

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA
DE LA CIUDAD DE LA HABANA
EN EL MES DE AGOSTO DE 1967

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA
DE LA CIUDAD DE LA HABANA

REUNION DE LOS ALUMNOS

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA
DE LA CIUDAD DE LA HABANA

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA
DE LA CIUDAD DE LA HABANA

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA
DE LA CIUDAD DE LA HABANA

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA

REUNION DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA

n

PLAN DE TESIS.

I PARTE:

1o. Introducción

2o. Consideraciones generales

3o. Material y Método.

II PARTE:

Análisis estadísticos de los caso presentados.

III PARTE:

Estudio del tema en general. Revisión de la literatura.

IV PARTE:

Discusión del tema. Discusión del aspecto racial, constitucional y de grupos sanguíneos. Como apéndice especial.

V PARTE:

Conclusiones. a) Del tema en general

b) Del trabajo en especial

VI PARTE:

Bibliografía.

INTRODUCCION

Las enterorregias de la infancia tienen diferentes etiologías, la mayoría de las cuales han sido bien estudiadas, sin embargo las debidas a los adenomas del colon y recto no son suficientemente conocidas lo cual se deduce de lo poco que se encuentra en la literatura referente a este tema, máxime en nuestro medio en el que únicamente hay un estudio, el trabajo de tesis del Dr. Schneider (147') quien analizó 56 casos hasta el año 1958 inclusive.

La terminología usada por los diferentes autores para nombrar estos tumores es variada, lo que da la idea del incompleto estudio que se ha hecho de los mismos: sin embargo después de hacer un análisis bibliográfico hasta donde nos fué posible de dicha afección llegamos a la conclusión que el mejor término es el de poliposis (10-14-27-64-67-75-103-104-116-136-148) que etimológicamente y de acuerdo con PACOHA Y HELVIT, RESEND, es el nombre genérico que le corresponde a los pólipos como entidad patológica y lo que no debe de confundirse con la poliposis múltiple que también es impropio.

Con el presente trabajo que consta de 100 casos recopilados de Enero de 1959 a Marzo de 1966, es nuestro propósito ampliar el conocimiento en nuestro medio de los diferentes aspectos: Clínico, patológico, radiológico, racial, constitucional y quirúrgico, contando para el mismo con un abundante material en sus diferentes aspectos.

En este trabajo están comprendidos niños de edad de meses hasta los doce años. lo cual es debido a las siguientes razones: lo. porque en el departamento de Pediatría del Hospital General se reciben únicamente pacientes comprendidos en estas edades, lo. porque la edad de los doce años es considerada como la finalización de la

infancia, y vale la pena mencionar también que en este período de vida la malignidad de los pólipos adenomatosos es excepcional.

Por último se hace un estudio somero de la diferencia tan marcada que existe entre los pólipos en los niños con los de los adultos.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PÓLIPOS DEL INTESTINO GRUESO

Al hacer una revisión de la literatura y no haber encontrado ninguna definición ni término que satisficga completamente el significado de la afección que estamos tratando y estando de acuerdo con todo lo vertido en el trabajo de tesis del Dr. Schneider pasamos gustosos a citar los siguientes párrafos de sus tesis "según Dorland(39) se llama pólipo a una masa de aspecto pediculado o sessil que se origina de una superficie mucosa como la de la nariz, vejiga recto, etc. las cuales pueden resultar por hipertrofia de las mismas o ser verdaderas neoplasias. Como se ve el término sólo alude a la apariencia macroscópica y no a las características histológicas del mismo. En general se puede decir que pólipo es cualquier formación que protruye en la luz de una víscera hueca y que presenta su pared recubierta de mucosa en el presente estudio, este término será usado para referirse a aquellos tumores benignos, ya sessiles o pediculados, que se originan de la mucosa del Intestino Grueso y que histológicamente presentan un aspecto que recuerda a las formaciones glandulares del mismo, por lo que se les designa con el término de adenomas. Queda así también limitado el alcance del término poliposis, al menos en lo que respecta al presente trabajo, ya que se hace caso omiso de otras variedades histológicas de los mismos

La denominación de Poliposis múltiple es errónea, ya que según

(3)

el significado del término poliposis descrito en la Introducción, no hace referencia a las múltiples formaciones polipoides que se encuentran en esta enfermedad como parece haber sido su propósito, sino etimologicamente significa múltiples enfermedades, cosa reñida con la realidad patológica de la misma (13), para evitar esto se han propuesto dos nuevas denominaciones; Duker (146), propone llamarle poliposis familiar intestinal, mientras Buie (13), la llama poliposis familiar del Colon. Se decidió adoptar esta segunda denominación, pues señala específicamente la única localización donde se encuentran pólipos en esta enfermedad.-

Existen múltiples clasificaciones de los Pólipos adenomatosos del intestino Grueso, pero la mayoría lo hace tomando en cuenta sólo unos cuantos aspectos de los mismos (23-124), siendo pocas, como la de Turrell (148), las que toman en cuenta todos éstos. A continuación se transcribe la clasificación adoptada por la Cátedra de Patología Quirúrgica de esta Facultad (5), con ligeras modificaciones, que será la que nos sirva en el desenvolvimiento del presente trabajo de tesis.-

1o. Por su origen;

a) Primarios o verdaderos. Aquellos que se originan espontáneamente sin que se logre demostrar ningún proceso previo a su aparición.-

b) Secundarios o pseudo-pólipos. Aquellos que son resultado o consecuencia de un proceso inflamatorio.

2o. Por su número;

a) Pólipos únicos. Cuando hay uno sólo.-

b) Pólipos varios. Cuando hay pequeña cantidad de pólipos localizados en el intestino grueso.-

(4)

c) Pólipos múltiples. Cuando hay mayor número y se hallan diseminados en varias o todas las porciones del intestino grueso.

d) Pólipos familiar del Colon. Cuando existe gran cantidad de pólipos asociados a un factor hereditario o familiar definido.

3o. Por su forma:

a) Pediculados. Aquellos que presentan una porción delgada de tamaño variable llamada pedículo, que está formada por tejido conjuntivo y que une la pared intestinal con la porción distal del pólipo, que usualmente es más ancha. Dan la apariencia de un hongo.-

b) Sesiles. Aquellos que no presenta pedículo.

4o. Por su superficie (145)

a) Lisos. Presentan una superficie más o menos uniforme.

b) Villosos. Presentan un crecimiento irregular con una superficie llena de proliferaciones que le dan el aspecto de Medusa: Vellosidades.

5o. Por la edad en que se presentan:

a) del Adulto

b) de la Infancia.

6o. Por su característica histopatológica.

a) Benignos.

b) Malignos..

No haremos mención en este trabajo a los pólipos Villosos ya que no se presentan en la infancia, ni tampoco a la poliposis familiar a la enfermedad de PeutzJegher etc. por no tener ningún caso; con respecto a los pólipos de origen inflamatorio o Pseudopólipos, los cuales aunque por su estructura histológica, automáticamente quedarían fuera del alcance de este trabajo, al limitar el término pólipo a las formaciones de caracter adenomatoso, si hay que hacer notar que algunos autores han encontrado en un 20% de es-

(5)

tas lesiones caracter adenomatoso, debido a ello nos referimos brevemente y nos permitimos hacer los siguientes comentarios: Los pólipos inflamatorios o Pseudopólipos, son generalmente debidos a procesos inflamatorios. Se pueden presentar en aquellos niños que padecen de Colitis Ulcerativa Crónica no específica o Colitis de otra naturaleza. En estadísticas generales se presentan en un 10% (124). Se desarrollan de manera difusa y en gran número avanzado en dirección distal a su origen y siguiendo los bordes de las ulceraciones. Microscópicamente presentan un estroma granulomatoso y gran infiltrado inflamatorio con epitelio que presenta distintos grados de hiperplasia. No son de origen adenomatoso, pero pueden presentar degeneración maligna. Son casi siempre resultados de un proceso colónico inflamatorio pobremente controlado que permanece así por un tiempo más o menos largo (1-4). Es de valor mencionar estos pseudopólipos en este trabajo, pues debido a amebiasis, parasitismo, especialmente tricocefalosis, pueden dar síntomas que se presten a confusión de uno por otro.

MATERIAL Y METODO

Los casos presentados en este trabajo, fueron obtenidos de los servicios de Cirugía del Departamento de Pediatría del Hospital General y de los archivos de una clínica privada de la siguiente manera: 84 casos del primero y 16 del segundo.-

Gracias al Departamento de Estadística del Hospital General y a la Dirección General de Estadística pudimos obtener el número de ingresos al departamento de pediatría del Hospital General correspondientes al período comprendido del 1o. de Enero de 1959 al 31 de Marzo de 1966 así: Ingresos totales al departamento de Pediatría;

(6)

31860. Ingresos a la sección de cirugía del departamento de pediatría, durante los mismos períodos: 1936.

Se revisaron 7518 observaciones de niños correspondientes a una clínica privada.-

Los 100 casos fueron estudiados en los aspectos: Clínicos, patológicos, radiológicos, quirúrgicos, racial y de grupo sanguíneo del período indicado, los últimos cuatro años fueron estudiados personalmente tratando de llenar en ellos los máximos fines del presente trabajo ya que se recibieron los antecedentes hereditarios, raciales, constitucionales y de grupo sanguíneo, exceptuando unos pocos de ellos que no nos fué posible.

Las fuentes de información recopiladas para el siguiente trabajo comprenden:

- 1a. Quarterly Cumulative Index Medicus: del año 1945 al 65
- 2a. Pediatric Abstracts (Abstracts), del año 1956 al 65
- 3a. Surgery, Gynecology and Obstetrics. del año 1954 al 65
- 4a. Surgical Clinics. of North American, del año 1950 al 65
- 5a. Journal of Pediatrics; del año 1939 al 65
- 6a. Pediatrics: del año 1942 al 65
- 7a. Journal of the American Medical Association: del año 1950 al 65
- 8a. American Journal of Diseases of Children de 1960 al 65
- 9a. Archivos of Surgery de 1960 al 65
10. Anales de pediatría del 60 al 65
11. Anales de Cirugía de 1957 al 65
12. Clínicas pediátricas de norte-america de 1957 al 65
13. Acta latino-americana de proctología de 1958 al 65.

SEGUNDA PARTE

INCIDENCIA GENERAL DE PÓLIPOS ADENOMATOSOS ENCONTRADOS
EN EL PRESENTE TRABAJO EN PACIENTES HOSPITALARIOS

Análisis de 100 casos de pólipos adenomatosos.
este trabajo se hace un análisis estadístico de 100 casos
pos adenomatosos del intestino grueso, colon y recto, en ni-
cando datos porcentuales en relación con el número de ingresos
rtamento de pediatría, sección de cirugía.

datos estadísticos relacionados con ingresos y operaciones
proporcionados gentilmente por la Dirección general de esta-
sección de salud Pública.

continuación se expone el cuadro siguiente que nos muestra el
nto hospitalario.

