



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

TITULO:

**“POLIPOS INTESTINALES EN PACIENTES DE 0-15 AÑOS EN EL
DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL FRANCISCO
ICAZA BUSTAMANTE DURANTE EL PERIODO
ENERO 2012 –DICIEMBRE 2014.”**

**ANTEPROYECTO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO DE MÉDICO GENERAL**

AUTORA:

JENNIFER MILDRED LOPEZ ORMAZA

TUTOR:

DR. GALO CORNEJO

GUAYAQUIL – ECUADOR

2015



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: "Pólipos Intestinales en pacientes de 0 a 15 años en el departamento de Gastroenterología en el Hospital Francisco Icaza Bustamante durante el periodo Enero 2012 – Diciembre 2014".

AUTOR/ ES:

López Ormaza Jennifer Mildred

REVISORES:

Dr. Galo Cornejo

INSTITUCIÓN: Universidad de
Guayaquil

FACULTAD: Ciencias Medicas

CARRERA: MEDICO

FECHA DE PUBLICACION:

Nº DE PÁGS: 45

ÁREAS TEMÁTICAS:

Médico – Social

PALABRAS CLAVE:

Pólipo- Sangrado Rectal

RESUMEN:

Los pólipos son pequeños tumores benignos que aparecen en la mucosa del colon y del recto. Suelen ser bastante frecuentes en la población de más de 50 años.

Cuando se observa un pólipo al microscopio, se aprecia que existen varios tipos diferentes: Hiperplásicos- Inflamatorios- Adenomatosos:

Los pólipos aparecen en aproximadamente 1% en los niños en edad pre- escolar y escolar. Representan la causa más frecuente de sangrado rectal. Lo más frecuente es que se localicen en el colon y den sangrado rectal. La mayoría de los pólipos son los llamados Pólipos Inflamatorios (80%). Los pólipos con

características adenomatoideas y potencialmente malignos se ven en menos del 3% de los casos. Ocasionalmente, los pólipos que aparecen en niños pueden pertenecer a un desorden de poliposis gastrointestinal genético caracterizado por: presencia de múltiples pólipos a lo largo del tracto gastrointestinal, histopatología, historia familiar de poliposis, y un aumento del riesgo de cáncer en el tracto gastrointestinal y de otros órganos.

Los pólipos juveniles del intestino grueso son comunes durante la infancia, usualmente se presentan con sangrado rectal sin dolor. Estas lesiones, conocidas como pólipos juveniles, son benignas y no tienen predisposición a malignizarse; Sin embargo, la verdadera incidencia de pólipos en la infancia es desconocida. La mayoría de pólipos juveniles son diagnosticados en la primera década de vida. Los pólipos son raros durante el primer año de vida y menos comunes en niños mayores de 10 años de edad. El pico de incidencia ocurre entre 2 y 6 años de vida. Hay evidencia de diferentes estudios realizados acerca de pólipos juveniles en los que se observa un predominio del sexo masculino en la patología.

Hasta un 20 % de los pacientes con pólipos juveniles, generalmente únicos, pueden tener otras anomalías congénitas, como lesiones cardiacas, mal rotación intestinal, divertículo de Meckel y alteraciones en el tamaño y forma de la cabeza. La examinación ano-rectal puede detectar en muchos casos la presencia de pólipos de localización baja, por lo general firmes, móviles, como masas pedunculadas.

Los procedimientos endoscópicos como la rectoscopia y la colonoscopia son los de elección para el diagnóstico de pólipos colorectales de todos los tamaños, a la vez que permite la resección de la mayoría de los pólipos

Nº DE REGISTRO (en base de datos):	Nº DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	SI	NO x

CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0982401243	E-mail: jlomi_19@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:	Nombre:	
	Teléfono:	
	E-mail:	



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE TESIS

Certifico que en calidad de tutor del Trabajo de Investigación que ha sido elaborada por la Sra., Jennifer Mildred López Ormaza con C.I 0926287228; previo la obtención de Título de Médico General cuyo tema de tesis: “Pólipos Intestinales en pacientes de 0 -15 años en el departamento de Gastroenterología en el Hospital Francisco Icaza Bustamante, durante el periodo Enero 2012- Diciembre 2014”; el cual he dirigido, revisado y aprobado en su totalidad; es por lo que autorizo su presentación.

Dr. Galo Cornejo
TUTOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde a Sra., Jennifer Mildred López Ormaza ha sido aprobado, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina como requisito parcial para optar el título de Médico General.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

SECRETARIA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi Familia sobre todo mis Padres Lillian y Julio que han sido un pilar fundamental en mi vida y mi carrera, dándome apoyo incondicional en este largo camino: A mis Hermanos Katherine, José y Lady por estar conmigo siempre y compartir los buenos y malos momentos; A mi esposo Eduardo, mi compañero, por ser ese soporte absoluto en todo momento brindándome ánimos y así poder culminar con éxito una etapa importante en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme en todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de esta carrera; por ser mi inspiración, modelo y guía para llegar hasta donde he llegado; he hizo realidad este sueño tan anhelado.

A mis amigos Erika y Jaime que contribuyeron en forma directa o indirecta poniendo a su disposición siempre su amistad, compartiendo buenos y malos momentos; apoyándome para que siguiese adelante.

RESUMEN

Los pólipos son pequeños tumores benignos que aparecen en la mucosa del colon y del recto. Suelen ser bastante frecuentes en la población de más de 50 años.

Cuando se observa un pólipo al microscopio, se aprecia que existen varios tipos diferentes: Hiperplásicos- Inflamatorios- Adenomatosos:

Los pólipos aparecen en aproximadamente 1% en los niños en edad pre- escolar y escolar. Representan la causa más frecuente de sangrado rectal. Lo más frecuente es que se localicen en el colon y den sangrado rectal. La mayoría de los pólipos son los llamados Pólipos Inflamatorios (80%). Los pólipos con características adenomatoideas y potencialmente malignos se ven en menos del 3% de los casos. Ocasionalmente, los pólipos que aparecen en niños pueden pertenecer a un desorden de poliposis gastrointestinal genético caracterizado por: presencia de múltiples pólipos a lo largo del tracto gastrointestinal, histopatología, historia familiar de poliposis, y un aumento del riesgo de cáncer en el tracto gastrointestinal y de otros órganos.

Los pólipos juveniles del intestino grueso son comunes durante la infancia, usualmente se presentan con sangrado rectal sin dolor. Estas lesiones, conocidas como pólipos juveniles, son benignas y no tienen predisposición a malignizarse; Sin embargo, la verdadera incidencia de pólipos en la infancia es desconocida. La mayoría de pólipos juveniles son diagnosticados en la primera década de vida. Los pólipos son raros durante el primer año de vida y menos comunes en niños mayores de 10 años de edad. El pico de incidencia ocurre entre 2 y 6 años de vida. Hay evidencia de diferentes estudios realizados acerca de pólipos juveniles en los que se observa un predominio del sexo masculino en la patología.

Hasta un 20 % de los pacientes con pólipos juveniles, generalmente únicos, pueden tener otras anomalías congénitas, como lesiones cardíacas, mal rotación intestinal, divertículo de Meckel y alteraciones en el tamaño y forma de la cabeza. La examinación ano-rectal puede detectar en muchos casos la presencia de pólipos de localización baja, por lo general firmes, móviles, como masas pedunculadas.

Los procedimientos endoscópicos como la rectoscopia y la colonoscopia son los de elección para el diagnóstico de pólipos colorectales de todos los tamaños, a la vez que permite la resección de la mayoría de los pólipos

Palabras Claves: Pólipos- Sangrado rectal- genético-juveniles

ABSTRACT

Polyps are small benign tumors that occur in the lining of the colon and rectum. Usually quite common in the population over 50 years.

When a polyp is observed microscopically, it is appreciated that there are several different types: Adenomatous Inflammatory- Hiperplásicos:-

Polyps occur in approximately 1% in children of school and preschool age. They represent the most frequent cause of rectal bleeding. Most often they are located in the colon and rectal bleeding den. Most polyps are called inflammatory polyps (80%). The adenomatoid polyps and malignant characteristics are potentially less than 3% of cases. Occasionally, polyps appear in children belong to a genetic disorder characterized by gastrointestinal polyposis: presence of multiple polyps throughout the gastrointestinal tract, histopathology, family history of polyps, and an increased risk of cancer in the gastrointestinal tract and other organs.

Juvenile polyps of the large intestine are common during childhood, usually present with painless rectal bleeding. These lesions, known as juvenile polyps are benign and have no predisposition to malignant; However, the true incidence of polyps in children is unknown. Most juvenile polyps are diagnosed in the first decade of life. Polyps are rare in the first year of life and less common in children over 10 years old. The peak incidence occurs between 2 and 6 years. There is evidence from different studies conducted on juvenile polyps in which a predominance of males in the pathology observed.

