



Pólipo gigante como causa de invaginación colo-cólica en paciente escolar

Giant polyp as a cause of colo-colic invagination in a school-age patient

Carlos Eduardo Ruiz-González,* Daniella Chacón-Valenzuela,*
Eliana Hortua-Gutiérrez,* John Francisco Garcés-Camacho*

* Universidad Industrial de Santander-Clínica Materno Infantil San Luis, Bucaramanga, Colombia.

RESUMEN

Introducción: los pólipos colónicos afectan hasta 1% de la población preescolar y escolar y suelen cursar con sangrado digestivo bajo y dolor; sin embargo, cuando son de gran tamaño pueden ocasionar invaginación intestinal. **Presentación del caso:** paciente femenino de nueve años, previamente sana que presenta dolor abdominal de 40 días de evolución, asociado a sangrado rectal en los últimos días. Por estudios de imagen se diagnosticó invaginación colo-cólica (ICC). La reducción hidrostática fue fallida, por lo que la reducción se realizó por laparotomía. Posteriormente el pólipo se resecó por colonoscopia. El reporte histopatológico fue de pólipo juvenil. **Conclusiones:** la ICC puede ser secundaria a pólipos grandes o gigantes.

Palabras clave: intususcepción, pólipo juvenil, sangrado gastrointestinal, colonoscopia, niños.

ABSTRACT

Introduction: colonic polyps affect up to 1% of the school age population, which usually cause lower digestive bleeding and pain; however, large ones can cause intussusception. **Case presentation:** nine-year-old female patient, previously healthy. She presents abdominal pain of 40 days duration, associated with rectal bleeding in recent days. Through imaging studies, she was diagnosed with colo-colic intussusception (CCI). Hydrostatic reduction was unsuccessful, so reduction was performed by laparotomy. The polyp was subsequently resected by colonoscopy. According to histopathological report, it was a juvenile polyp. **Conclusions:** CCI can be secondary to large or giant polyps.

Keywords: intestinal intussusception, juvenile polyp, gastrointestinal bleeding, colonoscopy, children.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos colónicos pueden afectar hasta el 1% de la población preescolar y escolar, siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja.¹ Los pólipos juveniles son los más comunes, suelen medir 1 a 2 cm de diámetro, y hasta 90% se ubican en recto o sigmoides. Las manifestaciones más comunes son sangrado digestivo bajo y dolor abdominal recurrente; sin embargo, cuando se presentan en localizaciones inusuales o son

de gran tamaño (grandes: 2-3 cm; o gigantes > 3 cm de diámetro) pueden generar invaginación intestinal.^{1,2}

La intususcepción intestinal es la invaginación de un segmento proximal del intestino dentro de uno distal. La ubicación más frecuente es la íleo-cólica. En el 90% de los casos la etiología idiopática y la mayoría se resuelve con reducción hidrostática por enema.^{3,4}

La intususcepción colo-cólica (ICC) es rara; en la literatura solo se describen en reportes o series de casos.⁵ La ICC se asocia, en casi todos los casos, a un

Correspondencia: Carlos Eduardo Ruiz-González, E-mail: carlos_e10198@hotmail.com

Citar como: Ruiz-González CE, Chacón-Valenzuela D, Hortua-Gutiérrez E, Garcés-Camacho JF. Pólipo gigante como causa de invaginación colo-cólica en paciente escolar. Rev Mex Pediatr. 2023; 90(5): 195-198. <https://dx.doi.org/10.35366/115504>

punto de invaginación patológico (PIP), principalmente pólipos y otras masas tumorales, por lo que, en general, el tratamiento definitivo es quirúrgico.⁴

Debido a la baja frecuencia de ocurrencia de ICC por pólipos, no existen recomendaciones definitivas sobre el abordaje terapéutico. La reducción hidrostática seguida de polipectomía por colonoscopia ha sido exitosa en algunos casos y representa una opción menos invasiva, respecto a la cirugía abierta.^{5,6} Se presenta el caso de una paciente escolar con ICC secundaria a un pólipo juvenil gigante en quien se intentó reducción hidrostática, pero fue fallida, por lo que requirió reducción por laparotomía y posteriormente se realizó polipectomía mediante colonoscopia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 9 años, con adecuado estado nutricional (peso: 30.7 kg, estatura: 131 cm; índice de masa corporal: 17.9 kg/m²), sin antecedentes personales o familiares.

A su llegada a urgencias, la paciente presentaba un cuadro clínico de 40 días de evolución, con dolor abdominal generalizado, tipo cólico, intermitente, sin otros síntomas. Fue valorada en tres ocasiones, prescribiendo manejo sintomático; el diagnóstico previo fue dolor asociado a intolerancia alimentaria. Cuatro días previos a la consulta en nuestra institución, se agregó vómito en múltiples episodios, así como evacuaciones con sangre.