Ingresos Ped.	Ingr. a Cir.	Casos de 1938- 1948	Operaciones May.	Op. por Men.	Op. por 1948	Porcent.
557	1450	9	739	416	9	0.25%
492	1478	5	314	477	5	0.14%
691	1490	12	796	415	12	0.32%
560	1400	8	920	384	8	0.22%
877	1449	12	1150	455	12	0.30%
522	1461	13	1269	422	13	0.23%
411	1634	12	1121	317	12	0.27%

alicando el cuadro anterior, sacamos las conclusiones siguien-
. El porcentaje general obtenido del total de los casos de pó-
a los 7 años con relación a número total de ingresos en este
eríodo es de 0.28%.

porcentaje de pólipos adenomatosos por año oscila entre
0.32%.

. El porcentaje de operaciones efectuadas por adnomas con re-
al total de operaciones en cirugía de niños es el siguiente

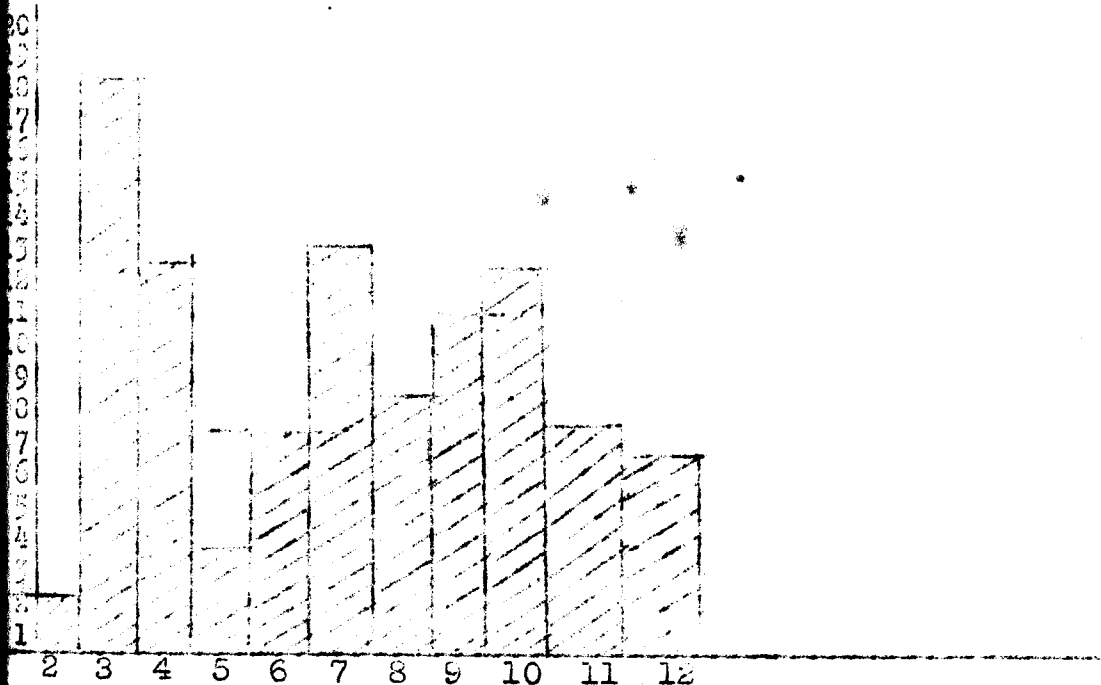
Análisis estadístico de los 100 casos estudiados.

- Edad:

La misma oscila entre 1 año 10 meses a 12 años inclusivo,
ondiente a los casos de menor y mayor edad.

(8)

Para demostrar en mayor forma los años de mayor incidencia se una representación esquemática en forma de barras.



Sexo:

A) Masculino 46%

B) Femenino 54%

Educación:

a) Letrados: 99%

b) Analfabetos: 1%

Esta clasificación fue hecha de acuerdo a la encuesta de este servicio de admisión del hospital general hecha por personas capacitadas en la materia en cuestión.

Origen:

Procedentes de la capital 67 casos.

Procedentes de los departamentos 33 distribuidos de la

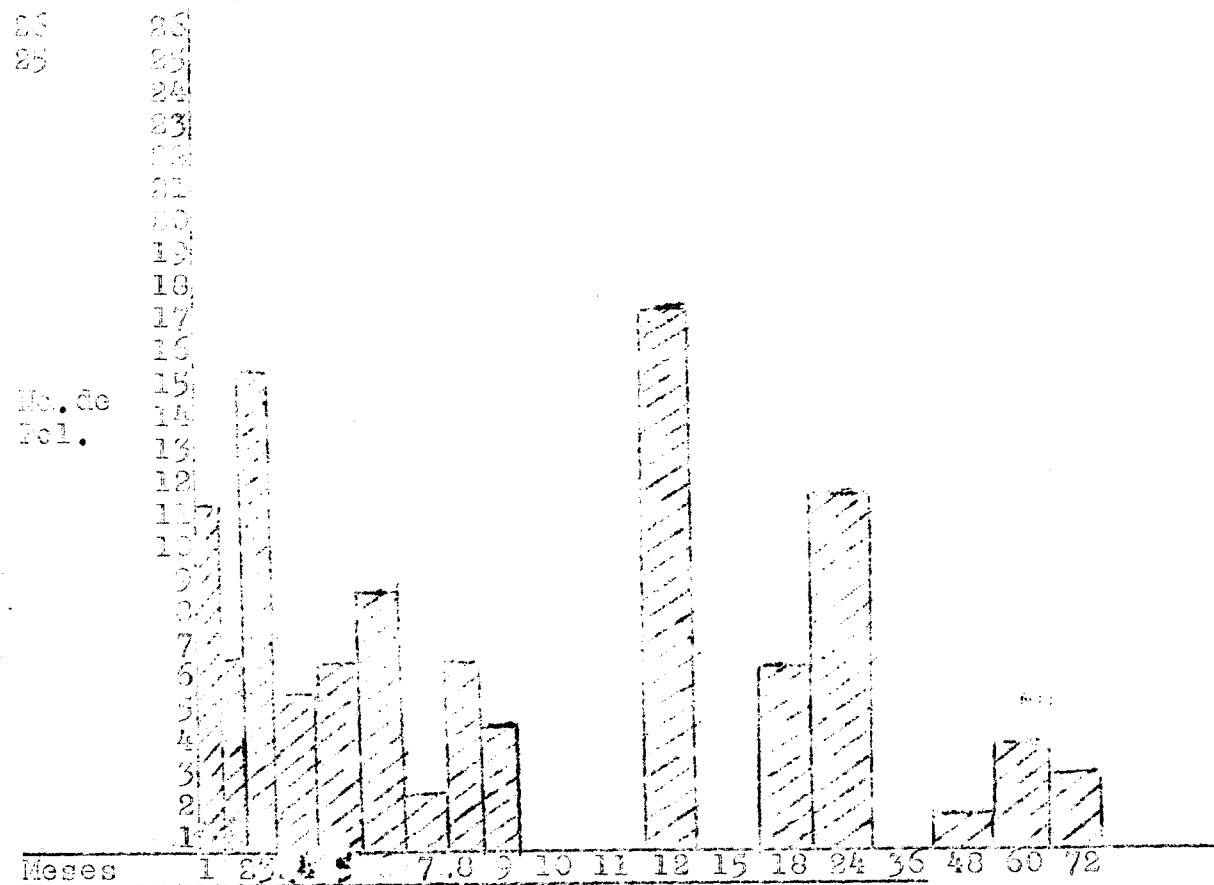
siguiente manera:

Chiquimula.....	5
Quetzaltenango.....	3
San Marcos.....	3
Suchitepéquez.....	3
Progreso.....	2
Escuintla.....	2
Guiché.....	2
Macatepéquez.....	1
Amatitlán.....	1
Salapa.....	1
Chimaltenango.....	1

Retalhuelén.....	1
Jutiapa.....	1
Sanarate.....	1
Guazaltenango.....	1
Chichicastenango.....	1

5o. Tiempo de evolución:

El tiempo de evolución varía desde 5 días a 6 años, para mejorar apreciación de el tiempo evolutivo de lasintomatología se expone el siguiente cuadro:



Es de hacer notar que en su gran mayoría estos pacientes fueron vistos por facultativo en varias ocasiones, habiéndose hecho el diagnóstico tardíamente.

6o. Enterorragia:

Está informada como positiva en los 100 casos.

Dicha hemorragia varía entre simples estrillas sanguinolentas a deposiciones francamente sanguinolentas, y fué reportada como primer síntoma en 95% de los casos, dicha hemorragia fué intermitente y en ninguno de los casos se trata de hemorragia severa.

7o. Protusión de la masa polipoide: a través del ano.

Fue reportada como positiva en 43% de los casos.

Fue reportada como negativa en 57 % de los casos.

De los casos reportados como positivos en 5 fue el primer signo

So. Anelazo rectal.

Fue reportada como positiva en 25% de los casos.

Fue reportada como negativa en 77% de los casos.

En ninguno de los casos reportados como positivos, no se describe las características del prolapso (total, parcial, dimensión etc.)

So. Dolor:

Fue reportada como positiva en 24 casos.

Fue reportada como negativa en 76 casos.

Hacemos la aclaración que en los casos informados como positivos en ninguno se encuentran descritos claramente las características del dolor.

10. Diarrea:

Fue reportada como positiva en 21 % de los casos.

Fue reportada como negativa en 79 % de los casos.

También aquí lamentamos tener que decir que de los casos reportados como positivos no describen las características de la diarrea o excreción de unos pocos casos en que únicamente dice diarrea sanguinolenta. Uno de estos casos estaba asociado con parasitismo intestinal.

11. Exudación espontánea de polipos.

Fue reportada como positiva en 5% de los casos.

Fue reportada como negativa en 95% de los casos.

Es de hacer notar en que los casos informados como positivos en todos se practicó proctosigmoidoscopia para verificar lo aseverado por el presente. encontrándose en todos ellos parte de la base que motivó la intervención.

12. Anemia?

Está informada como negativa en 99% de los casos.

Está informada como positiva en 1% de los casos.

El único caso informado como positivo correspondiente a un paciente con un cuadro de desnutrición severo crónico asociado a parasitismo múltiple, reportando una anemia microcítica hipocrómica lo que nos hace pensar que dicha anemia es debida al parasitismo y a

ningún momento puede atribuirse el pólipo.

COMPLICACIONES:

a. Invaginación:

No se reportó en ninguno de los casos.

b. Hemorragia rectal severa.

tampoco se encuentra en ninguno de los casos.

PRONÓSTICO: Bueno.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Aunque se trató por todos los medios de obtener la información completa en todos los casos únicamente nos fué posible obtenerla en 65 casos en forma completa. En otros 24 se obtuvo una información parcial y en los 11 casos restantes no se pudo obtener ninguna.

Se consideran reportados parcialmente aquellos casos en que por desconocimientos de las personas que acompañó al paciente, no se obtuvieron los datos de los abuelos.