Up to 20% of patients, usually only juvenile polyps, may have other congenital abnormalities such as heart damage, intestinal malrotation, Meckel and alterations in the size and shape of the head. Anorectal examination can detect the presence in many cases of low location of polyps, generally firm, mobile, as pedunculated masses. Endoscopic procedures as rectoscopy and colonoscopy are the choice for the diagnosis of colorectal polyps of all sizes, while allowing resection of polyps most

Keywords: bleeding rectally Polipos- genetic-youth

INDICE O CONTENIDO

Contenido

INTRODUCCIÓN:.....	1
PROBLEMA	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	2
1.2 JUSTIFICACIÓN:	2
1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.5 OBJETIVOS:.....	3
GENERALES:.....	3
ESPECÍFICOS:	3
1.6 HIPOTESIS.....	3
1.7 Variables:	4
Variables Independientes:	4
Variables dependientes:	4
CAPITULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	6
2. 2 PÓLIPOS JUVENILES.....	7
2. 3 SÍNDROMES DE POLIPOSIS INTESTINAL	9
2.3.1 Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)	9
2.3.2 Síndrome de Gardner.....	11
2.3.3 Síndrome de Turcot	11
2.4 Síndrome de Pólipos Hamartomatosos	12
2.4.1 Síndrome de Poliposis Juvenil.....	12
2.4.2 Síndrome de Peutz-Jeghers.....	14
2.4.3 Enfermedad de Cowden	15
2.4.4 Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba	15
2.5 DIAGNÓSTICO	16
CAPITULO III	18
3.1 METODOLOGÍA	18
3.2 Área de estudio	18

3.3 UNIVERSO:	18
3.4 MUESTRA	18
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	18
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	18
3.7 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	19
3.8 RECURSOS EMPLEADOS	19
3.8.1 Talento Humano	19
3.8.2 Recursos Materiales.....	19
CAPITULO IV	20
RESULTADOS Y DISCUSION	20
CAPITULO V	27
5.1 CONCLUSIONES.....	27
5.2 RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29

INTRODUCCIÓN:

El tubo digestivo es muy extenso y puede sangrar en cualquier localización de su larga longitud y esta sintomatología que preocupa en cualquier etapa de la vida; aunque esta sintomatología no es frecuente en lactantes y niños en muchas ocasiones presenta problemas severos.

Los pólipos intestinales son considerados como la causa más frecuente de sangrado rectal en la edad pre-escolar^{1, 2}. Un pólipo es una masa de tejido intestinal que protruye hacia la luz intestinal y es considerado como el tumor más frecuente en el intestino de los niños, siendo el más común el pólipo hamartomatoso de tipo juvenil.³

El pólipo juvenil se lo ha observado en un 3-4% de la población menor de 21 años de edad, carece de potencial maligno y la mayor parte presentan los síntomas después del primer año de vida. Éstos corresponden al 90% de todos los pólipos encontrados en niños.¹

Existen otros tipos de pólipos que pueden ser encontrados con menor frecuencia en el intestino de los niños como aquellos pólipos del síndrome de Peutz-Jeghers, síndrome de Turcot, síndrome de Gardner y la Poliposis Adenomatosa Familiar. Estos pólipos asociados a estas entidades patológicas se describen como verdaderos adenomas benignos o malignos y son considerados como lesiones premalignas de colon.²

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: sangrado rectal durante o inmediatamente después de la defecación, prolapso del pólipo, dolor abdominal y diarrea.¹⁻³

El diagnóstico y manejo de los pólipos del tracto gastrointestinal en pacientes pediátricos depende del reconocimiento clínico de las características sindrómicas a través de una completa evaluación que incluya historia clínica minuciosa, examen físico, evaluación endoscópica e histológica y análisis genético^{1,3}. Esto permitiría diferenciar entre pólipos solitarios típicos y raros síndromes con pólipos que pueden ser numerosos, localizados o esparcidos, y presentar riesgo de recurrencia, transformación maligna y manifestaciones extra intestinales.⁴

CAPITULO I

PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Este proyecto de titulación se basó en una recopilación de casos que se presentan en el área de gastroenterología el Hospital Francisco Icaza Bustamante de Guayaquil. Este tema no es muy común entre las enfermedades o patologías en pacientes pediátricos.

Los pólipos en pacientes pediátricos se observa como principal signo el sangrado rectal en pequeñas cantidades por lo cual las madres acuden a la emergencia del Hospital.

En la infancia este signo que preocupa mucho y por lo cual es necesario una investigación completa sobre la patología que está causando este sangrado; muchas veces esto requiere la internación del paciente para su estudio completo.

Los que primero notan este sangrado son aquellos que cuidan a los pacientes en el momento del aseo después de la defecación, ya que esto sucede justo después de defecar.

La poliposis intestinal, muchas veces pasa desapercibida, o es confundida con otras patologías más frecuentes en edades pediátricas, que causan proctorragia y con esto alargando más el tiempo del diagnóstico oportuno de esta patología

En niños, los tumores en intestino son más comunes de lo que se cree, siendo en este caso los pólipos juveniles los más comunes. Lo importante es diagnosticar esta patología en el tiempo oportuno porque así evitamos que estos pólipos puedan avanzar a su malignización y encontrar tratamiento oportuno para esta patología.

1.2 JUSTIFICACIÓN:

La importancia del estudio de pólipos en edades pediátricas reside en saber, que la sintomatología que causa dicha patología es una de las causas principales de sangrado rectal, para poder obtener los estudios oportunos el diagnóstico asertivo, rápido, eficaz y con esto poder instaurar un tratamiento eficaz y poder evitar complicaciones.

Así mismo el resultado de este estudio contribuyo con aérea de Gastroenterología del Hospital Icaza Bustamante de la Ciudad de Guayaquil para reportar estadísticas, la localización más frecuente de pólipos en nuestro medio, hacer seguimiento de los casos y contribuir con el área científica e investigativa de la Institución ya mencionada.

1.3 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La elaboración de este trabajo se realizó con la colaboración del departamento de estadística del Hospital Francisco Icaza Bustamante para la recolección de datos e información necesaria que aseguro el cumplimiento de los objetivos que se proyectaron.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Con que frecuencia se presenta esta patología en los niños?

1.5 OBJETIVOS:

GENERALES:

Determinar en edades pediátricas la frecuencia y manifestaciones clínicas de pacientes diagnosticados con pólipos intestinales y su regularidad en nuestro medio en el periodo de Enero 2012- Diciembre 2014 en el Hospital Francisco Icaza Bustamante.

ESPECÍFICOS:

1. Estimar la frecuencia de Pólipos Intestinales en Pediatría
2. Determinar la localización más frecuente de los pólipos intestinales en pacientes pediátricos
3. Estimar la edad de frecuencia de aparición de las manifestaciones clínicas

1.6 HIPOTESIS

El sangrado rectal casi siempre se confunde con signos usuales de patologías pediátricas, al ser los pólipos no tan frecuentes a esta edad (0-15 años); sería oportuno

un diagnóstico o estudio precoz de este signo para encontrar su patología de origen y poder instaurar tratamiento pertinente y si en este caso confirmáramos la presencia de pólipos establecer medidas terapéuticas necesarias para que estos no puedan avanzar a su malignización.

1.7 Variables:

Variables Independientes:

- Todos los pacientes que presenten pólipos intestinales que estén ingresados independientemente del sexo o raza y sean registrados estadísticamente
- Todos los pacientes ingresados en el área de gastroenterología por sangrado rectal

Variables dependientes:

Edades de referencia para el estudio de 0 -15 años

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Los pólipos son cualquier masa que se proyecta hacia el lumen del tracto gastrointestinal.¹⁻⁵ Histológicamente los pólipos colorectales pueden ser divididos en dos grupos mayores: epiteliales y no epiteliales.

Los pólipos neoplásicos incluyen a los adenomas y carcinomas. En el grupo de pólipos de tipo no neoplásicos se encuentran los hamartomas como los pólipos juveniles, pólipos hiperplásicos y pólipos inflamatorios. Sin embargo, el termino pólipo involucra tanto lesiones gastrointestinales como lesiones de la submucosa que pueden aparentar una lesión de tipo polipoide.⁵

Los pólipos colorectales pueden ser clasificados en:

- Pólipos epiteliales
 - o Adenomas
 - o Pólipos hiperplásicos
 - o Pólipos juveniles
 - o Pólipos del Síndrome Peutz Jeghers
- Pólipos de origen no epitelial
 - o Leiomioma submucoso
 - o Pólipos linfoides
 - o Paraganglioma
 - o Tumor carcinoide
 - o Lipoma submucoso
 - o Neurofibroma submucoso
 - o Schwannoma submucoso

o Ganglioneuroma

Ocasionalmente, los pólipos que aparecen en niños pueden pertenecer a un desorden de poliposis gastrointestinal genético caracterizado por: presencia de múltiples pólipos a lo largo del tracto gastrointestinal, histopatología, historia familiar de poliposis, y un aumento del riesgo de cáncer en el tracto gastrointestinal y de otros órganos ⁵.