En la evaluación de ingreso, la paciente tenía signos de deshidratación moderada; el abdomen se encontraba distendido y con dolor a la palpación generalizado. No había signos de irritación peritoneal, pero se identificó masa palpable en cuadrante inferior izquierdo. En los exámenes de laboratorio iniciales, no se encontró evidencia de respuesta inflamatoria sistémica, ni anemia.

En la radiografía simple de abdomen se observó imagen de masa ocupando la luz del recto sigmoides, asociado a dilatación de colon transverso y asas de intestino delgado de manera proximal (*Figura 1*). Estos hallazgos se confirman en ultrasonografía abdominal, en el cual se reporta “signo de diana”, sugestivo de invaginación intestinal en abdomen izquierdo.

Debido a que la paciente estaba estable desde el punto de vista hemodinámico, y ante la ausencia de signos de irritación peritoneal se indica realización de reducción hidrostática, y posteriormente colonoscopia. Sin embargo, la reducción hidrostática no tuvo éxito, por lo que se llevó a laparotomía, encontrando invaginación intestinal colo-cólica desde el colon sigmoides

hasta el colon transverso; no se identificaron datos macroscópicos de isquemia o inflamación de ganglios mesentéricos adyacentes. Se procedió a la reducción manual de invaginación intestinal, así como a la resección ganglionar para estudio histopatológico.

En el postoperatorio, la paciente recibe antibióticos y se mantiene en ayuno durante 48 horas. Tras comprobar que el tránsito intestinal era normal se inició vía oral, con adecuada tolerancia. No hubo complicaciones, por lo que se egresa a los siete días.

Dos semanas posteriores se realizó colonoscopia total bajo sedación. En el colon sigmoides se encontró un pólipo pediculado gigante de 4 × 2 cm de diámetro, ocupando más de 50% de la luz intestinal (*Figura 2*). Se procede a enlazar con asa de polipectomía número 20; con coagulación y corte se desprende del pedículo, el cual se recupera y se extrae con canastilla. La paciente no presentó complicaciones durante ni posterior a la polipectomía.

En el reporte patológico se describe que el tejido estaba constituido por glándulas dilatadas, tapizadas con células columnares bien diferenciadas y escasos polimorfonucleares; con base de tejido conectivo vascular con infiltrado leucocitario mixto, sin cambios sugestivos de malignidad, lo cual era



Figura 1: Radiografía simple de abdomen: imagen de masa de partes blandas ocupando la luz del recto sigmoides (flecha blanca) y dilatación de colon transverso y asas de intestino delgado (asterisco *).

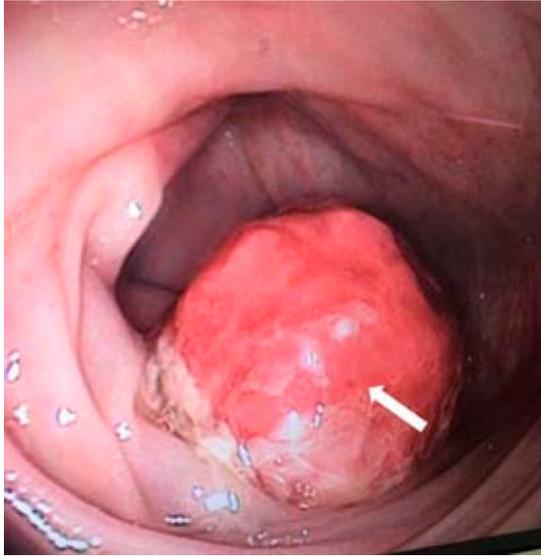


Figura 2: Imagen de colonoscopia: pólipo pediculado de 4 x 3 cm de diámetro (flecha blanca), ocupando más de 50% de la luz intestinal, sin signos de necrosis.

concordante con el diagnóstico de pólipo juvenil. En la biopsia de ganglio no hubo hallazgos patológicos.

DISCUSIÓN

Un pólipo colónico es un crecimiento anormal y localizado de tejido que protruye desde la pared del colon hacia la luz. Este tipo de pólipo se puede generar debido a un evento inflamatorio o irritativo del conducto excretor de las glándulas mucosas, seguido de obstrucción y ciclos de proliferación y dilatación hasta generar pliegues redundantes que finalmente conforman el pólipo.⁷

Los pólipos juveniles clásicamente se han descrito como lesiones esporádicas únicas, de localización en el recto y sigmoides; sin embargo, en la edad pediátrica se han descrito más frecuentemente pólipos múltiples en colon proximal. Esto último se ha asociado con síndromes de poliposis, por lo que hacen obligatorio la realización de colonoscopías completas.^{8,9}

