



Caso clínico. Gastroenterología, nutrición y obesidad

Sangrado rectal persistente

Nuria Zamora González^a, Cristina Martínez del Pozo^a, María Tríguez García^a, M.^a Soledad Fernández Moreira^b, Laura Colino Martínez^b, M.^a Dolores Ugidos Gutiérrez^c

^aPediatra. CS Eras del Bosque. Palencia. España • ^bMIR-Pediatría. CS Eras del Bosque. Palencia. España
• ^cEnfermera. CS Eras del Bosque. Palencia. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Nuria Zamora González:
nzamorag@saludcastillayleon.es

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva baja en el niño, aun siendo pequeña, provoca alarma generalmente en los familiares, aunque la mayoría de las veces no tiene consecuencias graves. Suelen referir cantidades de sangre pequeñas frecuentemente rojas o rojizas.

CASO CLÍNICO

Niño de cuatro años, con antecedentes de síndrome de apnea obstructiva del sueño e intervenido de adenoidectomía, que presenta rectorragia intermitente en relación con la deposición desde hace cinco meses, que inicialmente mejoró con tratamiento tópico con *Centella asiatica* y neomicina pero recidivó, presentando episodios de sangre roja y coágulos, alternando periodos de normalidad. La frecuencia defecatoria era de 2-4 deposiciones al día, de consistencia normal. Se realizó analítica sanguínea normal, sangre oculta en heces positiva, estudio de parásitos normales y se consultó con Gastroenterología Pediátrica, que completó estudio con ecografía abdominal normal, panel gastrointestinal de reacción en cadena de la polimerasa en heces positivo para *Escherichia coli* enteropatogénica (sin importancia diagnóstica en ausencia de diarrea) y calprotectina fecal elevada (1089 mg/kg). Ante sospecha de poliposis, se realizó una colonoscopia diagnóstico-terapéutica, en la que se observa un pólipo intestinal a 15 cm del margen anal, que se extirpó. El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un pólipo juvenil ulcerado sin displasia.

CONCLUSIONES

Los pólipos aparecen en aproximadamente un 1% en los niños en edad preescolar y escolar y son la causa más frecuente de sangrado rectal. Se presentan mayoritariamente en niños menores de diez años.

Los pólipos son masas pediculadas o sésiles que pueden ser de origen neoplásico o no neoplásico. Los pólipos de origen neoplásico son epiteliales (adenomas) o mesenquimales (leiomiomas, linfomas...). Entre los no neoplásicos se distinguen: hiperplásico, hamartomatoso (juvenil y tipo Peutz Jeghers) e inflamatorio.

Los pólipos más frecuentes en la edad pediátrica son los pólipos juveniles, en menor porcentaje son hiperplásicos y ocasionalmente son adenomatosos. La localización más frecuente es el colon. El 90% de ellos son pedunculados y sus características histológicas típicas son: arquitectura quística, glándulas tortuosas, rellenas de moco con lámina propia prominente e infiltración inflamatoria.

Su presentación clínica habitual es un sangrado rectal indoloro debido a la ulceración que presentan por el paso de las heces. El tratamiento de los pólipos intestinales es la exéresis (polipectomía) y se realiza una exploración del colon para descartar la presencia de más formaciones polipoides y un examen histológico que confirme su tipo y descarte malignidad, ya que son lesiones benignas, pero en algún caso se ha presentado una transformación adenomatosa.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Zamora González N, Martínez del Pozo C, Tríguez García M, Fernández Moreira MS, Colino Martínez L, Ugidos Gutiérrez MD. Sangrado rectal persistente. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):162.