



Pólipo juvenil: el gran simulador

Juvenile polyp: The great simulator

Julio César Moreno-Alfonso¹ , Ada Yessenia Molina-Caballero² , Alberto Pérez-Martínez² ,
Teresa Dot-Gómara³ 

1. Médico, residente de Cirugía pediátrica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.
2. Médico, especialista en Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.
3. Médico, residente de Anatomía patológica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

En la población pediátrica, los pólipos representan la primera causa de sangrado colorrectal con una prevalencia del 1 %. De ellos, el 90 % corresponde a pólipos juveniles (PJ) ¹.

Se presentan las imágenes de un varón de tres años que como única alteración presentaba rectorragia indolora e intermitente de nueve meses de evolución, sin alteraciones detectadas al examen físico, con calprotectina fecal elevada (1405 mg/kg), sin anemia y una gammagrafía con tecnecio-99m normal. Se realizó una colonoscopia encontrando un pólipo a 10 cm del margen anal externo, el cual fue resecado con un asa de polipectomía (figura 1). No hubo complicaciones y la histopatología confirmó el diagnóstico de pólipo juvenil (figura 2).

Los PJ son tumores benignos compuestos por lamina propia y glándulas dilatadas, tienen un pico de incidencia entre los 2-10 años y predominan en varones (2:1). Etiológicamente se considera que la presencia de pliegues mucosos redundantes induce la irritación mecánica e inflamación que provoca un desequilibrio celular y su proli-

feración. Característicamente se presentan con rectorragia intermitente e indolora tras la defecación (figura 3), un pequeño porcentaje debuta con prolapso o auto-amputación del pólipo y pueden simular un amplio grupo de patologías ².

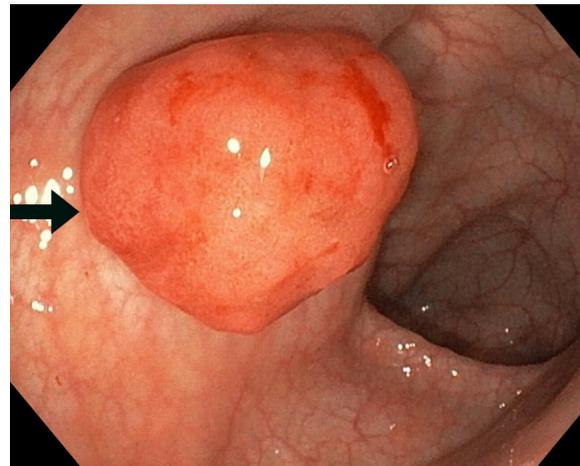


Figura 1. Pólipo pediculado de 2cm x 2cm de superficie lisa y cruenta, localizado en la parte antero-superior del sigmoides (flecha). Fuente: fotografía tomada por los autores.

Palabras clave: pólipo juvenil; pediatría; hemorragia gastrointestinal; endoscopia; colonoscopia.

Keywords: juvenile polyp; pediatrics; gastrointestinal bleeding; endoscopy colonoscopy.

Fecha de recibido: 02/08/2021 - Fecha de aceptación: 05/09/2021 - Publicación en línea: 07/06/2022

Correspondencia: Julio César Moreno-Alfonso, calle Irunlarrea 3. 31008, Pamplona, España. Teléfono: + 58 48422222.

Dirección electrónica: juliomoreno.md@gmail.com

Citar como: Moreno-Alfonso JC, Molina-Caballero AY, Pérez-Martínez A, Dot-Gómara T. Pólipo juvenil: el gran simulador. Rev Colomb Cir. 2022;37:492-3. <https://doi.org/10.30944/20117582.997>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

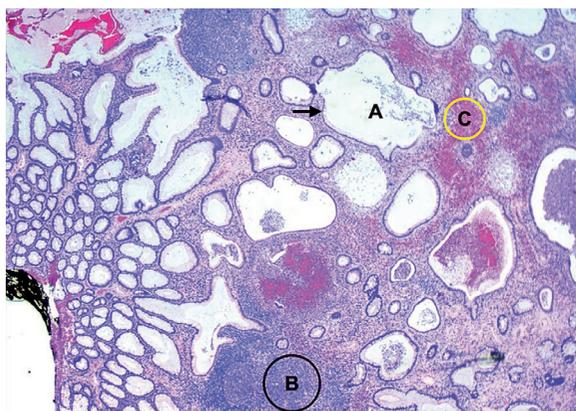


Figura 2. Tinción de hematoxilina-eosina 4X. Se observa la dilatación quística glandular (flecha, A) con un extenso infiltrado inflamatorio en la lámina propia (círculo negro, B) y cambios erosivos superficiales (círculo amarillo, C). Fuente: fotografía tomada por los autores.