10. Antecedentes paternos.

Tomando en consideración que en general los abuelos presentan similitud marcada en la distribución en relación con los padres en cuestión de antecedentes, únicamente nos concretamos a exponer aquí los de los padres.-

a) Caracteres generales

A continuación pasamos a enumerar someramente en forma porcentual los distintos caracteres generales estudiados individualmente.

a) Color de la piel

Morena.....8 %

Morena clara.....83 %

Blanca.....9 %

b) Color de los ojos;

Negros.....62 %

Claros.....38 %

c) Color del pelo;

Castaño.....46 %

Negro.....54 %

He de hacer notar que en el grupo clasificados como de ojos claros se incluyen pacientes con ojos azules y verdes (que son raros),

(13)

así también el grupo clasificado como castano se incluyen pacientes con pelo rubio bronceado.

b) Lugar de origen:

1a. Extranjeros:..... 3

España..... 1

Salvador..... 1

Honduras..... 1

b) Guatemala.....97

Capital.....67

Departamentales.....30

c) Ascendencia:

1a. Distribución:

a) Extranjera..... 1

b) Indoeuropeas.....87

c) Indígena 1

d) No informada.....11

En esta clasificación se toma como extranjero aquellos padres o abuelos que no hayan nacido en este continente sino que son inmigrantes.

II) Historia familiar que sugiera la presencia de pólipos en algún miembro de la familia.

En este aspecto no se encuentra en ninguno de los casos revisados antecede alguno de pólipos rectales ni de enterorragia lo cual bien podría atribuirse a falta de investigación en el momento del interrogatorio.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Con relación a este aspecto fué informado como negativo en 99 de los casos, en un sólo caso se encontró antecedentes de un cua-

tro hiponutricional crónico. (14)

EXAMEN FISICO DEL PACIENTE.

1o. Estado nutricional

- a) Bueno en..... 45 % de los casos.
- b) Regular en..... 54 % de los casos.
- c) Desnutrición en 1 % de los casos.

Esta clasificación está hecha a base de el peso y la talla del paciente.

2o. Desarrollo.

- Normal en 99 % de los casos
- Retardado en 1 % de los casos

3o. Caracteres generales.

A continuación se dan los porcentajes en que se presentaron los distintos factores estudiados de manera individual.

- A) a) Piel de color blanca..... 8 % de los casos
- b) Piel de color moreno claro.....85 % de los casos
- c) Piel de color moreno..... 7 % de los casos
- B) a) Ojos de color claro.....43 % de los casos
- b) Ojos de color negro.....57 % de los casos
- C) a) Cabello de color castaño.....65 % de los casos
- b) Cabello de color negro.....35 % de los casos

4o. Hallazgos durante el examen físico.

- Palidez en 1 % de los casos
- Delgadez en 8 % de los casos

5o. Tacto Rectal.

- Reportado como positivo en 92 % de los casos.
- Reportado como negativo en 8 % de los casos.

6o. Proctosigmoidoscopia;

.....

Esta fué efectuada en los 100 casos, en la siguiente forma:

- a) como medio diagnóstico confirmatorio..... 76 %
- b) Planeada y efectuada durante el acto operatorio .. 24 %

En este segundo grupo incluyen pacientes que por su pequeña edad se dificulta un poco la proctosigmoidoscopia por una parte y aunque ya se tenía la confirmación clínica de la presencia del pólip, por otra fueron la mayoría de estos pacientes que presentaron protrucción del pólipo por el recto.

A) Estudio de la forma en que se efectuó la proctosigmoidoscopia como medio diagnóstico confirmatorio.

a) en todos los casos se indicó enema evacuador la noche antes y en la mañana del día del procedimiento.-

b) en todos estos casos (76) se dió como medio de sedación Seconal en dosis acordes a la edad y peso.

En los pacientes en los que la proctosigmoidoscopia se efectuó bajo anestesia se les dió preparación preoperatoria habiéndose planeado de antemano la resección del pólipo inmediatamente a la proctosigmoidoscopia.

B) Tipo de Proctosigmoidoscopia usado.

Esto está en relación en el largo y el diámetro del proctosigmoidoscopio, que fué informado de la siguiente manera:

a) Se usó el proctosigmoidoscopio infantil (que tiene 6 pulgadas de largo por 3/4 de diámetro), en 20 % de los casos.

b) Se usó el proctosigmoidoscopio tipo adulto (que tiene 25 cm. de largo por 1 pulgada de diámetro), en 70 % de los casos.

No. Trayecto examinado en longitud:

a) de 10 a 15 centímetros en..... 10 % de los casos.

b) de 16 a 20 centímetros en 18 % de los casos.

c) de 21 a 25 centímetros en 72 % de los casos.

4o. Complicaciones durante o después de la proctosigmoidoscopia: No hubo ninguna.

ESTUDIO RADIOLOGICO

1o. Enema de Bario simple:

a) no se efectuó en 59 % de los casos.

b) Se efectuó en 41 % de los casos.

De los casos en que se efectuó dicho procedimiento fué informado de la siguiente manera:

a) fué positivo en 5 % de los casos.

b) fué negativo en36 % de los casos.

Tenemos la idea que la falta de positividad de los procedimientos realizados es debida por una parte a la falta de técnica para realizarlos y por otra parte a la localización de los pólipos.

2o. Enema de Bario con doble contraste (inyección de aire)

a) no se efectuó en 92 de los casos.

b) se efectuó en 8 de los casos.

De estos en que se efectuó fué informado de la siguiente manera:

a) fué positivo en 1 de los casos

b) fué negativo en..... 7 de los casos.

En el resultado de este procedimiento creemos también que la falta de positividad es debida a la falta de técnica en la realización del mismo.

De los casos informados como positivos que son 6 en total, se descomponen así:

a) en 4 de los casos, la localización de los pólipos está por arriba de los 15 cm. de la línea pectínea.

b) En los otros 2 casos la localización de los pólipos está entre 10 y 12 cm. más alla de la línea pectínea.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1o. Determinación del Grupo sanguíneo y del Rh.

Aunque se tenía la intención de obtenerlo en todos los casos únicamente se encontraron informes en los siguientes:

- a) No se hizo la determinación en 44 de los casos.
- b) Sí se hizo la determinación en 56 de los casos.

De este segundo grupo tenemos los siguientes porcentajes:

a) del grupo A, Rh positivo.....	22 casos	39.28 %
b) del grupo B, Rh positivo.....	5 casos	8.92 %
c) del grupo AB, Rh positivo.....	0 casos	0.00 %
d) del Grupo O, Rh positivo.....	27 casos	46.43 %
e) del Grupo A, Rh Negativo.....	1 caso	1.77 %
f) del Grupo B, Rh Negativo.....	1 caso	1.77 %
g) del Grupo AB, Rh Negativo.....	0 casos	0.00 %
h) del grupo O, Rh Negativo.....	0 casos	0.00 %

La mayoría de los pacientes con grupo A, Rh positivo corresponden a pacientes con piel blanca, ojos claros y pelo castaño.

En la revisión de los grupos sanguíneos efectuados en los padres de los pacientes se encontró que varios de los que tienen grupo O, Rh positivo, tienen uno de ellos grupo A, Rh positivo, lo que nos indica que no son grupos O, Rh positivos puros.

2o. Determinación del examen de Heces;

Este examen se practicó en todos los casos siendo informado así:

- a) fueron positivos en 26 % de los casos.
- b) fueron negativos en 74 % de los casos.

De los casos positivos fueron informados el porcentaje y tipo de parásitos siguientes:

- a) Ascaris lumbricoides..... 13 casos.

(18)

- b) Tricocéfalos..... 14 casos.
- c) Uncinaria..... 4 casos.
- d) Amibas..... 2 casos.

En 7 de estos pacientes se encontró combinación de dos tipos de parásitos. En todos los casos se dió tratamiento antiparasitario antes de la intervención pero en ninguno de los casos se efectuó examen de heces de control.-

DESCRIPCION MACROSCOPICA DE LOS POLIPOS.

- 1o. Número total de pólipos resecaados..... 12)
- 2o. Número de pólipos encontrados en cada paciente.
 - a) Pólipos únicos..... 86 casos.
 - b) Dos pólipos..... 9 casos.
 - c) tres pólipos..... 4 casos.
 - d) cuatro pólipos..... 1 caso.

Ninguno de los casos que tienen más de un pólipo tiene antecedentes de intervenciones anteriores por pólipos, todos fueron diagnosticados por primera vez.

3o. Tipo de pólipos encontrados:

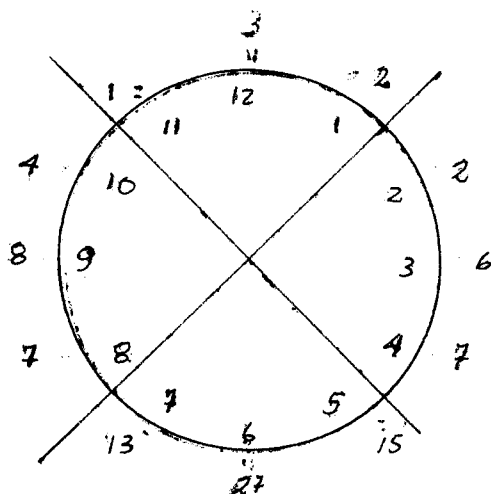
- a) pólipos Pediculados..... 119 o sea 99.16%
- b) Pólipos Sesiles..... 1 o sea 0.84%

4o. Tamaño de los pólipos varía desde 0.7 de cm. a 4cm. de longitud y de 0.5 de cm. a 2.5 de cm. de diametro. El pólipo Sesil tenía 1 x 1 x 1.

5o. Localización y altura de los pólipos.

a) Para dar una idea más clara de la localización se representa esquemáticamente con una carátula de un reloj en la siguiente forma:

(19)



Como se ve hay predominancia de localización posterior.

b) Altura la cual se dá en centímetro medidos a partir de línea pectínea.

Representación esquemática de la altura en que se encuentran 10 pólipos reseados.

Sigmoide..... 5 casos
de 16 a 20 cm... 5 casos
de 11 a 15 cm... 8 casos
de 6 a 10 cm....55 casos
de 1 a 5 cm.....47 casos.

Tratamiento

En los 100 casos el tratamiento fué quirúrgico, efectuándose procedimientos quirúrgicos siguientes:

a. Polipectomía a través del proctosigmoidoscopio o procedimiento:

b) ligadura de la base del pólipo y resección quirúrgica del 92 casos.

Este procedimiento fué usado en pólipos pediculados utilizando material absorbible.-

(22)

b) Sección de la base con hemostasis y sutura ulterior;

Este se utilizó en 1 caso (pólipo sesil)

c) Torsión del pedículo con fulguración ulterior de la fase..... 2 casos.

2c. Colotomía con poliplectomía intraluminal 5 casos.

En ninguno de estos casos está reportado haber hecho coloscopia.

e) Resección colónica segmentaria no se hizo en ninguno de los casos.-

Complicaciones post-operatorias.

No se reportó ninguna.

Informe radiológico de los casos que fueron positivos.