Se pueden reconocer dos principales categorías de poliposis: síndrome de poliposis de tipo adenomatosos y síndromes de poliposis de tipo hamartomatosos.⁶

La clasificación de síndromes de poliposis intestinal comprende:

- Síndrome de poliposis de tipo adenomatosos
 - Poliposis adenomatosa familiar
 - Síndrome de Gardner
 - Síndrome de Turcot

- Síndrome de poliposis de tipo hamartomatosos
 - Poliposis juvenil
 - Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba
 - Enfermedad de Cowden
 - Síndrome de Peutz-Jeghers
 - Pólipos hiperplásicos

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Según diversos autores el primer caso publicado de poliposis fue en el año 1881 por Sklifasouski, quien describió un hombre de 51 años con historia de diarrea sanguinolenta, cuya examinación rectal reveló múltiples pólipos y el examen histológico mostró que eran adenomas. ^{6,12}

Para Church y cols la poliposis de colon fue descrita por primera vez por Cripps en 1882; y la conexión entre pólipos y cáncer fue notada más tarde en la misma década por Smith.¹²

Roth y Helwig describen por primera vez el pólipo juvenil como una entidad patológica en 1908.²

Otro progreso ocurrió en 1950 cuando Gardner reportó el síndrome que llevó su nombre que consiste en poliposis adenomatosa familiar con osteomas, quistes epidermoideos y tumores desmoides. ⁵

El tratamiento quirúrgico mediante coloproctectomía fue reportado por Coffey en 1926, pero el real progreso comenzó en 1986 cuando Herrera y Cols reportaron la delección del brazo largo del cromosoma 5 en un paciente con poliposis y retraso mental.^{6, 12}

2. 2 PÓLIPOS JUVENILES

Los pólipos juveniles también denominados inflamatorios, fueron descritos como una entidad patológica por primera vez en 1908 por Roth y Helwig.²

Los pólipos juveniles del intestino grueso son comunes durante la infancia, usualmente se presentan con sangrado rectal sin dolor. Estas lesiones, conocidas como pólipos juveniles, son benignas y no tienen predisposición a malignizarse^{1, 2,5}.

Los pólipos juveniles, únicos o múltiples (<3), son el tipo de lesión más común de todos los pólipos gastrointestinales encontrados en la práctica pediátrica. ¹

Sin embargo, la verdadera incidencia de pólipos en la infancia es desconocida. La mayoría de pólipos juveniles son diagnosticados en la primera década de vida. Los pólipos son raros durante el primer año de vida y menos comunes en niños mayores de 10 años de edad. El pico de incidencia ocurre entre 2 y 6 años de vida. Hay evidencia de diferentes estudios realizados acerca de pólipos juveniles en los que se observa un predominio del sexo masculino en la patología.⁵

Los pólipos juveniles suelen medir 1-2 cm de diámetro y por lo general son pediculados, aunque también pueden ser sésiles. Su superficie es lisa, alternando generalmente zonas de color rojo intenso con otras blanquecinas que corresponden a los quistes mucosos observados en los cortes; frecuentemente están ulcerados. Cerca del 75 % de los casos se

encuentran en el recto, siguiendo en orden de frecuencia el sigma y el colon descendente. Generalmente son únicos, pero puede haber 2 o más en el 30 % de los casos. Alrededor de un 25 % de los pacientes puede desarrollar nuevos pólipos durante el seguimiento postpolipectomía.^{6, 7}

Histológicamente se caracterizan por la presencia de glándulas dilatadas o quísticas, algo irregulares, ampliamente separadas por un estroma muy abundante, a menudo edematosa y muy vascularizada, que recuerda a la lámina propia. No contienen muscularis mucosae y están cubiertos por un epitelio frecuentemente ulcerado. Pueden considerarse como hamartomas de la lámina propia. El pólipo juvenil no tiene potencial maligno por sí mismo.^{7, 8}

El síntoma más frecuente es el sangrado rectal, presente en más del 90 % de los casos. ¹⁻⁸ El sangrado rectal se presenta de manera intermitente durante la defecación. En niños es un signo alarmante y es el motivo por el cual es llevado a la sala de emergencias de un hospital. Entre niños de todas las edades, el sangrado gastrointestinal bajo es causa de ingreso hospitalario para vigilancia y estudio del origen de la hemorragia.

En un tercio de pacientes con pólipos intestinales se ha encontrado anemia por deficiencia de hierro, siendo este hallazgo más común que la anemia producto de la rectorragia.⁵

El prolapso del pólipo a través del ano es el segundo signo más común en el total de pacientes. Por lo general no aparece al mismo tiempo con el sangrado, sino que se hace evidente después de un tiempo indefinido de sangrado. La protrusión del pólipo se dará al momento de la defecación, provocando en algunas ocasiones dolor. ¹

El dolor abdominal tipo cólico es menos común. Se presenta en menos del 25 % de los casos. Otros síntomas acompañantes suelen ser la diarrea, el estreñimiento, expulsión de moco, dolor al defecar y prolapso del recto en muy raros casos.

Hasta un 20 % de los pacientes con pólipos juveniles, generalmente únicos, pueden tener otras anomalías congénitas, como lesiones cardíacas, mal rotación intestinal, divertículo de Meckel y alteraciones en el tamaño y forma de la cabeza.⁹

Cuando se encuentran múltiples pólipos, aunque no sean muy numerosos, pueden ocasionar pérdida de proteínas por las heces.⁵

La examinación ano-rectal puede detectar en muchos casos la presencia de pólipos de localización baja, por lo general firmes, móviles, como masas pedunculadas.

Los procedimientos endoscópicos como la rectoscopia y la colonoscopia son los de elección para el diagnóstico de pólipos colorectales de todos los tamaños, a la vez que permite la resección de la mayoría de los pólipos. ¹¹

La frecuencia de encontrar pólipos juveniles únicos es mayor a encontrarlos múltiples. Se ha descrito que alrededor del 73 % de casos presentan pólipo juvenil único. ⁶

A pesar de que los pólipos juveniles pueden estar distribuidos a lo largo de todo el intestino grueso, se ha podido observar un predominio distal a nivel de colon sigmoide y recto (70%).⁵

Debido a que los pólipos juveniles se localizan con mayor frecuencia en la región rectosigmoidea pero también se pueden encontrar en menor proporción en colon proximal, frente a un sangrado rectal recurrente indoloro y sin lesiones anoperineales, el método de elección para el diagnóstico y tratamiento es la colonoscopia. La colonoscopia es útil para visualizar el colon en su totalidad y para realizar la polipectomía. ¹¹

El hecho de encontrar un pólipo en el recto no es indicativo para el endoscopista descartar la colonoscopia para identificar y remover lesiones adicionales.

2. 3 SÍNDROMES DE POLIPOSIS INTESTINAL

2.3.1 Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF)

La poliposis adenomatosa familiar se caracteriza por el desarrollo progresivo de cientos a miles de pólipos adenomatosos en el intestino grueso. La enfermedad se presenta en pacientes jóvenes con un número pequeño de pólipos diminutos, por lo general menores de 5 mm. El número de pólipos aumenta progresivamente hasta cubrir en su totalidad el largo del marco colónico con múltiples adenomas, la mayoría menores de 10 mm. ^{5, 6,12}

Según diversos autores el primer caso publicado de PAF fue en el año 1881 por Sklifasouski, quien describió un hombre de 51 años con historia de diarrea sanguinolenta. La examinación rectal reveló múltiples pólipos, cuyo examen histológico mostró que eran adenomas.¹⁵

El examen histológico puede evidenciar todas las variedades de pólipos adenomatosos, que incluyen el adenoma tubular, adenoma túbulo veloso y el adenoma veloso. Los grados de displasia encontrados en todos los adenomas se categorizan como de bajo (leve y moderado) y alto grado (displasia severa y carcinoma in situ). La posibilidad de desarrollar una neoplasia colorectal a lo largo de la vida es del 100%.^{4, 7}

Al principio los enfermos de poliposis adenomatosa familiar pueden tener sólo unos cuantos pólipos, pero el tamaño y el número de los adenomas se incrementan gradualmente a través de los años y el desarrollo de un adenocarcinoma de colon sería inevitable a menos que se practique una resección colónica.¹²

Los pólipos adenomatosos también pueden encontrarse fuera del colon, especialmente en estómago y duodeno. Los adenomas gástricos en niños usualmente se localizan en el fondo gástrico.

