Swinton y Warren establecieron normas para determinar la presencia de un carcinoma aparecido en un adenoma y ellas son las siguientes: a) Anaplasia: hay variaciones en el tamaño de las células y núcleo; el núcleo está intensamente teñido con prominentes nucleolos y figuras mitóticas. b) Irregularidad: variación en la polaridad del núcleo. c) Invasión: no hay límites entre las células y el estroma. Naturalmente que la invasión linfática o intravascular significa malignidad inobjetable.

Para la mayoría de los autores los pólipos del recto y colon son potencialmente malignos.

Westhues encontró que el 15% de su serie de tumores malignos colo-rectales habían crecido desde un adenoma, mientras que en otro 34% era probable ese mismo origen. Swinton y Warren encontraron un 14% de tumores malignos que también se habían desarrollado desde un adenoma.

Bacon, Laurens y Peale (1951) publican un extenso trabajo sobre la histopatología de los pólipos del colon y recto; su estudio se basó en 800 casos de cáncer de estas regiones. Clasifican y describen las lesiones encontradas y el concepto más importante es el que se refiere al adenoma con atipismo; este término atipismo significa que en su mayor parte las lesiones parecen benignas, pero contienen uno o más focos de proliferaciones epiteliales atípicas y en estas zonas hay diferentes grados de hiperchromatismo del núcleo, pleomorfismo, pseudo-estratificación mínima, pérdida de la polaridad de los núcleos y a veces algunas figuras mitóticas atípicas. Ellos dicen que desde el punto de vista clínico, en que todos los adenomas del intestino son potencialmente un cáncer, tal vez estos cambios atípicos representan la transición de la benignidad a la franca malignidad.

Otros autores han informado sobre el hallazgo de adeno-carcinoma en pólipos rectales en pacientes de pocos años. Por ejemplo, Oosting encontró un adeno-carcinoma en un pólipo rectal de un niño de 8 años; Bacon en un niño de 6; Marion y Avet relataron un caso de epitelio

líntrico en un pólipo de un niño de 4 años. Dos pacientes de Kerr, poseedores de una historia de pólipos, hicieron posteriormente carcinomas y Schilla encontró un carcinoma en un pólipo de un niño de 2 años.

Según Aschoff, si el epitelio intestinal corriente es el que forma los elementos glandulares del pólipo, este se considera completamente benigno (tipo 1). Si se encuentra un revestimiento denso de células cilíndricas altas con varias filas de núcleos, pero existiendo uniformidad en las células y en los núcleos, este es relativamente benigno (tipo 2).

Cuando se aprecian anomalías más intensas, papilas epiteliales, epitelio poli-estratificado, atipias nucleares, y muchas figuras de mitosis, se trata de un estado pre-canceroso maligno (tipo 3).

Nuestro material de estudio se compone de 37 pólipos intestinales examinados histológicamente. De éstos, 36 se catalogaron como fibroadenomas benignos, y 1 se calificó como degeneración adenocarcinomatosa mucosa. De los 36 pólipos benignos, 12 presentaban sus glándulas perfectamente bien diferenciadas (Fig. 1) y en 23, hubo signos de desdiferenciación. En 2 casos había pluriestratificación difusa con escaso mucus.

No encontramos ninguna relación entre la desdiferenciación y agrupación por determinados grupos de edad.

La inflamación es un hecho constante en los pólipos y la calificamos de 2 a 3 cruces, según su intensidad.

Hemorragias se encontraron en 3 casos.

Formaciones quísticas, que calificamos de 1 a 10, se encontraron en 21 casos.

Respecto al pólipo degenerado, se trata de una degeneración adenocarcinomatosa mucosa, con presencia de células en anillo de sello en el estroma (Fig. 2).