A Enema simple de Bario:

Imagen del colon con la columna baritada llenándolo en su totalidad, presencia de dos areas sospechosas de masa en la región sigmoidea.

b) Enema de Bario con doble medio de contraste.

Ilaca tomada inmediatamente después de la inyección de aire de contraste para lograr un doble medio de contraste muestra dos pólipos localizados en el colon sigmoide.

Descripción Histológica de las piezas:

Sección histológica que muestra gran actividad secretora de las glándulas de la mucosa del pólipo con formación de gran cantidad de moco, con reacción inflamatoria marcada.-

TERCERA PARTE

ESTUDIO DEL TEMA EN GENERAL, REVISIÓN DE LA LITERATURA.

a. Historia:

Aunque deficiente debido a la falta de estudios anatomopatológicos y autopsias el conocimiento de la existencia de los pólipos del recto ya era factible en la época Greco-Romana, encontrándose algunos datos en la Era Clásica sin mucha importancia por ser una repetición de los hallazgos griegos. Los primeros reportes que evidencian el interés del problema de los adenomas rectocolónicos se encuentran en una serie de artículos cortos aparecidos en la mitad del siglo XIX (8), describiendo el tratamiento quirúrgico de los pólipos rectales sangrantes o los que se habían prolapsado, y una serie de ellos ocurridos en niños, L. Guersant, en 1847, reporta que es digno de mencionar que ningún trabajo antiguo o moderno sobre enfermedades de la infancia hacen alusión a este tipo de enfermedad. Importante es mencionar de paso que L. Guersant fué el primero en proponer el tacto rectal. En 1831 Stolz fué el primero en describir sobre la sintomatología de los pólipos. La poliposis o adenomatosis fué reportada por Lenzel en 1721 (13) Virchow en 1863 la describió siendo Cripps (1822) quién reconoció su predisposición familiar.

Los primeros casos reportados de pólipos del colon fueron: uno reportado en 1828 por L. Schneider y otro por Lange en 1776. A principios del siglo XIX, el diagnóstico de los pólipos estaba basado exclusivamente en el prolapso que en ocasiones ellos hacían a fines del año; el tratamiento de elección era la ligadura de la base del pedículo, y el especulum anal era utilizado para facilitar

ción sin apreciar todavía su valor diagnóstico (En esa época se observó que algunos pólipos se eliminaban espontánea-

reconocimiento clínico técnico de los pólipos intestinales, a esperar el advenimiento del sigmoidoscopio y de la radio-
El primer sigmoidoscopio fué introducido en 1895 por Howard Hopkins; en 1910 Hermann Strauss de Berlín lo mejoró adicionando un mecanismo de insuflación. Hasta 1917 fueron reportados 17 casos de adenomas intestinales. La diferencia entre los múltiples y pólipos solitarios fué establecida en esa época. En 1925 Guthbert Dukes del St. Mark' Hospital describió la patología y mencionó su relación con el cáncer.

En 1930 y David en 1934 (148), recomendaron la extirpación de los tumores polipoides como tratamiento definitivo. En 1910 S. J. L. del Mount Sinai Hospital de New York, empleó por primera vez la corriente eléctrica para la coagulación de los crecimientos, método adoptado y ahora comúnmente empleado para el tratamiento de los adenomas colorrectales.

El conocimiento actual de esta afección es cada día más amplio gracias al trabajo de pioneros como Lickenney, Erdmann, Morris y otros. Como en todas las otras ramas de la ciencia médica trataremos de conocer el origen de las distintas enfermedades que afligen a la humanidad para así poder prevenirlas o bien curarlas.

INCIDENCIA

Puede valorarse desde varios puntos de vista a saber:

1. Incidencia General en la Infancia. Los resultados varían según el trabajo, en vista de lo cual nos concretaremos a men-

algunos de ellos: En estudio realizado por Onspiro (133) quién el motivo de ingreso a las salas pediátricas de un hospital. En el transcurso de 35 años encontró que en 2,700 ingresos entre a 2.34% del total, fueron problemas proctológicos, de los 39 fueron debidos a lesiones anorrectales, 1457 a diarrea; lo en el primer grupo los pólipos rectales en segundo lugar. En los casos presidiéndolos únicamente la fisura anal con 129 casos. Otros reportes encontrados dan incidencias muy variables desde 0.3% (78), 4.7% (89) y 10% (148) según el grupo estudiado, - el reportaje más bajo el proporcionado por Hines (62), que es 0.5% en 10 años, encontrando en 42,747 ingresos, 27 casos, lo la salvedad que son pacientes de clínica privada. En un estudio de 1460 autopsias realizado por Helwig (65) en individuos de las edades reportó una incidencia de 8.22%, sin que variara la incidencia al estudiar en forma especial un grupo de niños menores de 11 años (28), Lawrence encontró sólo 2.37% (67) de pólipos rectales en 7,000 autopsias afirmando que por tener dicha serie un número de niños la incidencia fué más baja, sin embargo tanto en el estudio de Lawrence como en el de Helwig el porcentaje de incidencia es parecido.

Se da día que pasa la incidencia de pólipos en la infancia es debido principalmente a los medios diagnósticos a nuestro alcance por una parte y a la acuciosidad en su búsqueda por otra, esto muestra un estudio realizado por Cole (25) quién estudiando el material de casos diagnosticados y tratados en los Hospitales Universitarios de Cleveland, Ohio, en la última década, en pacientes con pólipos comprendidos de los 5 años en adelante, notó una alza marcada

incidencia de los mismos, pues mientras que en 1846 fueron dos únicamente 8 casos, en 1955 se trataron 47, como consecuencia de esto podemos decir que la incidencia de pacientes que presentan pólipos adenomatosos del colon y recto varía del 3% al 10%, siendo el hallazgo necrópsico del 2.5% al 8%.

2o. Incidencia con relación a la edad:

Helwig (62) (1957) informa que la frecuencia de estos pólipos aumenta gradualmente con la edad y alcanza su cima en la octava década mediante el minucioso estudio del colon de 3609 pacientes reanodado con doble contraste. Andrés y Friebert (65) 1959, de Malmo, Suecia, los hallaron con una frecuencia de 28 en el primer decenio; el porcentaje desciende hasta sólo 3% en el segundo decenio, pero después crece gradualmente hasta alcanzar la frecuencia máxima de 100 por ciento en el noveno decenio, Horrilleno, Eckert y Ackerman (66) (1959) hallaron que la más alta frecuencia corresponde a los 10 y cuatro años de edad. Esta mayor frecuencia de los pólipos en el primer decenio debe a la concurrencia de la poliposis juvenil."

3o. Incidencia en relación al sexo.

En la mayoría de los estudios la incidencia es semejante (62-63) sin embargo hay quienes reportan mayor incidencia en el sexo masculino, (28) Helwig comprobó que, pasados los 30 años la afección es algo más común entre los varones.

4o. Incidencia en relación a la raza.

Es poco lo que se tiene a este respecto, encontrando un trabajo hecho por Lawrence (67) en el que demuestra que es más frecuente en la raza blanca que en la negra (108)

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

La génesis exacta de los adenomas es todavía desconocida lo que explica el gran número de teorías que se han formulado, a continuación pasamos a referirlas.

1o. Teoría Mecánica, que es la más lógica, fué formulada por Gross (53) la mucosa de la región rectosigmoidea en la infancia es muy redundante y forma salientes que facilmente son traumatizados por el peso de las heces endurecidas, lo que produce hiperplasi del epitelio glandular y ulceración superficial, proliferándose a la vez el tejido conectivo (tejido de granulación), infiltrándose de células inflamatorias típicas de los procesos crónicos, obstruyéndose los orificios glandulares por depósitos de fibrina y estos celulares formando quistes de retención aduciendo que la disolución de estos quistes, la proliferación del tejido conectivo y de granulación y acumulación del infiltrado inflamatorio sea la causa que hagan crecer los pólipos y no una proliferación neoplásica, Birch (48) agrega que la constipación y la falta de hábito defecatorio regulares son los dos factores en la producción de los pólipos en la infancia, corrigiendo los segundos se corrigen y aún pueden desaparecer los primeros. Gross (53) considera que los pólipos son originalmente sesiles, volviéndose pediculados por la tracción que hacen las heces a su paso.

2o. Teoría heredo-familiar,

Turell (153) en su experiencia ha notado pólipos del intestino grueso en miembros de distinta generación en una misma familia, que apoyan esta teoría asocian el origen de estos pólipos con la poliposis familiar.

3o. Teoría Alérgica:

Debido a la gran cantidad de eosinófilos que se encuentran en cortes histológicos de estos tumores, hay quienes piensan en origen alérgico.

4o. Teoría de Leuchtemberger:

En un estudio realizado por Leuchtemberger (83) de cortes histológicos de pólipos rectales encontró inclusiones citoplasmáticas demostraron estar formadas de ácido desoxirribonucleico (ADN), encontrándolo en 62 casos de la serie examinada, pero no en 118 pólipos originados en otros órganos y excepcionalmente se encuentran en la mucosa de un colon normal, en un segundo informe (84) afirma haberlas encontrado en 600 pólipos del recto y colon estudiados incluyendo en esta serie carcinomas de colon y pólipos adenomatosos de todas las edades, encontrando las inclusiones intracitoplásmicas en todos los pólipos, así como en los procesos cancerosos rectales y en las metastasis hepáticas, en dos de estas últimas, afirma también que el número de inclusiones es mayor en los del adulto que en los de los infantes.