Las manifestaciones extracolónicas que se presentan en esta patología fueron descritas por Gardner y asociadas al síndrome que lleva su nombre. Las principales manifestaciones incluyen osteomas, localizados con mayor frecuencia en cráneo y mandíbula; hipertrofia congénita del epitelio pigmentario de la retina, que se manifiesta como múltiples áreas redondeadas de hiperpigmentación; tumores desmoides, que se producen por todo el cuerpo y se encuentran a menudo en el mesenterio y otras regiones intraabdominales⁵. Estas tumoraciones pueden infiltrar o comprimir tejidos u órganos y vasos sanguíneos adyacentes, con producción de dolor abdominal. También se ha observado un riesgo elevado de hepatoblastoma en sujetos con la mutación del gen APC (adenomatous polyposis coli).¹²

La mutación del gen APC (5q21-q22) puede ser identificado en el 80% - 90 % de las familias con poliposis adenomatosa familiar, que ayudará a una detección precoz de lesiones intestinales y prevención del cáncer colorectal. Teniendo en cuenta que el 1% de individuos con poliposis adenomatosa familiar desarrollará cáncer colorectal entre los 15 y 20 años, se propone realizar pruebas genéticas entre los 10 y 12 años de edad.^{4,12}

La endoscopia puede ayudarnos en la búsqueda de las lesiones en aquellos en los que no se encuentre la mutación del APC. Se sugiere endoscopia del tracto digestivo bajo y alto que incluya región periampular para descartar cualquier lesión polipoidea. La ecografía

resulta útil para el hallazgo de lesiones hepáticas malignas y demás tumores intraabdominales.

2.3.2 Síndrome de Gardner

El síndrome de Gardner, conocido también como Poliposis Adenomatosa Familiar con Manifestaciones Extraintestinales, se trata de una entidad de herencia dominante que se manifiesta por la presencia difusa de pólipos múltiples adenomatosos en el tracto gastrointestinal, tumoraciones de tejidos blandos y osteomas en diferentes localizaciones.

4,6

El gen responsable (APC) se localiza en el cromosoma 5q21-q22 y la enfermedad se transmite de forma autosómica dominante con una expresividad variable.⁴

Los pólipos se desarrollan entre la 2ª y la 4ª década de la vida aunque pueden aparecer en edades más tempranas y suelen ser asintomáticos. Son de tipo adenomatoso y se localizan en el estómago, intestino delgado y sobre todo en el intestino grueso. Tienen un elevado potencial de transformación maligna.

Las lesiones extra intestinales más frecuentes son osteomas de mandíbula, cráneo y huesos largos, leiomiomas, lipomas, tumores desmoides, fibromatosis mesentérica y cavidades quísticas subdentarias.⁶

2.3.3 Síndrome de Turcot

El síndrome de Turcot o síndrome de poliposis con tumor cerebral, se caracteriza por múltiples pólipos colónicos asociados a tumores primarios del sistema nervioso central de varios tipos histopatológicos.

Estudios moleculares han establecido una nueva clasificación del síndrome de Turcot de acuerdo al tipo de tumor cerebral y el defecto genético.⁵

- Tipo I: originalmente descrito por Turcot, se caracteriza por la presencia de menos de 100 pólipos colónicos, que son propensos a aumentar de tamaño y malignizarse, asociados por lo general a glioblastomas.

- Tipo II: es el más común, se caracteriza por pólipos colónicos más pequeños pero más numerosos, muy similar a la poliposis adenomatosa familiar. La mutación se localiza en el gen APC y el tumor primario asociado con mayor frecuencia es el meduloblastoma, que en muchos casos precede al diagnóstico de poliposis.

Los sujetos con el síndrome de Turcot muestran frecuentemente anormalidades neurológicas que varían según el tipo, el tamaño y la localización del tumor asociado que suele ser un glioma, aunque también se han descrito meduloblastomas, glioblastomas, ependimomas, y astrocitomas. Los meduloblastomas se presentan con mayor frecuencia en el tipo II del síndrome de Turcot. ⁴

El síndrome de Turcot de tipo I es un desorden de carácter autosómico recesivo que se cree es debido a un error de los genes MLH1, localizado en el brazo corto del cromosoma 3 (3p 21.3) y PMS2, localizado en el brazo corto del cromosoma 7 (7p22). El segundo tipo del síndrome de Turcot es de carácter autosómico dominante y resulta de la mutación del gen APC localizado en el brazo largo del cromosoma 5. El gen APC actúa como un gen supresor de tumores y sus mutaciones están asociadas a la aparición de la poliposis adenomatosa familiar. ⁵

2.4 Síndrome de Pólipos Hamartomatosos

Los síndromes de poliposis hamartomatosos incluyen al síndrome de poliposis juvenil, síndrome de Peutz-Jeghers, enfermedad de Cowden y el síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba.

2.4.1 Síndrome de Poliposis Juvenil

El síndrome de poliposis juvenil es el más común de los síndromes de pólipos hamartomatosos. La incidencia de la enfermedad es de un caso por cada 100.000 nacimientos. ²⁴ Es una enfermedad autosómica dominante originada por una alteración en el brazo largo del cromosoma 10 (10q22-24), caracterizada por la presencia de múltiples pólipos hamartomatosos en el tracto gastrointestinal. ⁴

Los criterios establecidos por Giardiello y cols para el diagnóstico comprende: 3 o más pólipos juveniles en el colon, poliposis que comprometa el tracto gastrointestinal en su

totalidad o cualquier número de pólipos en determinada familia con historia de pólipos juveniles. ⁵

El síndrome de poliposis juvenil siempre es sintomático en contraste con la adenomatosis colónica familiar. La sintomatología comprende sangrado rectal, prolapso rectal, dolor abdominal e invaginación intestinal. La mayoría de los casos acuden al médico entre los 2 y 12 años de edad. Existen casos raros de retraso en el desarrollo, anemia e hipoalbuminemia severa como resultado de la enteropatía. ⁶

En los casos más graves, la muerte ocurre antes de los 2 años de edad. Las otras dos variedades comúnmente se presentan como un sangrado rectal con anemia secundaria, ocasionalmente se agrega prolapso, ya sea del recto o de los pólipos y no es rara la eliminación espontánea de algunos pólipos ⁶⁻¹³, síntomas destacados en el caso que se presenta. Aparentemente no existen diferencias en cuanto al sexo y en la mayoría de los casos se trata de niños en la primera o segunda década de la vida, pero en el 15% de los casos el diagnóstico se posterga hasta la edad adulta. ²³

Los pólipos pueden variar en número desde 3 hasta más de 1000, pudiendo mostrar variedad de tamaño y configuración. En muchos casos, los pólipos juveniles se encuentran sólo en el colon. En una revisión de casos realizada por Höfting y col. se encontró que el sitio más afectado fue la región colorectal (98%), seguido del estómago (14%), yeyuno e íleon (15%), y duodeno (2.3%). ^{4,5}

Puede encontrarse asociada a defectos congénitos en el 15% de los casos, que incluyen mal rotación intestinal, defectos genitourinarios y defectos cardiacos. La mayoría de los defectos congénitos han sido reportados en individuos con la variante no familiar de la enfermedad.

Los criterios diagnósticos actualmente aceptados para la Poliposis Juvenil son: a) Más de 10 pólipos juveniles; b) Pólipos juveniles en otros sitios del tracto digestivo aparte del colon y c) Cualquier número de pólipos juveniles en un individuo con una historia familiar de Poliposis Juvenil ¹¹. Otros autores han propuesto un número de pólipos >59 e incluso mayor de 312, intentando con un criterio más estricto justificar una investigación más activa y un manejo más agresivo de esta condición ¹³.

2.4.2 Síndrome de Peutz-Jeghers

Es un síndrome de herencia dominante, en el que se asocian pólipos gastrointestinales múltiples de tipo hamartomatoso con pigmentación melánica de la mucosa bucal, labios, manos, pies y, en ocasiones, región perianal. ^{5, 8,12}

Se debe a una mutación en el gen STK 11 (serin-treonin-cinasa 11) del cromosoma 19p13.3 y su transmisión es autosómica dominante aunque se han descrito hasta un 20% de casos esporádicos. ⁴

Existen pólipos hamartomatosos de diferentes tamaños, que se hallan difusamente distribuidos por todo el tracto digestivo, desde el estómago hasta el recto, aunque suelen ser más abundantes en el intestino delgado. Se caracterizan por poseer un eje conectivo fino y muy ramificado que contiene músculo liso y les confiere un aspecto arborescente. ¹⁸

Las pigmentaciones melánicas características se hallan presentes en las mucosas desde el nacimiento, mientras que las de la piel, a veces también presentes en el recién nacido, por lo general aparecen durante la pubertad. ⁵

El síntoma predominante es el dolor abdominal recidivante de tipo cólico, debido a invaginaciones intestinales intermitentes provocadas por los pólipos, que aparecen en la primera década de la vida. ⁶

Los pólipos gastrointestinales se encuentran en el 88-100% de los pacientes, aunque el porcentaje varía dependiendo de las localizaciones. Son muy frecuentes en intestino delgado (96%) y algo menos en estómago (24%), colon (27%) y recto (24%) con tamaños entre 1 y 30 mm. ²²

Aunque los pólipos hamartomatosos del síndrome de Peutz-Jeghers no tienen un potencial maligno, se ha descrito una incidencia de neoplasias digestivas algo superior a la de la población general.