Las manifestaciones clínicas de los pólipos juveniles son sangrado digestivo bajo, con o sin dolor.⁷ Oregel-Aguilar y colaboradores reportaron que 81.9% de los pólipos colónicos pediátricos se encontraban en recto-sigmoides.² Según el tamaño del pólipo, las manifestaciones iniciales pueden variar; los pólipos grandes o gigantes pueden actuar como masas que desplazan el segmento intestinal durante los movimientos peristálticos, lo cual puede producir

obstrucción intestinal por invaginación intestinal del segmento afectado.⁶

La ICC en niños es mucho menos común que la íleo-cólica, y se asocia en mayor proporción a la presencia de un PIP.^{3,10} Yan y su equipo reportaron 44 casos de ICC, de los cuales el 90.9% presentaron un PIP, y el 43.2% correspondió a un pólipo juvenil.⁵

Las manifestaciones clínicas de los pólipos del colon pueden sobreponerse con la tríada clásica de invaginación intestinal (dolor abdominal tipo cólico, vómito y sangrado en las heces), la cual también se presenta en los casos de ICC.³ La sospecha temprana de ICC es crucial para un adecuado manejo y evitar las complicaciones, incluyendo isquemia y perforación intestinal. El ultrasonido puede mostrar los signos clásicos de *target* o *donut* de invaginación. Un punto clave para identificar su ubicación es la posición del ciego, el cual permanece en fosa iliaca derecha junto al apéndice en la ICC, a diferencia de la íleo-cólica en la cual el polo del ciego no es visible.¹⁰

El consenso de la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE, por sus siglas en inglés) y Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición (ESPGHAN, por sus siglas en inglés), recomiendan la realización de colonoscopia diagnóstica y terapéutica en casos de sospecha de pólipos colónicos.¹¹ El tratamiento definitivo de los pólipos es la exéresis durante la colonoscopia; pero se debe realizar la revisión total del colon y llevar a cabo el análisis por histopatología de la muestra reseca pues, en caso de sospecha de lesión premaligna o enfermedad sindrómica polipósica, se debe dar seguimiento endoscópico periódico, así como estudio genético de los familiares y del paciente.¹

La elección de la técnica de reducción de la ICC previa a la polipectomía colonoscópica depende del estado del paciente. Aunque no hay un consenso sobre el manejo, existen reportes de casos con reducción hidrostática de forma exitosa, pero es más común que falle que en las invaginaciones íleo-cólicas, como en nuestra paciente.^{3,6} Cuando hay necesidad de resección intestinal durante la reducción de ICC, no se debe realizar colonoscopia para manejo del pólipo durante los siguientes siete días.¹¹

REFERENCIAS

1. Cázares-Méndez JM, Zamudio-Vázquez VP, Gómez-Morales E et al. Pólipos gastrointestinales en pediatría. *Acta Pediatr. Méx.* 2015; 36(3): 158-163.
2. Oregel-Aguilar V, Villar-Tapia JA, Torreblanca-Sierra LF, Zarate-Gúzman AM et al. Prevalencia de pólipos colónicos en edad

- pediátrica atendidos en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal en el Hospital General de México en el periodo del 2012 al 30 de mayo del 2019. *Endoscopia*. 2019; 31(Suppl 2): 423-428.
3. Richer EJ, Dickson PN. Colocolic intussusceptions in children: a pictorial essay and review of the literature. *Emerg Radiol*. 2020; 27(1): 97-102.
 4. Das A, Ralte L, Chawla AS et al. Colocolic intussusception in an older child: a rare case report and a literature review. *Case Rep Surg*. 2013; 2013: 106831.
 5. Yan J, Shen Q, Peng C et al. Colocolic Intussusception in children: a case series and review of the literature. *Front Surg*. 2022; 9: 873624.
 6. Takahashi T, Miyano G, Kayano H et al. A child with colo-colonic intussusception due to a large colonic polyp: case report and literature review. *Afr J Paediatr Surg*. 2014; 11(3): 261-263.
 7. Moreno-Alfonso JC, Molina-Caballero AY, Pérez-Martínez A et al. Pólipo juvenil: el gran simulador. *Rev Colomb Cir*. 2022; 37: 492-493.
 8. Lee BG, Shin SH, Lee YA et al. Juvenile polyp and colonoscopic polypectomy in childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2012; 15(4): 250-255.
 9. Lee HJ, Lee JH, Lee JS et al. Is colonoscopy necessary in children suspected of having colonic polyps? *Gut Liver*. 2010; 4(3): 326-331.
 10. Rasheed S, Win T, Fortier MV. Intussusception: it's not always ileo-colic. *Ann Acad Med Singapore*. 2019; 48(6): 195-198.
 11. Tringali A, Thomson M, Dumonceau JM et al. Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary. *Endoscopy*. 2017; 49(1): 83-91.

Conflicto de intereses: los autores declaran que no tienen.