5o. Cambio Sub-Epitelial Primario:

Esta teoría es semejante a la postulada por Tuttle (153) este autor opina que los pólipos se originan a partir de varias formaciones entre las cuales están los folículos linfáticos o lipomas, principalmente los primeros quienes por un proceso irritativo inflamatorio se distiende y protruye en la luz intestinal, arrastrando a la mucosa que los cubre, el intestino trata de expulsar este cuerpo extraño produciéndose gran aumento del peristaltismo, lo

trae varias consecuencias a) estrecha la porción proximal de la masa hasta forman un pedículo, b) produce irritación, hiperemia y obstrucción del retorno venoso con consecutivo edema en este estado es cuando se encuentra el cuadro histológico típico de pólipos adenomatosos en la infancia.-

Además hay varias posibles etiologías que hay que enumerar:

a) Debidos a restos nucleares en vías de degeneración, ya que células que los contienen y las del rededor presentan características normales, siendo los restos celulares pleomorficos y de tamaño variable lo que contrasta con las inclusiones que son redondas y no cambian de tamaño.-

b) Debida a restos nucleares de leucocitos degenerados, se destaca por las razones antes mencionadas.

c) Debido a sustancias resultantes del fraccionamiento de alimentos durante el proceso de digestión, hace ver que la acción de las enzimas y en este caso de la desoxirribonucleasa actúan sobre los elementos básicos alimenticios mucho antes que estos lleguen al intestino grueso habiendo sido absorbidos en su mayoría antes de arribar el mismo.

d) Se piensa también que pueda tratarse de inclusiones virales teoría que parece estar apoyada por los últimos estudios con el microscopio electrónico.

e) Hiperplasia epitelial primaria; Bockus (5) utiliza este término para denominar la teoría sustentada por Dukas (37) quien cree que los pólipos lobulados nacen de las células glandulares profundas del fondo de las criptas de Lieberkuhn; al crecer se forma un nódulo en la submucosa que eleva luego la mucosa y hace protrusión en

men intestinal formando así un adenoma sesil o pedocilado con corto, que después se alarga por efecto de la peristalsis intestinal o por la tracción ejercida por el paso de las heces. Los adenomas vellosos se originaría en las células superficiales del epitelio glandular, Herwing cree al igual que muchos otros, que las dos variedades de adenomas tienen un común origen y que la diferenciación de ellos es hecha según la variedad de crecimiento. Está también la teoría de Valdez-Dapena (155) quien supone que los pólipos se originan de una lateración en la mucosa la que puede producir o no una reacción en la submucosa produciéndose un pólipo pediculado o sesil según que esto sucediera o no.-

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente se deduce que la etiología de los adenomas es aún desconocida, siendo más lógica y aceptable la teoría mecánica.-

Mencionaremos como recuerdo histórico, la teoría de Ribbert que considera el origen de los pólipos de restos embrionarios persistentes en la mucosa intestinal, teoría que no es aceptable por los hallazgos histológicos, así también la teoría de Coffey y Bargeen que pensaban que los pólipos se originaban a partir del punto de salida de los vasos sanguíneos que tampoco es aceptable.-

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscopicamente los pólipos infantiles no varían de los encontrados en los adultos tanto en longitud como en diámetro (148) presentándose como masas pequeñas rojas pediculados o sesiles, dependiendo de esto su movilidad siendo mayor en los primeros, sangran con facilidad y más cuando hay un proceso inflamatorio que los rodea, variando el color según el volumen sanguíneo que contien-

Como dijimos anteriormente los pólipos pueden ser sesiles o pedunculados, siendo más frecuentes los últimos según reportan Tuttle (148), Hines (62); el largo del pedículo también es variable, desde milímetros hasta centímetros, alcanzando los sesiles algunas veces hasta 10 centímetros los llamados pólipos adenomatosos gigantes (121).

Histopatología;

La igualdad macroscópica entre los pólipos infantiles y del adulto desaparece al microscopio lo que da lugar a agrupar características comunes y propias de cada uno.

1. Caracteres que son comunes;

a) Se presentan como masas hiperplásicas de células epiteliales tipo mucoso que tienden a agruparse en forma de glándulas en filas paralelas y perpendiculares a la membrana basal (148-2-91).

b) El estroma del pólipo puede variar desde pocas fibras conectivas hasta un verdadero pedículo (67). Constituido por abundante tejido conectivo, que muestra en su interior vasos sanguíneos y glándulas (148) insinuándose la musculatura mucosa que puede llegar al borde, distal del pedículo (67). Recubierto por una sola capa de células epiteliales que algunos piensan que es extensión de la mucosa colónica normal, rodeando a su implante (67).

c) Lo que se conoce como Polaridad Basal (124) es que los núcleos de las células basales se localizan muy cerca de la capa basal.

d) Varía mucho la actividad secretora lo que hace pensar que por hiperplasia menor cantidad de moco, el núcleo hipercrómico y el citoplasma más basófilo se nota cuando hay hiperplasia (2).

o. Características especiales de los pólipos infantiles.

) Los elementos glandulares son menores que en los de los a-
, existiendo gran cantidad de quistes de retención secundar-
la obstrucción de los orificios glandulares (53-148-28)

) Los de los adultos tienen mayor tejidos conjuntivo. (148).

) Hay mayor infiltrado inflamatorio crónico, predominando lin-
s, sin faltar leucocitos, que cuando existe un proceso infla-
o agudo aumentan (148-28).

) Hay abundantes eosinófilos en el estroma (148).

) Se evidencia hemorragia frecuente y congestión.

ulceraciones superficiales son frecuentes.

) Recordemos la teoría de Leuchtemberger (83-84) sobre las in-
nes intracitoplasmáticas mencionada anteriormente.

Según algunos autores cuando se encuentran adenomas de tipo
en el niño debe sospecharse que se trate de una poliposis fa-
. (148).

En cuanto a transformación maligna la mayoría de los autores
reportan (148-54-1-64-88-139), no así Kennedy (78) que repor-
adenocarcinomas grado 1 en 11 casos de pólipos del colon, otros
ptan como una potencialidad (28) En general se considera que
acidad de malignización de los pólipos simples es igual a la
mucosa del colon normal. (64).

En cuanto a la localización la mayoría de los autores concuer-
e la localización más frecuente es la porción izquierda del -
(53-148-63-64-67-124), encontrándose entre 75% a 90% entre los
os 20-30 cm. por arriba de la línea dentada, o sea que están
ance del proctosigmoidoscopio exceptuando un 10-30% que no se

nzan (64).

Desde el punto de vista anatómico las regiones más atacadas son el recto y el sigmoide, ciego, Colon ascendente y transversom en orden respectivo de frecuencia (59) lo que se demuestra con el estudio de Gross (53) que encontró 173 localizados en la porción izquierda del colon de una serie de 203 casos, revisando las series presentadas vemos que son más frecuentes los pólipos únicos que los múltiples (62-148) siendo siempre el lugar más frecuente de implantación el recto (148).

SINTOMATOLOGIA

Cinco son los síntomas clásicos que caracterizan a esta afección, variando en sus diferentes características de un paciente a otro, a continuación se describen dichos síntomas en orden de importancia.

a) Enterorragia: dicho síntoma es el más frecuente (53-78-103-136-136-10-3-26-27-116-4-28), llamada por algunos Hematochesia - es intermitente, de poca cantidad, gota al final de la defecación o estrías sanguinolentas en la superficie del excremento, variando la cantidad entre 2 y 5 cm. cúbicos, raramente es severa que provoque anemia siendo más frecuente cuando el pólipo está inflamado, siendo más frecuente cuánto más grande sea el pólipo por su mayor superficie que se expone al traumatismo. Los pólipos ocupan el segundo lugar entre las causas de enterorragias (27) según unas estadísticas, según otras, el tercero (104) y cuarto lugar (136), Andren reporta un 10%. Podemos decir pues que la enterorragia es el síntoma más frecuente y que se presenta de manera intermitente y distinta, pudiendo ser visible u oculta (5) la sangre es de color rojo

se mezcla con las heces la diarrea no se asocia a ésta.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: Constipación (la más frecuente), Divertículo de Meckel, Diarrea infecciosa, Amebiasis, fisura anal, Proctitis o procesos sistémicos como escorbuto o discrasias sanguíneas (53-116-38), entre más sea la hemorragia más obscura es la sangre u con mayor facilidad está mezclada con las heces, el diagnóstico se hará con la proctoscopia.

b) Protrusión del pólipo a través del ano: es ocasional; pasa sin dolorosa al final del acto defecatorio (148-64-10) reduciéndose espontáneamente o por maniobras sencillas por el mismo paciente, la persona, presentándose dolor en los casos de protrusión con tensión del esfínter anal (5) este signo se presenta en un 20% de los casos estudiados, los localizados en el recto son los que más fácilmente protruyen, pero los localizados más arriba también lo pueden hacer por dos razones: a) tienen pedículo largo, (148), b) por el edemato que es a esta edad la mucosa rectal.

d) Dolor: Es excepcional o raro encontrándose referido en 6 de los casos estudiados por Hines (62) teniendo diferentes características según su mecanismo de producción:

1.) por tracción de la pared: asociado con defecación es interesante referida como tironeamiento o retorsión (26).

2.) Por irreductibilidad del pólipo prolapsado debido a espasmo del esfínter anal secundariamente inflamado, es fuerte y constante.

3) debido a invaginación: de tipo oclusivo (5).

Siendo los mecanismos más frecuentes el primero y el último.

4) expulsión espontánea del pólipo: es excepcional (148-69)

ll (148) reporta este síntoma en uno de sus 68 casos, Hughes atribuye a esto el origen de grandes enterorragias que desaparecen y que después son negativas a la exploración, como se desprende, no se sabe, pero hay quienes suponen (53) que es debida a torción del pedículo por la actividad peristáltica lo que da lugar a necrosis del extremo distal y secundariamente desprendimiento.

e) Trastornos en el hábito defecatorio: que puede ser: lo. Constipación: rara (28) aunque algunos la colocan en segundo lugar (68), Diarrea: frecuente, discreta (28) intermitente sin caracter especial fuera de tener ocasionalmente sangre y moco al final del acto defecatorio.

f) Anemia: rarísima (78-103-148), es más bien una complicación aparte del cuadro clínico, sin embargo Turell (148) la reportó como primer síntoma en 5 a 68 casos.

g) Expulsión de moco asociado a las evacuaciones, que acompaña los periodos de diarrea.

COMPLICACIONES

Estas son raras pero es bueno recordar que pueden presentarse entre las principales las siguientes:

a) Hemorragia severa intestinal: la más frecuente (53) desconociéndose aún su causa atribuyéndose a amputación y expulsión espontánea del pólipo (69) así como el tamaño y el grado de inflamación presente (119) dicha hemorragia deberá valorarse debidamente ya que los niños toleran mal la anemia consecutiva a hemorragia (159). El tratamiento es el mismo que para otras hemorragias del colon.

b) Anemia: que generalmente es debida a hemorragia pequeña pero persistente.

Inflamación y ulceración; que son frecuentes encontrarlas.

5).

-) Invaginación; sigue en frecuencia a las anteriores (108), una de las principales causas de obstrucción en la niñez (53-122) variando el porcentaje entre 07 % y 3 % (53-122)
-) Irreductibilidad del Pólipo prolapsado por espasmo del esfínter anal con reacción inflamatoria secundaria. Es muy dolorosa y sucede raramente. (5)
-) Degeneración maligna; es excepcional y rara en los que se han encontrado padecían de Poliposis familiar.-

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

Los siguientes elementos nos permiten llegar a un diagnóstico de póliposis en los niños;

- a. La historia
- b. Tacto rectal.-
- c. Proctosigmoidoscopia
- d. Estudio Radiológico.
- e. Coloscopia
- f. Transiluminación de la pared colonica.
- g. Biopsia (con caracteres especiales)
- h. Historia; cuando es acusiosa permite llegar a sospechas de presencia de pólipos (78-148-56)
- i. Tacto rectal; es el medio más valioso y simple, estando indicado en caso de lesiones dolorosas o por estenosis, moverse suavemente hasta vencer el esfínter anal (78-148-56) Después de dos años en adelante se puede utilizar el dedo índice (104-122) mientras que en más pequeños el meñique, bien lubricado, se evita la posición genupectoral y hacerla en posición de

ms (56).