Dada la difusión de la poliposis, no está indicado el tratamiento quirúrgico, aunque a veces debe recurrirse a resecciones segmentarias a causa de episodios de invaginación intestinal.

2.4.3 Enfermedad de Cowden

La enfermedad de Cowden es una enfermedad hereditaria extremadamente rara que se caracteriza por la presencia de lesiones mucocutáneas características y diagnósticas asociadas con lesiones hamartomatosas en el tracto gastrointestinal y la formación de neoplasias malignas, fundamentalmente mamarias y tiroideas, en la edad adulta. ^{5,6}

Fue descrita por primera vez, en 1963, por Join y Lewis en una mujer de 20 años, apellidada Cowden, de la que la enfermedad toma el nombre.

Se hereda como un rasgo genético autosómico dominante, de penetrancia variable, habiéndose identificado el gen relacionado, PTEN, en el brazo largo del cromosoma 10 (10q23.31, 10q22.3). ⁴

Clínicamente se reconoce por la presencia de lesiones mucocutáneas típicas, que aparecen en el 80% de los pacientes, principalmente tricolemomas que se manifiestan como pápulas faciales, de color carne, parecidas a verrugas y se agrupan especialmente alrededor de boca, nariz o pabellones auriculares. ¹⁸

La poliposis suele ser asintomática y no tiene potencial maligno, aunque se han descrito la presencia de adenomas concomitantes en 5 enfermos, 2 de ellos con adenocarcinoma. ⁶

Con menor frecuencia presentan, vitíligo, manchas café con leche, melanosis, xerostomía, paladar ojival, presencia de hamartomas o fibroadenomas múltiples, siendo típica la aparición de fibromatosis visceral: tiroidea, mamaria y a cualquier nivel del aparato reproductor femenino con elevado riesgo de malignización, poliposis gastrointestinal y hamartomas del sistema nervioso central, hemangiomas, neuromas y en algunos casos estrías angioides en la retina. ⁵

2.4.4 Síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba

El síndrome de Bannayan Riley Ruvalcaba es una enfermedad hereditaria rara, caracterizada por un crecimiento excesivo previo y posterior al nacimiento, macrocefalia, escafocefalia, inteligencia normal o retraso mental leve y crecimientos tumorales benignos de tipo hamartomatoso a nivel intestinal. Se hereda como un rasgo genético autosómico dominante.

Tanto la enfermedad de Cowden como este síndrome presentan una alteración en el brazo largo del cromosoma 10 (10q21-23) lo que haría pensar que son dos expresiones de la misma enfermedad. 4

En la mayoría de los casos, los niños con el síndrome del Bannayan Riley Ruvalcaba tienen un peso y talla anormalmente elevados al nacer y presentan un retraso en el crecimiento, pero en la edad adulta pueden alcanzar una altura dentro del rango normal.

Las manifestaciones adicionales al síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba son diferentes alteraciones oculares que incluyen estrabismo, hipertelorismo, exotropía y papiledema. Además, los niños afectados pueden presentar hipotonía, sialorrea, retraso del desarrollo del habla y un retraso significativo en el desarrollo sicomotor.

En algunos casos, pueden existir pólipos a nivel de faringe y amígdalas. Otras anomalías adicionales asociadas a esta enfermedad pueden ser cutis marmorata y el desarrollo de manchas pigmentarias en el pene o en la vulva.

2.5 DIAGNÓSTICO

La existencia de datos clínicos que sugieren la presencia de pólipos, como los que se han reseñado, el descubrimiento de sangre oculta en las heces o, aunque no haya síntomas, el hecho de pertenecer a los denominados grupos de riesgo, como sucede con los que tienen antecedentes familiares de pólipos o cáncer colorrectal, obliga a poner en práctica métodos que confirman el diagnóstico de sospecha, lo cual sólo es posible con el estudio radiológico o endoscópico.

El estudio radiográfico puede establecer el diagnóstico al mostrar un defecto de repleción en la luz intestinal, más o menos grande, pediculado o sésil y bien delimitado. Sin embargo, esta exploración tiene varios inconvenientes, como la baja sensibilidad para detectar lesiones inferiores a 5 mm, la existencia de defectos de repleción que pueden corresponder a restos fecales, la imposibilidad de realizar estudios anatomopatológicos para diagnosticar la naturaleza de la lesión y el hecho de no poder actuar terapéuticamente sobre la lesión.

Frente a los inconvenientes que se presentan con los estudios radiográficos, en la actualidad la endoscopia constituye el método idóneo tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estas lesiones.

En la actualidad, con la utilización de los videoendoscopios, que permiten una visión más ampliada y tienen mayor flexibilidad, se debe intentar hacer siempre una colonoscopia total.

Hay que tener presente que los pólipos de pequeño tamaño e incluso los más grandes pueden pasar inadvertidos hasta para el endoscopista más experto, sobre todo los situados en el asa sigmoide, en los ángulos esplénico y hepático. Por este motivo, se recomienda repetir la colonoscopia dentro de los 6 meses.

En caso de encontrar un cuadro sindrómico relacionado a pólipos intestinales es recomendable hacer estudios genéticos en la familia para identificar los genes involucrados en la patología, determinando con precisión el diagnóstico del síndrome con el fin de asesorar al grupo familiar en caso de riesgo de cáncer y planear así estrategias apropiadas para el manejo particular de su enfermedad.

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

El presente es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con edad comprendida entre 0 y 15 años, con diagnóstico de pólipos intestinales registrados en el departamento de Estadística que acudieron al Servicio de Gastroenterología del Hospital del Niño “Francisco de Ycaza Bustamante” en el periodo 2012 – 2014.

3.2 Área de estudio

Departamento de Estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante durante periodo 2012-2014

3.3 UNIVERSO: Todos los niños ingresados en el área de gastroenterología en el periodo de enero del 2012- diciembre 2014 en Hospital Francisco Icaza Bustamante

3.4 MUESTRA: niños de entre 0 a 15 años que presenten pólipos intestinales verificados y diagnosticados por estudios diagnósticos y metodología clínicos

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con sangrado rectal más evidencia de pólipo intestinal al tacto rectal.
- Pacientes con diagnóstico histopatológico de pólipo intestinal

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con hemorragia digestiva baja de cualquier etiología ajena a pólipos.

3.7 DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

- Aprobación del proyecto por el comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Guayaquil
- Autorización para el ingreso al Departamento de Estadística de Hospital Francisco Icaza Bustamante
- Se solicitan las carpetas correspondientes a las historias clínicas preseleccionadas, y se recogen los datos de los pacientes que cumplen con los criterios de inclusión.
- Se procede a obtener el total de historias clínicas registradas en la computadora del Servicio de Estadística desde el año 2012 hasta el 2014. El siguiente paso es elaborar una hoja de recolección de datos, usando Microsoft Excel, donde constan las variables a estudiar.
- Se estudió la edad al diagnóstico, género, manifestaciones clínicas, localización del pólipo, números de pólipo y método de diagnóstico.

3.8 RECURSOS EMPLEADOS

3.8.1 Talento Humano

- Tutor de Tesis
- Investigadora
- Personal Del Departamento de Estadística del Hospital

3.8.2 Recursos Materiales

- Historias Clínicas
- Computadoras
- Materiales de Oficina
- Impresoras
- Navegación de Internet

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

ANALISIS E INTERPRETACION

Se encontraron un número de 20 casos con diagnóstico de egreso de Pólipos Intestinales en el Hospital Francisco Icaza Bustamante en un periodo de 3 años (2012 -2014) con un promedio de 6.67 casos por año (Cuadro N 1)