*Sintomatología.* El 75% de nuestros pacientes consultaron por presentar sangre fresca con las deposiciones, sólo 16 enfermos tenían diarrea o deposiciones semi-formadas con abundante mucus y sangre, lo mayoría tenía deposiciones formadas. El 9% hubo dolor abdominal, el cual era vago, no bien preciso y de localización peri-umbilical; este síntoma fué más evidente en 2 casos en los cuales sólo contribuimos al diagnóstico, pues, se trataba de pólipos más allá del alcance de los tubos proctoscópicos. Otros síntomas menos importantes fueron: anemia discreta, prolapso rectal, descargas de mucus por el

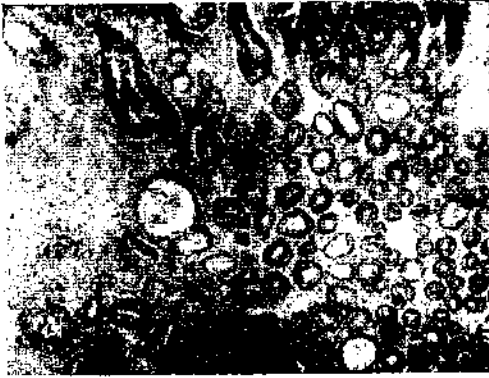


Figura N° 1. — Corte de un pólipo con glándulas mucosas bien diferenciadas.



Figura N° 2. — Corte de un pólipo con degeneración adenocarcinomatosa mucosa.

recto, prurito anal y procidencia de la masa tumoral.

**Diagnóstico.** En todo enfermo sospechoso de ser poseedor de un pólipo del recto o colon debe adoptarse la siguiente conducta: a) Inspección de la región anal; b) Tacto rectal; c) Examen instrumental; d) Examen radiológico; e) Examen histopatológico del pólipo.

El examen proctoscópico se hará sin preparación cuando hubo una reciente diarrea, pero cuando las deposiciones son formadas se hará un lavado intestinal con solución jabonosa o salina la noche anterior, y el mismo día del examen una irrigación intestinal, con agua pura.

Los tubos usados por nosotros fueron de un calibre equivalente a la mitad de los usados en los adultos, y de una longitud de 12 a 25 cm.; sólo en recién nacidos o prematuros se usaron tubos de menos calibre, pues con estos la visión se dificulta mucho.

El examen debe ser minucioso, lento, recorrer las paredes del recto y sigmoide una y otra vez, pues los pólipos pequeños se escapan al ser cubiertos por un pliegue o mucosidad.

Cuando la sintomatología hace sospechar la presencia de un pólipo y el examen recto-sigmoidoscópico es negativo, se debe solicitar un estudio radiológico con técnica adecuada y aunque el examen recto-sigmoidoscópico fuera positivo debería adoptarse esta misma medida para descartar la posibilidad de multiplicidad de lesiones.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la simple constipación que es la causa de rectorragia más frecuente en la in-

fancia. Con el divertículo de Meckel, pero en este caso hay rectorragia abundante y de color oscuro. Con la invaginación intestinal, donde además de la sangre hay dolor, colapso y palpación de una masa abdominal, y con las discrasias sanguíneas.

**Tratamiento.** Todo pólipo del intestino o recto debe extirparse radicalmente, pues estos tumores son potencialmente procesos malignos. Cuando están implantados en el recto o sigmoides, pueden extirparse mediante un lazo similar al usado en amigdalectomías, y practicando simultáneamente la electrocoagulación. Si se puede exteriorizar el pólipo, se debe ligar el pedículo en la base para impedir la recidiva.

#### RESUMEN

Se reúnen 100 casos de pólipos del colon y recto, observados en 550 proctoscopías de niños que han consultado en los últimos cuatro años. La frecuencia fué de 18%.

La edad de nuestros pacientes varió entre 6 meses y 12 años. Se ve con más frecuencia en niños de 3 a 5 años.

La mayoría de los pólipos eran pediculados, de 3 mm. a 2½ cm. de diámetro, y estaban localizados en los primeros 10 cm. a partir del ano.

El 75% de los pacientes consultaron por rectorragia y deposiciones formadas, pero en un porcentaje menor hubo diarrea lo que puede inducir a error a los médicos tratantes.

El diagnóstico se comprobó mediante la proctoscopia, examen que puede reali-

zar cualquier médico. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la constipación, el divertículo de Meckel, la invaginación intestinal y las discrasias sanguíneas.