Las posiciones que pueden usarse son varias siendo las principales las siguientes:

a) Posición Genupectoral: frecuentemente usada para proctosigmoidoscopia (56-152-104-28-5) utilizando mesas quebradizas, a mayor comodidad del paciente y así lograr buena relajación muscular, esta posición tiene varias ventajas: 1o. es cómoda permitiendo buena relajación (56-28), 2do. por la ley de gravedad las víceras se movilizan hacia el hemiabdomen superior, facilitando la introducción del sigmoidoscopio al poner más tenso el mesosigmoide (56). 3o. se disminuye la posibilidad de perforar otras asas en caso de perforar el sigmoide ya que estas van hacia arriba (104-28).

Desventajas: 1o. por la movilidad de las víceras fácilmente se desapercibida una masa en el fondo de saco de Douglas (148-104-28); por la misma causa un pólipo puede retrasarse al tener un pedículo más o menos largo y la redundancia de la mucosa (148) hasta el grado de no poderse visualizar con el sigmoidoscopio, 3o. se dificulta la resección a través del sigmoidoscopio si esta alto (56-28-5); 4o. dificulta los movimientos respiratorios en la anestesia general.

b) Posición de Litomía: semejante a la ginecológica, siendo esta a la anterior, siendo a la inversa las ventajas y desventajas. Ambas son buenas y están condicionadas a la experiencia del examinador.

3o. Proctosigmoidoscopia: procedimiento de mayor valor en proctología, tanto que no es completo un examen proctológico si no se

ica, (11) Nelson (103) reporta 31 diagnósticos (78%) por
 oscopia en 43 casos estudiados y 11 (22%) radiológicamente. Hi-
 32) de una estadística más demostrativa, de 27 casos estudia-
 o hizo diagnóstico por tacto en 5 casos (18.5%), por procto-
 doscopia y en 22 (81%) y radiográfico en 3 (11%), la efecti-
 de cada uno de los procedimientos está condicionada a la loo-
 ción del pólipo.

Además de ser un medio de diagnóstico inapreciable se usa como
 yante en el tratamiento de los mismos. Está limitada su u-
 ed a la longitud del trayecto estudiado y a otra serie de fac-
 que se estudiarán a su debido tiempo.-

Al efectuar una proctosigmoidoscopia en el infante se deben
 ar varios aspectos especiales que obligan a planearla con
 idado que en el adulto, siendo estos los siguientes,

a) preparación previa al examen, aún cuando hay quienes se
 n, la mayoría son de la opinión que deben prepararse (56-
 89-92-11-141) utilizándose para esto enema de agua simple o
 gregando Dioctilsuccinsulfonato de Sodio (Colace) que mejora
 ción de los enemas, acostumbrándose a dar un enema la noche an-
 o bien 3 a 4 en las 24 horas previas y otro por la mañana del
 a siendo el último dos horas antes, habiendo quienes dicen que
 e pongan enemas hasta que el agua salga limpia (5) la cantidad
 a utilizada no debe pasar de 250 cc. en cada enema (78) en
 mientras que en los mayores puede usarse la cantidad uti-
 en adultos. Dichos enemas tienen como función limpiar el le-
 testinal de heces. Procurando una mejor visualización, esta

(36)

preparación se complementa con dieta pobre en residuos (11).

b) Administración de sedantes o anestésicos durante la proctosigmoidoscopia, este punto está todavía sujeto a discusión, sin embargo la importancia cuando se piensa en la pobre colaboración del paciente, en general se piensa que en niños pequeños hasta los 3 y 4 años debe usarse la anestesia general por la excitación que produce el uso de sedantes solos exponiendo a complicaciones, mientras en niños mayores es mejor evitar la anestesia y dar sedación teniendo a evitar el trauma psíquico al utilizar este medio diagnóstico (142-143).

c) Largo y diámetro el proctosigmoidoscopio a usar: es muy importante la valoración de estos factores que tendrán varias según la edad del niño. Las distintas medidas y tipos de aparatos a utilizarían mucho según la experiencia y escuela de cada autor, señalemos ciertas condiciones:

a) del nacimiento a 3 meses se puede usar un proctosigmoidoscopio de 1/2 pulgada de diámetro por 6 de longitud (143).

b) de 4 meses a dos años un aparato de 11/16 pulgadas de diámetro por 6 pulgadas de longitud. (143).

c) Después de dos años hay discrepancia ya que mientras unos continúan usando proctosigmoidoscopios infantiles otros usan aparatos (28) educiendo la mayor flexibilidad del recto en el niño a la distensibilidad del ano. (28).

Se acepta en general que un trayecto aceptable a explorar en el niño es de 10 pulgadas (56) ya que según Swinton (139) el 70% de pólipos estudiados por él se encuentran en el recto.

Es conveniente efectuar antes de introducir el instrumento un

o rectal, pues así se vence el espasmo del esfínter anal (152).
 Es necesario fijar al paciente a la mesa de exámenes, el procto-
 sigmoidoscopio debe estar a la temperatura del cuerpo (37 °C) en l-
 niños no anestesiados para evitar sensaciones de desagradado (152).

Hay que hacer examen de sangre oculta en las heces que se en-
 tren durante el procedimiento (152); Tener mayor cuidado en la
 introducción en niños pequeños, anestesiados o con lesiones inflama-
 es con tendencia a la estenosis por la facilidad de perforar 12
 es más fácil la introducción del sigmoidoscopio en los niños por
 falta de promontorio, manteniendo abierta la luz del proctosig-
 moscopio se pueden visualizar más centímetros de mucosa colónica
 permitir la entrada de aire (152).

Aún cuando la positividad con este procedimiento es muy alta,
 se obtienen falsos negativos, siendo la causa de este según
 Allen y Jamieson (92) las siguientes:

- a) mala preparación del paciente.
- b) Error técnico, proctosigmoidoscopio inadecuado etc.
- c) falta de experiencia de la persona que efectúe el procedi-
 to, al mal interpretar los hallazgos.

Complicaciones que se pueden presentar con la proctosigmoidos-

- a) Hemorragia rectal o sigmoides ya sea por traumatismo a la
 normal o a la lesión en sí (148-152).
- b) irritación anal o laceraciones superficiales este nivel (152)
- c) Reacción o irritación peritoneal pasajera que se presenta po-
 ras después del examen y cuya etiología es desconocida (152)
- d) Perforación intestinal que puede ser extra o intra perito-

según sea por arriba o abajo del repliegue peritoneal (152)
 la más frecuente la intraperitoneal y localizada en el bor-
 timesentérico (148-152).

Dichas perforaciones pueden producirse en distintos momentos
 xamen: (24) 1o. durante la introducción del aparato,. 2o. por
 distensión intestinal al inyectar aire. 3o. al usar instru-
 s para biopsia, resección quirúrgica o fulguración.

ayos "X" otro de los medios diagnósticos de valor en las afec-
 s del Intestino grueso, siendo de más importancia en el estud
 e los pólipos los siguientes: (158).

a) Enema de Bario Simple: no muy efectivo por el medio que se
 l no extenderse en la superficie mucosa impidiendo la visuali-
 n de defectos de llenado (158-5-59), lo que se ha mejorado
 as radiografías post-evacuación (5).

b) Enema de Bario asociado a tomas de Alto kilovoltage (alre-
 de 125 kilovoltios), que atravieza la columna baritada y pone
 idencia lesiones polipoides (158).

c) Enema de Bario con doble contraste por Inyección de Aire:;
 o que se logra visualizar gran número de lesiones y asegurando
 el diagnóstico (158-5-45).

La descripción de las técnicas radiológicas escapan al alcance
 te trabajo, hemos de decir únicamente que en todos estos proce-
 atos se usa preparación previa.

El valor de las radiografías en el diagnóstico de los pólipos
 Intestino grueso está condicionado a dos factores: 1o. Locali-
 ón de los pólipos: el procedimiento diagnóstico es más efectivo
 e determinació de aquellas lesiones localizadas de la región

idos para arriba, ya que a nivel del recto y unión rectosig-
 e es alto el porcentaje en que no los demuestra (78-85). Así
 dy (78) reporta que este medio diagnóstico fué positivo en 11
 que estudió y que presentaban pólipos en el colon, Turell (148),
 la atención al hecho que es muy frecuente que cuando radioló-
 mente se evidencia pólipos múltiples en el colon a la operación
 encuentran hasta 5 veces más de los visualizados por el primer
 do. En general se recuerda que por ser tan difícil de demos-
 radiológicamente lesiones polipoides en los primeros 25cm. es-
 se deben estudiar de preferencia con proctosigmoidoscopia (141-

20.) Tamaño del pólipo: Entre más pequeño es el pólipo más es
 posibilidad de error, aceptándose que menor del cm. de diámetro
 difíciles de diagnosticar radiológicamente (69) aun cuando hay
 nos consideran que modificando la técnica de Sema de Bario con
 le contraste por inyección de aire se pueden evidenciar lesiones
 mm. en adelante en 85 % de los casos (3).

La indicación más precisa del estudio radiológico es cuando en
 s de enterorrea la proctosigmoidoscopia es positiva para póli-
 pues no es raro que se encuentran otros localizados en el co-
 (59). Ninguno de estos procedimientos debe efectuarse después
 haberse efectuado fulguración. (92-59).

50. COLOSCOPIA:

Procedimiento útil, pero con limitaciones, que permite explo-
 ran parte o la totalidad del Colon cuando se efectúa una Co-
 loscopia para reseca pólipos localizados por arriba del proctosig-
 moscor (38). Es un procedimiento sencillo y que permite el -

(40)

óstico de pólipos que no los demuestran los rayos "X" (58).

o. Transiluminación de la pared Colónica.

utilidad es muy reducida, ayudante a localizar pólipos localizados en el Colon durante intervenciones por vía abdominal empleando dos tipos de aparatos: uno de la luz fría adaptada a una sonda flexible (49) y el otro que tiene además un endoscopio que permite visualizar la mucosa intestinal a su través (148)

lorsia:

iendo estas lesiones benignas, deja de tener valor este medio diagnóstico.

TRATAMIENTO

Hay varios métodos según sea la localización de los pólipos en el colon, se pueden agrupar en dos grupos:

A) A través del proctosigmoidoscopio.

1o. Electrofulguración:

que consiste en hacer pasar una corriente por medio de un electrodo a través del pólipo, dos sistemas hay de este tipo que son:

a) Electrodesecación: actúa por deshidratación de los tejidos por medio de una corriente moderada, Unipolar, de Alto Voltage y bajo amperaje (66) tiene mayor acción hemostática que el siguiente (144)

b) Electrocoagulación: actúa por coagulación de los tejidos que consigue con una corriente de mayor intensidad, bipolar, de bajo amperaje y mayor amperaje (66) El tipo de Cauterio a usar varía, generalmente es mejor recubrirlo con hule para evitar que al contactar con la pared del proctosigmoidoscopio se produzcan chispas (53) los distintos tipos usados están: Cauterio de punta redonda

44). b) Resector de asa de alambre semejante al amigdalótomo
del cual se hace pasar la corriente (53-148-144).

c) resector de Doble asa donde una de ellas, la movable, lleva
corriente (148).