TABLA N 1

2012	6.67	34%
2013	6.67	33%
2014	6.67	33%

Cuadro N 1



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

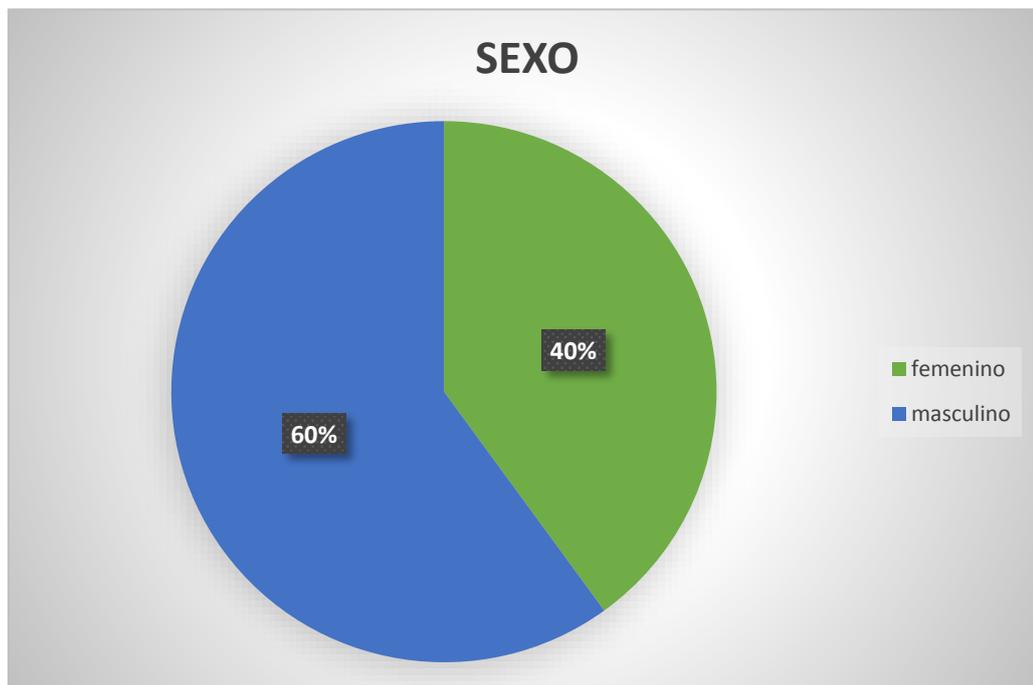
ANALISIS E INTERPRETACION

En cuanto al sexo se encontró una marcada diferencia con predominio en el sexo masculino con 12 casos (60%), y para el sexo femenino 8 casos lo cual representa el (40%), lo que coincide con la literatura que nos indica que se presenta más en el sexo masculino (Cuadro N 2)

Tabla N2

Masculino	12	60%
Femenino	8	40%

Cuadro N 2



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

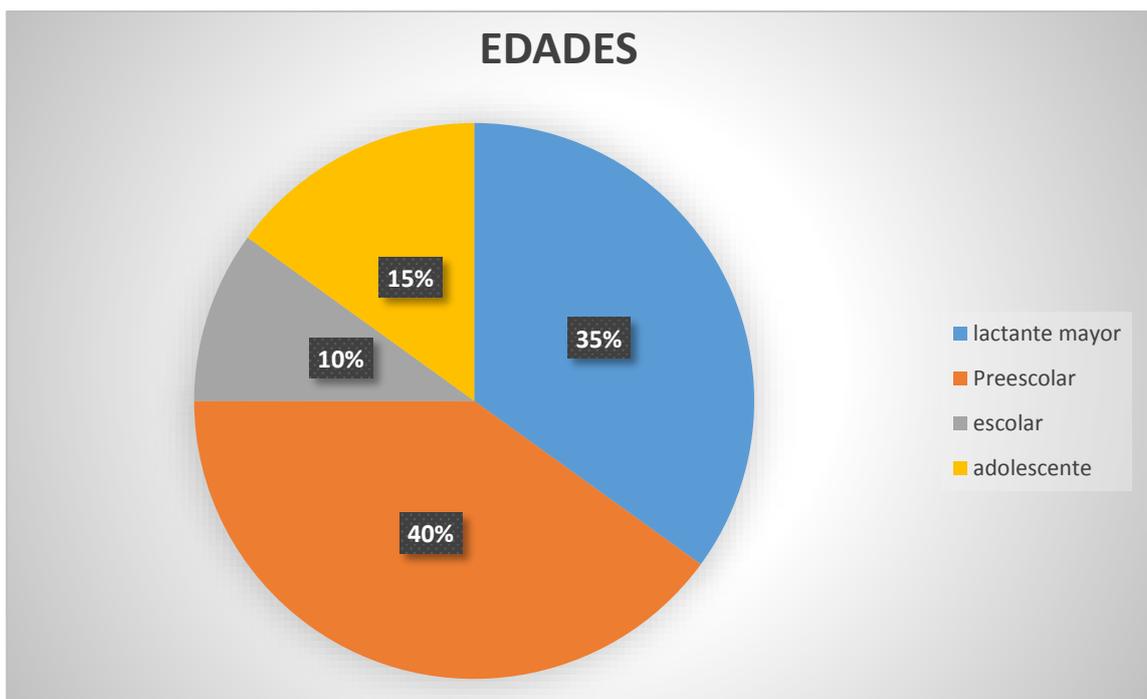
ANALISIS E INTERPRETACION

Para el estudio en la edad se subdivido a los pacientes en lactantes mayores, preescolares, escolares y adolescentes. En este estudio se tomó como referencia la edad al ingreso del paciente mas no se pudo determinar con exactitud la edad de comienzo de los síntomas. Encontrándose predominio en edad preescolar con un numero de 8 casos que corresponde al 40%, seguido de lactante mayor con 7 casos que representa el 35%, adolescente 3 que es el 15%, y finalmente escolares 2 con el 10%.(Cuadro N 3)

Tabla N 3

Lactante Mayor	7	35%
Preescolar	8	40%
Escolar	2	10%
Adolescente	3	15%

Cuadro N 3



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

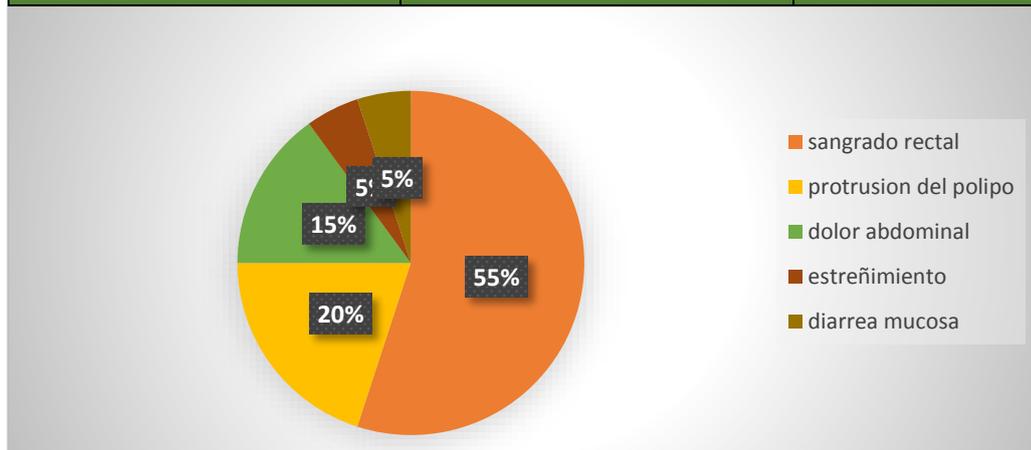
ANALISIS E INTERPRETACION

En las manifestaciones Clínicas el sangrado rectal estuvo presente en el 100% de los casos pero, como única manifestación en el 55% de los casos es decir 11 casos, seguido de protrusión del pólipo en 4 casos es decir el 20%, dolor abdominal 3 con el 15% de casos, estreñimiento 1 representa el 5%, diarrea mucosa 1 caso representa el 5% de los casos. (Cuadro N 4)

TABLA N 4

Cuadro N 4

Sangrado rectal	11	55%
Protrusión del pólipo	4	20%
Dolor abdominal	3	15%
Estreñimiento	1	5%
Diarrea Mucosa	1	5%



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

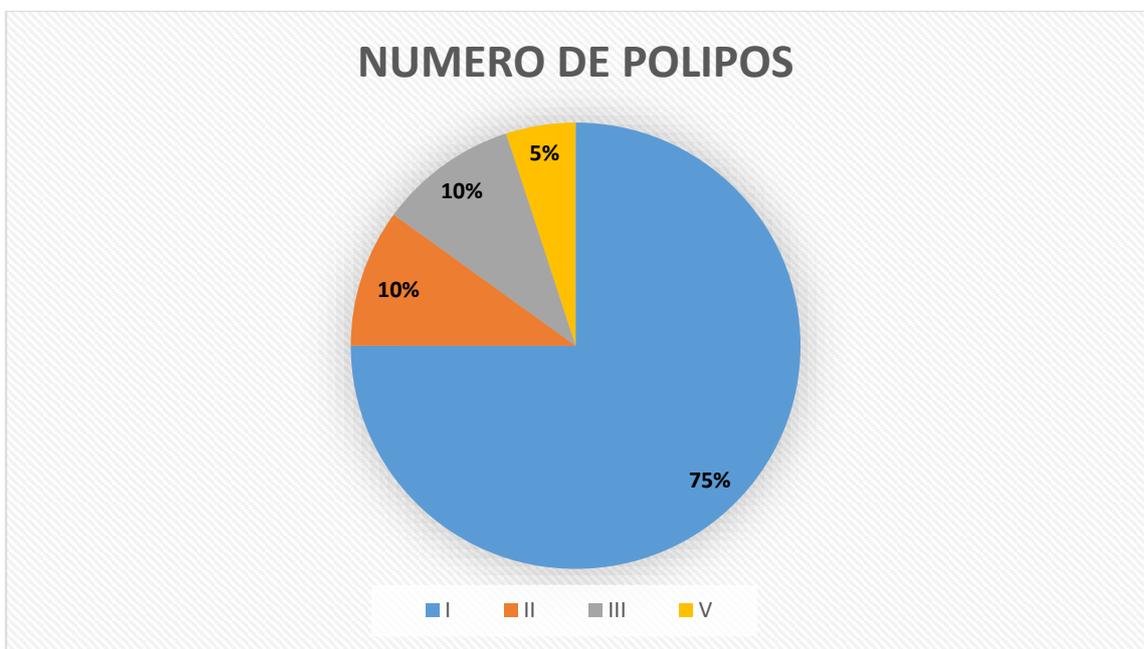
ANALISIS E INTERPRETACION

En cuanto al número de pólipos se encontró en la mayoría de casos una sola formación polipoidea es decir 15 casos representando el 75%, 2 pólipos casos con el 10 %, 3 pólipos 2 casos representa el 10%, 5 pólipos 1 casos 5%. (Cuadro N 5)