En 37 casos se hizo el estudio histológico de las lesiones; 36 se catalogaron como pólipos fibro-adenomatosos benignos y 1 con degeneración adeno-carcinomatosa. La inflamación es un hecho casi constante. En 20 casos hubo dilataciones quísticas.

Se recalca la importancia que puede tener para el futuro de los pacientes, la presencia de estos pólipos potencialmente malignos.

#### SUMMARY

##### POLYPS OF THE COLON AND RECTUM.

100 cases of polyps of the colon and rectum, seen in 550 proctoscopic examinations in children, are gathered in 4 years. Its frequency was 18%.

Patient's age varied between 6 months and 12 years. This condition is most frequent between 3 and 5 years of age.

Most of polyps were pedicled, with a diameter from 3 mm. to 2½ cm. and situated in the first 10 cm. near the anum.

75% of patients consulted because of rectal bleeding and normal stools, but in a smaller ratio they had diarrhea, what can induce to physician's error.

Diagnosis was verified by proctoscopic examination, which is an easy method that can be practiced by any physician. Differential diagnosis must be done with constipation, Meckel's diverticulum, intussusception and hemorrhagic diathesis.

In 37 cases an histopathological examination of the polyps was done, 36% were classified as fibro-adenomatous polyps and only one as adenocarcinoma. Inflammation's signs were frequent. In 20 cases there were cystic dilatations.

The importance that can have in the patient's future the presence of polyps, potentially malignant, is stressed.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1.—AGUIRRE, L. y col. — "Poliposis del Colon y recto". Arch. de la Soc. de Cirujanos de Chile. 6:142, 1954.
- 2.—ATWATER, J. S. y BARGEN, J. A. — "The pathogenesis of Intestinal Polyps". Gastroenterology. 4:395, 1945.
- 3.—BACON, H. E.; WOLFE, F. D. y ARCHAMBAULT, R. A. — "Rectal Malignant Tumor in Childhood". Am. J. Dis. Child. 64:70, 1942.
- 4.—BUIE, L. A. y SWAN, T. — "Benign tumors of the Colon". Surg. Clin. of N. A. 9:893, 1932.
- 5.—CASTRO, A. F., AULT, G. W. y SMITH, R. S. — "Adenomatous Polyps of The Colon and Rectum". Surg., Gynec. and Obst. 92:164, 1951.
- 6.—HARRIS, J. W. — "Polyps of the Rectum and Colon in Children". Am. J. Surg. 86:377, 1953.
- 7.—HALL, G. H. — "Polypoid Adenomas of Rectum and Colon in Children". Lancet. 70:440, 1950.
- 8.—KENNEDY, R. L. J. — "Polyps of the Rectum and Colon in Infants and Children". Am. J. Dis. Child. 62:481, 1941.
- 9.—KERR, J. C. — "Polyposis of the Colon in Children". Am. J. Surg. 76:667, 1948.
- 10.—LADD, W. E. y GROSS, R. E. — "Abdominal Surgery of Infancy and Childhood". W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1941.
- 11.—LOCHART-MUMMERY, J. P. y DUKES, C. — "Familial Adenomatosis of the Colon and Rectum". Lancet. 2:586, 1939.
- 12.—NELSON, C. W.; BARR, R. M. y DEEB, P. H. — "Carcinoma of the Colon in Children". Am. J. Surg. 78:531, 1949.
- 13.—PARADA, F. y HERNANDEZ, R. — "Afecciones ano-rectales en la infancia". Arch. Hosp. N. del Rio. 16:133, 1948.
- 14.—SCHILLA, F. W. — "Carcinoma in a Rectal Polyp". Am. J. Surg. 88:759, 1954.
- 15.—SWINTON, N. W. y WARREN, S. — "Polyps of the Colon and Rectum and their Relation to Malignancy". J.A.M.A. 113:1927, 1939.
- 16.—WILLIAMS, C. — "Carcinoma of the Colon in Childhood". Ann. Surg. 139:816, 1954.
- 17.—WOLFF, H. H. — "Familial Intestinal Polyposis with Pigmentation of Lips Oral Mucosa, Face, and Digits". Lancet. 1:446, 1952.