2o. Resección quirúrgica:

a) Ligadura por transfixión de la base y sección del pólipo,
en los pólipos pediculados (9-6).

b) Resección del pólipo con asa de alambre y fulguración de la
base usando también en pólipos pediculados (148).

c) Resección con Forceps de Biopsia Lira y fulguración de la
base usado en pólipos sesiles (148).

Estos métodos se usarán según Turell cuando el cirujano no ten-
ga experiencia con fulguración, cuando hay induración o el equipo
no es completo. (148).

3o.) Extirpación usando el resector de asa de alta Frecuencia

B) Medios quirúrgicos sin el uso de proctosigmoidoscopia:
procedimientos usados en el adulto que no tienen aplicación en
el niño, mencionándose entre ellos la Resectomía caudal o posterior
de los pólipos (137).

MÉTODOS USADOS EN POLIPOS ARRIBA DEL ALCANCE DEL

PROCTOSIGMOIDOSCOPIO.

Necesitándose en todos de la vía abdominal:

Proctotomía con polipsectomía: que algunas veces da problemas en
la localización de los pólipos localizados radiológicamente notándo-
se la localización de la base en casos de pedículo largo (148) usará
la palpación o transiluminación cuando no se encuentra.

sección Segmentaria: que se hace cuando hay varios pólipos
ración parcial o ganglios aumentados. (53-148).

Quando existen pólipos múltiples este método es efectivo pero
e tener cuidado ya que hay casos en que no es definitivo, pues
evolucionar en otra porción del Intestino (57) Cuando se tra-
pacientes con pólipos varios y múltiples es mejor controlarlos
e año para descartar la posibilidad que al desarrollar una
fase demuestren de que se trata del inicio de una poliposis
er del Colon (10).

Las complicaciones secundarias de estos procedimientos no son
cance de este trabajo por lo que no se describe.

DISCUSION DEL TEMA

INCIDENCIA

lo. Incidencia en pacientes Hospitalarios; el porcentaje de pacientes con pólipos del intestino encontrado en nuestro estudio de 0.28% del total de ingresos al departamento de pediatría Hospital General, semejantes a la encontrada por Shapire (133) general el número de casos encontrados cada año fué bastante similar no así en el presente año en que en tres meses van ya 7 casos, lo que se puede atribuir a que se está poniendo más énfasis en su investigación, lo que nos demuestra la frecuencia alta de este padecimiento en nuestro medio y su poco interés por descubrirlos.

D

En cuanto a la edad la mayor incidencia se encontró entre los 4 años (29%) lo que demuestra estar de acuerdo con los datos encontrados en otros estudios; Hemos de hacer notar que en nuestro estudio se encontró otras alzas entre los 7 y 10 años. La mayoría de los autores sitúan la mayor incidencia entre los 4 y 6 años.

NO:

Hay un predominio del sexo femenino en nuestro estudio (54%) que no está de acuerdo con otros estudios que dan mayor incidencia en el sexo masculino.

GEN:

Aunque un porcentaje alto son de la capital (67%), como en trabajo anterior (147') se encontró una incidencia alta en la región oriental del país (17%) lo que bien se podría atribuir a falta de centros hospitalarios en dicha región.

10. Informes Histológicos:

En ninguno de los casos estudiados, el informe histopatológico reveló malignidad, lo que demuestra la benignidad de estas lesiones en los niños, además en pocos casos se informa proceso inflamatorio agudo y en ninguno se informa ulceración.

20. Tipo y Número de pólipos encontrados:

La incidencia de pólipos únicos fue grande 71.66%, así también en cuanto al tipo de pólipos el 99.16% fueron sesiles (un solo caso) lo que está de acuerdo con los datos obtenidos en la literatura revisada.

CUADRO CLINICO

Tiempo de evolución:

En 51% de los casos consultaron al facultativo entre los dos y seis meses del inicio de la sintomatología, sin embargo hay que hacer notar que muchos de estos casos no fueron diagnosticados inmediatamente, sino que por el contrario a varios de ellos se les trató como amebiásicos, y en algunos casos en varias ocasiones.

Enterorragia:

Fue el síntoma referido en el 100% de los casos y en 95% de los mismos fue el primer síntoma, hay que hacer notar que dicha hemorragia es indolora y en ninguno de los casos fue severa.

Protrucción del pólipo a través del ano:

El 43% de nuestros casos fue positivo y en 5 de ellos fue el primer síntoma.

Prolapso rectal:

Fue reportado como positivo en 23% de nuestros casos lo que se atribuye a una consecuencia mecánica, siendo otras de las causas después de la enterorragia el motivo de consulta.

COMPLICACIONES

No se presentó en ninguno de los casos por otros estudiados.

EXAMEN FISICO

Estado nutricional y desarrollo:

En todos los casos por nosotros estudiados en un solo caso se encontró un cuadro de hiponutrición severa asociado a un parasitismo múltiple y anemia secundaria, lo cual fué debido a una deficiente alimentación crónica, en vista de lo cual el resultado de nuestro estudio en este aspecto también concuerda con el de otros autores que afirman que el estado general de los pacientes en esta afección se altera, lo que resalta en nuestro medio hospitalario como en Schneider en que predomina el paciente desnutrido.

Tacto Rectal:

Fuó positivo en 92% de nuestros casos lo que demuestra su valiosa ayuda diagnóstica, ya que de los casos en que fué negativo 4 de ellos no estaban al alcance del dedo.

Proctosigmoidoscopia:

Fuó positiva en 98% de los casos y negativa en 2% de los casos de los cuales el polipo se encontraron más allá de los 25 centímetros, todos los casos fueron preparados previamente y se les suministró a la mayoría sedación únicamente y en pocos casos por su edad y falta de cooperación se dió anestesia general con la consiguiente polipectomía inmediata. Es de hacer notar que a pesar del porcentaje alto de niños por debajo de los 4 años en un 90% de los casos el trayecto examinado fué arriba de 16 centímetros de la ampolla rectal, así también en un 70% de los casos el proctosigmoidoscopio usado fué el tipo adulto.

Estudio Radiológico:

Dicho estudio solo se realizó en 41% de nuestros casos, siendo positivo solamente en 5 casos (12.16%), la mejor explicación que se encuentra para este resultado es la falta de técnica para realizar este procedimiento, ya que los 5 pólipos localizados en región sigmoidea solamente en dos casos fué positivo el examen de dicha región la que registra mayor positividad de este procedimiento en el estudio realizado por otros autores, que dan 100 % de positividad en esta localización.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

En 26% de nuestros casos fueron reportado presencia de huevos. En 7 de estos casos se encontraron dos variedades.

TRATAMIENTO:

En total se resecaron 120 casos de 100 pacientes, de los cuales únicamente en 5% de los casos se necesitó practicar colotomía debido a la altura de los pólipos, resecando el resto a través de proctosigmoidoscopia, de estos en un caso se usó solo fulguración y en otro se hizo primero torción simple del pedículo y luego fulguración, la razón de utilizar tan poco este tratamiento es debido a la falta de equipo adecuado.-

DISCUSION DEL FACTOR RACIAL CONSTITUCIONAL Y

DE GRUPO SANGUINEO ENCONTRADOS

(Estudio de 56 casos)

Factor Racial:

En los casos por nosotros estudiados encontramos un caso correspondiente a un paciente indígena, lo que demuestra lo excepcional que es esta afección en dicha raza, en únicamente 3 pacientes se encontró ascendencia extranjera, siendo uno española, uno salvadoreña y otro dundareño, o sea que sólo en caso

continental siendo los otros dos indoamericanos, con respecto a esto unicamente se encontraron dos trabajos (67-141), que hacen referencia a esto, aduciendo que son más frecuentes en la raza blanca que en la amarilla.-

Factor Constitucional:

Los pacientes con piel morena clara predominaron en nuestros estudios, así como el pelo castaño no hay nada referente a esto en la literatura extranjera, en nuestro medio se encuentra el trabajo del Dr. Schneides que ya lo menciona (147)

GRUPO SANGUINEO (APENDICE ESPECIAL)

Se hizo la determinación en 56 % de los casos encontrándose 1.83% grupo A Rh positivo y 1.77% de A Rh negativo, lo que hace decir que si tomamos en cuenta la incidencia de dicho grupo en el medio nos hace pensar en lo frecuente que son los pólipos en los pacientes con este grupo sanguíneo, para mejor comprensión de la afección a continuación damos los datos porcentuales que tuvimos en diferentes instituciones:

Porcentaje de grupos sanguíneos en el Hospital General del 1959 a 1965:

			1961	1962	1963	1964	1965	
Grupos								
Grupo A	2567	2242	1814	2054	1967	1452	1673	23.16%
Grupo B	1071	994	1142	831	782	631	654	10.30%
Grupo AB	2200	148	293	172	164	130	113	2.05%
Grupo O	7662	6727	4395	5513	5120	4279	4490	64.83%

En cuanto al Rh son positivos en un 98,04 % y negativos en 1.96%.-

Los siguientes datos fueron proporcionados por cortesía del

uardo Bregni, obtenidos por él en el Banco de Sangre de Gua-

a.

Grupo A.....	21.2 %
Grupo B.....	4.6 %
Grupo AB.....	2.0 %
Grupo O.....	72.2 %

Porcentaje de Rh es el siguiente:

Rh positivo.....	97.51 %
Rh negativo.....	2.49 %

Como se ve el porcentaje promedio de grupo A en nuestro me-
s de 22.17 %, y porcentaje de dicho grupo en nuestra serie
e 41.05 % (que presentaron pólipos) lo que nos demuestra
incidencia tan alta de los pólipos en pacientes de este grupo.
Otra conclusión de esto es que en nuestro medio predomina
grupo O Rh positivo (promedio de 68.5%) y que el factor Rh que
ras latitudes es de 85 % de positividad y 15% de negativ-
n nuestro medio la positividad llega hasta 98.08% y la ne-
ividad únicamente 1.92%.

Hemos de hacer notar también que la incidencia en la raza
ena es considerablemente baja (1%) en nuestra serie.

CONCLUSIONES

A) Conclusiones del Tema en General. (revisión de Literatura .

B) Conclusiones de Nuestro Estudio.

1o. Conclusiones del tema en general.

2o. Conclusiones del tema en especial de interés general y de investigación.

A) Conclusiones del Tema en General (revisión de la literatura)

1o. Como se ve en los datos históricos relacionados con el tema su estudio data de muchos años, siglos, sin embargo no ha recibido el interés que merece.

2o. La incidencia general encontrada por la mayoría de los autores oscila entre el 0.54% al 10%, del total de ingresos.

3o. En relación a la edad los años de mayor frecuencia encontrados son para unos de 2 a 4 años y para otros de 4 a 6 años.

4o. Respecto al sexo en la literatura revisada dan un ligero dominio del sexo masculino sobre el femenino.

5o. Respecto a la raza solamente se encontraron dos trabajos que tratan el tema y concluyen que predominan en la raza blanca.

6o. En cuanto a la etiopatogenia aún no se tiene un conocimiento exacto de la misma.