TABLA N 5

I	15	75%
II	2	10%
III	2	10%
V	1	5%

Cuadro N 5



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

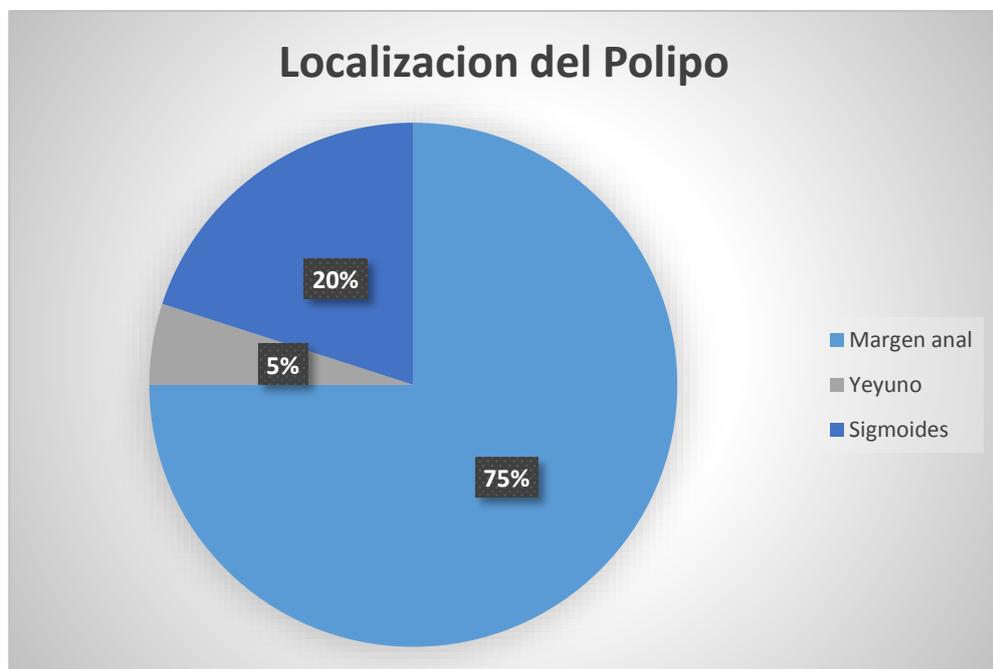
ANALISIS E INTERPRETACION

En relación a la localización del pólipo se encontraron más casos a nivel del margen anal con 15 casos representando el 75% de casos esto corresponde de 1 a 10 cm del margen anal, en el resto del intestino como en el sigmoides se encontraron 4 casos representando el 20%, y en el yeyuno 1 caso representando el 5% en este caso este pólipo fue causa de obstrucción intestinal importante. (Cuadro N 6)

TABLA N 6

Margen Anal	15	75%
Sigmoides	4	20%
Yeyuno	1	5%

Cuadro N 6



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

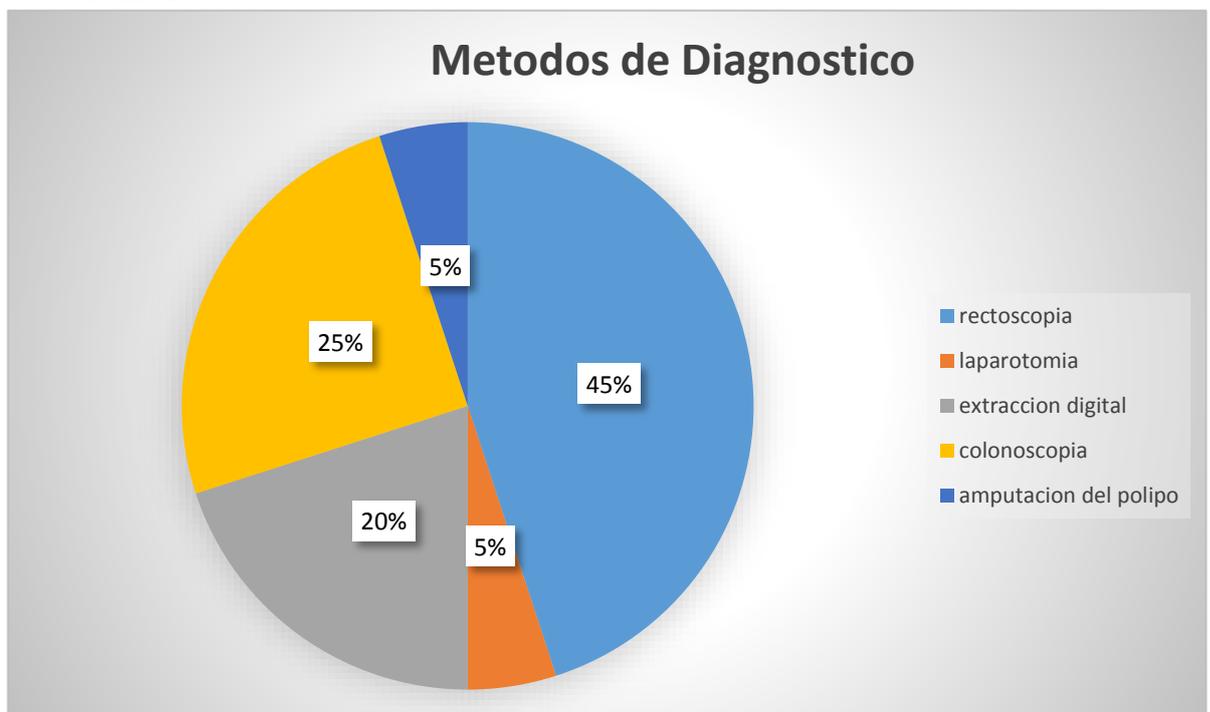
ANALISIS E INTERPRETACION

El procedimiento diagnóstico más utilizado fue la rectoscopia con 9 casos reportando el 45%, seguido de la colonoscopia 5 casos con el 25%, extracción digital 4 representando el 20%, amputación de pólipo 1 caso representando el 5 % y por último la laparotomía 1 caso con el 5 % . (Cuadro n 7)

Tabla N 7

Rectoscopia	9	45%
Colonoscopia	5	25%
Extracción Digital	4	20%
Amputación del pólipo	1	5%
Laparotomía	1	5%

Cuadro N 7



Fuente: Departamento de estadística Hospital Francisco Icaza Bustamante

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

- En el sexo masculino se vio una elevada cifra en comparación con el sexo femenino, como esta descrito en estudios previos, y por autores que describen un predominio en el varón de 2:1.
- La edad de aparición no hubo diferencia significativa entre los menores de 5 años con los mayores de 5 años, ya que la muestra se tomó con la edad de ingreso al hospital, mas no a la aparición de síntomas. Pero esto no descarta encontrar síntomas durante los primeros años de vida.
- El sangrado rectal, es la manifestación común en las patologías pediátricas en nuestro medio, que no es estudiada a tiempo ya que muchos de los casos presentaron pólipos intestinales con larga evolución antes de llegar a manos de un especialista.
- Sangrado rectal estuvo presente en todos los casos revisados, coincidiendo con el los textos de Gastroenterología y diversos estudios publicados.
- Estreñimiento y el dolor abdominal fueron manifestaciones poco frecuentes probablemente asociado a un mayor tiempo de evolución.
- El tipo Histológico que se encontró en mayor cantidad fue en tipo juvenil, se encontró un caso con pólipos Peutz- Jeghers que es un tipo histológico de rara aparición a esta edad y este fue el causante de una obstrucción intestinal importante por lo que se extrajo por laparotomía.
- El factor que más retrasa el diagnostico de poliposis intestinal es la parasitosis, ya que el 80% de los casos estudiados estuvieron sometidos a tratamiento de parasitosis antes de su ingreso al hospital.
- Para el diagnostico el más utilizado fue la rectoscopia el método elección para diagnosticar pólipos, ya que la mayoría de ellos se localiza en el recto.