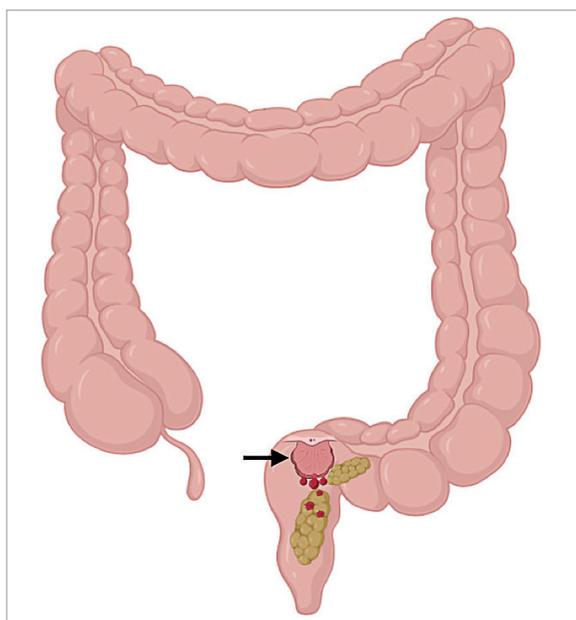


Figura 3. Representación del mecanismo por el cual el paso de las heces lesiona la mucosa friable del pólipo (flecha), lo que produce la sintomatología clásica. Fuente: Ilustración elaborada por Julio César Moreno Alfonso en BioRender.com

La colonoscopia es el procedimiento diagnóstico y terapéutico de elección, endoscópicamente se observan tumores rojizos, lisos y pediculados. En el 85 % de los casos son lesiones solitarias localizadas en la unión rectosigmoidea, y aunque no tienen potencial maligno y solo recurren en el 4,5 % de los

casos, deben ser resecados y analizados histopatológicamente^{3,4}

En la hemorragia digestiva baja en pacientes pediátricos, una historia clínica minuciosa y el tacto rectal evitan gammagrafías y estudios innecesarios, lo que permite disminuir el estrés familiar que genera la rectorragia en el paciente pediátrico.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: La utilización de las imágenes e información relativa al caso clínico con fines científicos, fue autorizada por los tutores del paciente.

Conflicto de interés: Los autores declararon no tener conflictos de interés.

Fuente de financiación: Los recursos de financiación de este proyecto de investigación provienen en su totalidad de aportes de los autores.

Contribución de los autores

Concepción y diseño del estudio: Julio César Moreno-Alfonso.

Adquisición de datos: Julio César Moreno-Alfonso.

Análisis e interpretación de datos: Julio César Moreno-Alfonso, Ada Yessenia Molina-Caballero, Alberto Pérez-Martínez, Teresa Dot-Gómara.

Redacción del manuscrito: Julio César Moreno-Alfonso, Ada Yessenia Molina-Caballero, Alberto Pérez-Martínez.

Revisión crítica: Julio César Moreno-Alfonso, Teresa Dot-Gómara.

Referencias

1. Lee BG, Shin SH, Lee YA, Wi JH, Lee YJ, Park JH. Juvenile polyp and colonoscopic polypectomy in childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2012;15:250-5. <https://doi.org/10.5223/pghn.2012.15.4.250>
2. Mulett E, Arango LA. Autoamputación de pólipo del colon: presentación del caso y revisión de la literatura. *Arch Med.* 2017;17:425-7. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2039.2017>
3. Shah S, Youssef E, Saccio M, Hahn B. Juvenile polyp. *J Emerg Med.* 2011;41:111-2. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.05.009>
4. Kumar K, Patel H, Tariq H, Balar B, Makker J. A juvenile polyp on colonoscopy, is it premalignant? *Clin Case Rep.* 2019;7:2605-6. <https://doi.org/10.1002/ccr3.2561>