5.2 RECOMENDACIONES

- El estudio de pólipos intestinales debería ser complementado con colonoscopia para visualizar la mayor parte del colon y descartar la presencia de otros pólipos que no pueden ser diagnosticados por rectoscopia o tacto rectal.
- La parasitosis Intestinal es una entidad aislada que podría encontrarse en la mayor parte de nuestra población pediátrica por lo que su hallazgo no debería tener mayor relevancia en cuanto al tema en estudio.
- El sangrado rectal es una manifestación clínica que puede estar asociada a más de una patología en la edad pediátrica por lo que, debemos tener en cuenta la presencia de pólipos intestinales, además de siempre realizar un tacto rectal como apoyo diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Nelson. W.: Tratado de Pediatría, 14ta edición, editorial Interamericana - McGraw Hill, Madrid – España, 1210-1211, 1992
- 2 Ramírez MJ, Rivera EM. Coronado ME. Pólipos de recto y colon en niños. Bol Med Hosp INF Mex 1984; 41: 437-4
- 3 Walker WA. Juvenile polyps. In: Walker WA. Pediatric gastrointestinal disease. 4th ed. Philadelphia PA, USA: B, C. Decker, Inc.; 1992; p. 739-53
- 4 Attard T., Lynch H., Diagnosis and Management Issues in Pediatric Patients with Gastrointestinal Polyps, Practical Gastroenterology, April 2003; p 57 - 72.
- 5 Walter. A.: Pediatric Gastrointestinal Disease, 4th edition, BC Decker Inc., USA, Ch. 45, 2004
- 6 Berenguer. J.: Gastroenterología y Hepatología, 2da edición, editorial Mosby, Barcelona – España, 359-370,1995.
- 7 Robbins.: Patología estructural y funcional, 6ta edición, editorial Interamericana - McGraw Hill, Madrid – España, 862-864, 2000
- 8 Spiro. H.: Gastroenterología clínica, 2da edición, editorial Interamericana, México D.F., 779-780,1980
- 9 Meneghello. J.: Pediatría, 3era edición, editorial Universitaria, Santiago – Chile, 964-965, 1985.
- 10 Lebenthal. E.: Gastroenterología y nutrición en pediatría, 1era edición, editorial Salvat, Barcelona – España, 850,1985.
- 11 Guitron A., Adalid R., Pólipos Colónicos en niños. Experiencia en polipectomía. México, Revista Asoc. Gastroenterol México Volumen: 1999_64_1 Número: 19
- 12 Reis Neto J. Coloproctología Actual, e-Book, Cap. 3
- 13 Kohen S., Hernández N., Ono, A., Poliposis Adenomatosa Familiar. Presentación de un caso clínico, Uruguay, Rev Med Uruguay 2003; 19:178-181

- 14 Núñez R., Galán E., Moreno C., Romero A., Poliposis adenomatosa familiar: Síndrome de Gardner, Badajoz - España, Cir Pediatra 2006; 19:111-114
- 15 Graziano, Alfredo: Poliposis Adenomatosa Familiar. Relato oficial XIX Congreso Argentino de Coloproctología, 1994." Rev. Argent. Coloproc.6:57-82, 1994
- 16 Hamilton S., et al: The molecular basis of Turcot's syndrome, nejm, Vol. 332 No. 13, p. 839.
- 17 Sunahara M, et al., Turcot syndrome. Nippon Rinsho. 2000; 58:1484-9
- 18 Farreras-Rozman: Tratado de Medicina Interna, 13ed (CD) editorial Mosby-Doyma Libros 1995, España, p. 212-213
- 19 Asociación Española Contra el Cáncer- Depósito Legal: m-51010-2002
- 20 Centromaternoinfantil.com/patologiasfrecuentes/22.pdf página 1/1
- 21 Escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/anatomiapatologica/04digestivo/4intestino_2.html / Dr. Ignacio Duarte
- 22 Pólipos Colorectales y Poliposis Intestinal: M. Andreu García y A. Ferrández Arenas Sección III -Capítulo 30 pág. 354- 355.
- 23 Rev. Med. Chile v.129 n.9 Santiago set. 2001- Sporadic juvenile multiple polyposis. - Guillermo Bannura C, Daniel Soto C, María Teresa Vial P
- 24 Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal Cap.: 7 Pág. 94
- 25 Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma. Artículo Original-Multimed 2011; 15 (2) -Abril-Junio-Pólipos rectales en la infancia.

ANEXOS

Anexo N 1

SÍNDROMES FAMILIARES DE POLIPOSIS HAMARTOMOSA

Síndrome	Anatomía patológica	Localización	Otras manifestaciones
Síndrome de Peutz-Jeghers	Hamartomas con bandas de músculo liso en la lámina propia	Intestino delgado, estómago y colon	Pigmentación en la boca, manos y pies; tumores en los cordones sexuales de los ovarios y de las células de Sertoli en los testículos; cánceres gastrointestinales
Poliposis juvenil	Pólipos juveniles, pólipos adenomatosos e hiperplásicos	Colon, intestino delgado y estómago	Cáncer de colon en algunas familias
Neurofibromatosis	Neurofibromas	Estómago e intestino delgado	Neurofibromatosis generalizada
Síndrome de Cowden	Hamartomas con la capa muscular de la mucosa desorganizada	Estómago y colon	Triquilemonas y papilomas; cáncer de mama; otros hamartomas múltiples
Síndrome de los nevos de células basales	Hamartomas	Colon	Múltiples carcinomas de células basales

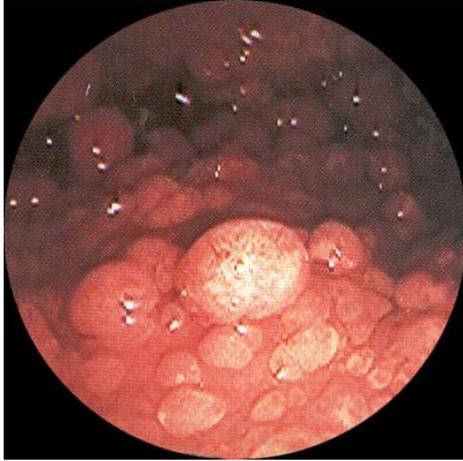
Fuente: Revista Médica del Hospital General de México

Anexo N 2

POLIPOS NO NEOPLÁSTICOS	TUMORES
Pólipos hamartomatosos predominantemente epiteliales	Benignos
(pólipos de Peutz-Jeghers)	Adenomas
	Leiomiomas
Pólipos hiperplásicos linfoides	Malignos
	Carcinoides
	Linfomas
	Carcinomas
	Leiomiosarcoma

Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer

Anexo N 3



SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

Fuente: Revista Médica del Hospital General de México

Anexo N 4



FIGURA 4. Hiperpigmentación en los labios del paciente de menor edad.

Fuente: Revista Colombiana de Cirugía

ANEXO 5

Tabla 4. Grupos de edades

Grupos de Edad	No	%
2 a 6	62	59.62
7 a 11	31	29.81
12 a 16	11	10.57
Total	104	100

Fuente: Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. **Granma.**

ANEXO 6

Tabla Nº 1.- Series publicadas sobre pólipos rectales y de colon en niños.						
Autor	País	Año	Localización	Masc.	Fem.	Total
De la Vega. ²⁷	Perú	1963	Pólipos rectales	37	23	60
Salas J. ²²	Costa Rica	1970	Pólipos del colon en < 13 años	118	73	191
Ho Sierra J. ²⁸	Perú	1972	Pólipos rectales	31	19	50
García JM. ¹⁹	España	1984	Yeyuno y apéndice en < 5 años	1	1	2
Camarero V. ¹²	España	1986	Pólipos de colon (rectales = 6)	9	9	18
Varea V. ¹⁵	España	1986	Pólipos de colon	-	-	39
García D. ³	España	1989	Pólipos rectales en < 20 años	-	-	13
Lostal ML. ¹⁴	España	1990	Pólipos rectales en < 13 años	-	-	6
Dieguez J. ²⁹	Perú	1992	Pólipos de colon en < 20 años	-	-	20
Villalta B. ¹³	Venezuela	1993	Pólipos rectales	9	6	15
Nagasaki A. ³⁰	Japón	1993	Pólipos de colon (rectales = 22)	-	-	42
Romero Rojas N.	Perú	1998	Pólipos rectales	43	15	58

Fuente: Pólipos Rectales en Niños Hospital San Bartolomé, 1984-1996

ANEXO 7

Tabla 2. Impresiones diagnósticas más frecuentes

Impresión Diagnosticada de la Solicitud	No	%
Rectorragia	127	54.27
Proctalgia	1	0.42
Total	234	100

Fuente: Hospital Universitario "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.