7o. Desde el punto de Vista anatomopatológico todos concuerdan en que se trata de adenomas benignos, en ningún caso se ha reportado malignidad en la infancia, teniendo como complicaciones - frecuentes la inflamación y la ulceración con hemorragia secundaria.

8o. Desde el punto de vista histopatológico existe marcada diferencia entre los pólipos adenomatosos de los niños y de los adultos.

9o. Los síntomas en orden de importancia son: A) Enterorragia Protrusión o prolapso del pólipo a través del ano, c) Dolor,

Trastornos en el hábito intestinal, e) Expulsión de masa polipoide.

1. Las complicaciones más frecuentemente reportadas son:
Hemorragia intestinal severa, b) Anemia, c) Inflamación, ulceración
invaginación
irreductibilidad del pólipo prolapsado por espasmo del es-
anal con reacción inflamatoria secundaria.

2. La efectividad de los medios diagnósticos en orden de fre-
cuencia es: a) Historia, Tacto Rectal, c) Proctosigmoidoscopia d)
Radiológico, e) Coloscopia.

3. En cuanto al tratamiento el mejor procedimiento es el
electro-fulguración, siempre que se cuenta con un equipo com-
pleto cuando los pólipos son alcanzados con el proctosigmoidos-
copio en caso contrario la colotomía por vía abdominal.

4. CONCLUSIONES DE NUESTRO ESTUDIO:

1.- Conclusiones del tema en general;

1o. Del estudio realizado de los casos de pólipos en el
hospitalario concluimos que el 0.28% del total de ingresos a
servicios de pediatría del hospital general ingresan por pólipos
de intestino grueso.-

2o. Que en nuestro medio hay mayor porcentaje de casos
de pólipos intestinales en el sexo femenino (54%) lo que está en
acuerdo con otros autores.-

3o. Hay predominancia de pólipos intestinales en la raza
blanca, lo que sí está de acuerdo con la literatura revisada.-

4o. En cuanto a la edad la mayor incidencia está entre
los 1 y 4 años aún cuando se encuentran alzas considerables a los
5 años.

5o. Los principales síntomas y signos en orden de importancia encontrados fueron: a) Enterorragia, b) Protrusión del pólipo del ano, c) prolapso rectal, etc. En los siguientes porcentajes de positividad, Enterorragia 100%, Protrusión del 43%, Prolapso Rectal 23%.

6o. El tacto Rectal fué positivo en 92% lo que demuestra actividad del mismo como medio diagnóstico.

7o. La proctosigmoidoscopia como medio diagnóstico y de tratamiento es un valioso procedimiento, alcanzándose grandes trayectos como en nuestro estudio que en el 90% de los casos se examina hasta 25 centímetros.

8o. El estudio radiológico que es un buen procedimiento diagnóstico, en nuestro estudio unicamente nos dió 5% de positividad, se debe en general a la localización de los pólipos, al tamaño de los mismo, fuera que desde el punto de vista técnico y de tiempo los exámenes radiológicos de doble contraste en el medio hospitalario unicamente los hacen con requerimiento al.

9o. En cuanto a la determinación del grupo sanguíneo que se encontró en 56 casos, el 41.05% corresponde al grupo "A" Rh positivo comparado con el 22.17% del mismo grupo que han en nuestro estudio da una alta significación a la incidencia de pólipos en pacientes de este grupo.

10. En 86% de los casos estudiados por nosotros se encontraron pólipos únicos lo que está de acuerdo con otras estadísticas.

11. En relación al tipo de pólipos de 126 resecados sólo se encontró uno sesil lo que da predominancia marcada de los pólipos pedunculados.

12. En el estudio efectuado por nosotros la localización frecuente fué en la cara posterior, que dá un 55 % de dichos casos localizados en dicha región.

13. Todos nuestros casos fueron tratados quirúrgicamente, habiendo tenido que recurrir por la altura en que se localiza Colotomia en 5% de los casos.

14. En cuanto a altura un 65% de nuestros casos se encontraron en los primeros 15 centímetros por arriba de la línea pectoral.

II. Conclusiones del tema en especial de interés general y de investigación:

1o. Del estudio de 100 casos llevado a cabo de 1959 a 1960 se llegó a la conclusión que los pólipos son una causa muy frecuente de hemorragias por el ano y que merece divulgarse.

2o. Que debido al alto porcentaje (50%), que ha sido tratados como amegiasis, obliga a hacer énfasis en el diagnóstico diferencial con esta entidad.

3o. La baja incidencia de pólipos en la raza indígena encontrados en nuestra serie necesita un estudio amplio para determinar si ésta es debida a falta de consulta y exámenes adecuados, o bien es real.-

4o. Creemos que la investigación de los diferentes grupos sanguíneos merece la pena por la proporción tan relativamente alta de grupos A y B Rh positivos 50.74% encontrados en nuestra serie.

BIBLIOGRAFIA

Kerman. (Citado por Turell)

Henson, W.A.D.; M.A.; M.D. FACP. Pathology (Tercera Edición)
Mcby Co. Pág. 782, 1957.-

Andren, L., Frieberg, S. and Welin S. Roentgen Diagnosis of
Intestinal Polyps in the Colon and Rectum. Acta Radiol. Stockh.

3:401, 1955. S.G.O. Abstracts 101:100, 1956.

Henson, R.E., M.D., Pontius, G.V., M.D. and Witkowski, L.J.,
D. Complications Following Surgery for Benign Anorectal.

Disorders. J. Am. M. Ass. 159:9, 1955

Spur, C.E., M.D. Comunicación personal.

Spur, C.E. M.D. Colotomías y Colectomías por Pólipos del
Colon. Rev. del Colegio Médico de Guatemala. Vol. 3:41. 1952

Andren, L., and Friedberg, S. The Relation of Intestinal Bleed-
ing to Polyps of the Colon and Rectum. Acta Chir. Scand 112:

7. 1953.-

Andren, L. and Frieberg, S. Spontaneous regression of Polyps of
the Colon in Children. Acta Radiol. Stockh, 46:507, 1956.

S. G. O. Abstracts 104: 591, 1957.-

Quie, L.A., Smith, N.D., Jackman, R. H. and Jill, J.R. Po-
lipoid Lesions of Terminal Portion of the Colon, J. Am.M.

Ass. 139:702, 1959.

Art, R.R, Intestinal polyps in Children. Nory W. Med. Sea-
tle 57/3 10040006, 1958. Pediatric Excerpta Medica Abstracts.

Beon, H.E., M.D., Sc. D., FACS. FRSM. and Trimpi, H.D., M.

., Fecal Imitations in Office Proctology. S. Clin. of

J. Am. Vol. 33.1939 (oct.) 1953.-

Bird, F.T. Tumors associated with virus infection in insect
nature, London 163.777, 1947, Cit. por Helwig).

Buie, L.A., M.D., FACS. Practical Proctology (Charles C.
Thomas. Publisher. Second Edition), Pág. 461-500, 1960

Broders. A.C. Comunicación personal a Buie. (Citado por el se-
gundo)

Bockus, H.L., M.D., Gastroenterology (W. B. Saunders Co.
Segunda Edición) Vol. 2.711-42, 1943.-

Brasher. P. N. Clinical and Social Problems associated with
Familial Intestinal Poliposis. AM. Arch. Sug: 69: 785. 1954

Broders. A.C., S.R., M.D.D.S.C., FACS., Phillips, C.M.D.,
Stinson, J.C., M.D. Neoplasmas of large Intestine. S. Clin. Oj
N. Am (oct.)1512, 1952.

Black, B.M. and Hansbro, G.L. the treatment of Familial
Poliposis of the Colon. S. Clin. Of N. Am. Vol. 30:1013,
Aug. 1950.

Black. B.M. and Hnasbro, G.L. The treatment of Familial
Poliposis of the colon. S. Clin. Of. N. Am Vol. 30:1013
Aug. 1950.

Berkowith, S.B., Pearl. M. J. and Sjapiro, N.H. Syndrome
of Intestinal Polyposis with Melanosis of lim and Buccal
Mucosa: A Study of Indicence and Location of Malignancy
with tree new Cases Reports. Ann Surg. 141. 129, 1955.

Bartholomew, L.G., Dahlin, D.C. and Waugy, J.M. Intestinal
Poluposis associated with Mucocutaneous Melanin Pigmentation
(Peutz Jegbers Syndrome) Gastroenterology 30.434, 1957

is of Col, and Rect. Abstracts Vol. 1.215, 1956.

Bandlerm, M., M. D. Hemangiomas of the Small Intestine associated with Mucocutaneous Pigmentation. Gastroenterology. Vol. 38/4.641, 1950.

Bothwell, T.H., Callender, S., Mallet, B, and Witts, L. J. The Study of Erithropeyes using Tracer Quantities of Radioactive Iron. Brit, J. Heamat. 2:1 1956.-

Crowly, R. T., M. D. FACS. and Davis, D. A. M. D. FACS. A procedure for total Biopsy of Doubtful Polypoid Broxths of the Lowest Large Bowel Segment. S. G. O. 93.43. 1952.

Castro, A.F., M.D., Ault, C. W., M. D. and Smith, R. S., M. D. Adenomatous Polyps of the Colon and Rectum. S. G. O. 92.164. 1951.-

Cole, J. W. M. D., FACS. Adenomatous Polyps of the Colon and Rectum S. G. O. 103.511, 1956.

Coffey, R. J., M. D., Ph. D., FACS. and Brining, F. J., M.D. Polyps of the large Bowel. S. Clin. of N. Am. Vol. 30:749 (Dec.), 1950.

Castro, F. adenomatous Polyps of the Rectum and Colon in Child. Hosp. (Wash) 11/2.29.32, 1955. Pediatrics Excerpta a Media (abstracts), Vol. 10, 1844, 1955.-

Church, R. E., M. D., and Schwartz, M. D.- Polyps of the Rectum and Colon in Children. J.of Pediatrics Vol. 44:104, 1954

Coffey, R.J. and Bergen, J. A.- Intestinal Polyps; Pathogenesis and Malignization. S. G. O. 69:136 (aug.), 1939. (Cit. por Bockus).

Cabrera, M. A.- Breve estudio sobre la Repartición de los Grupos Sanguíneos entre nuestra población y la evolución de la Investigación de la Paternidad por medio de ellos en nuestro País. Revista de Salubridad y Asistencia Social. Tomo 3, No.10, Pág. 16-17, 1950.

Clarke, C. A.- The Association of Blood Groups with Disease. Resúmenes de los Trabajos presentados en el Séptimo Congreso de la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre (Roma, 1958) Pág.27, 1958.

Cripps, W.H.- Two cases of disseminated Polypus of the Rectum. Tr. Path. Soc. Lond: 33:165, 1882. (Cit. por Holden).

Coller, F. A. and Flotte, C.T.- Múltiple Polyposis of the

Cattell, R.B.- P roc. R. Soc. Med. 46:1021, 1953. S.G.O. Abstracta.

Coleman S.T. and Eckert, C.- Preservation of Rectum in Familial Polyposis of the Colon and Rectum. Arch. Surg. 73:635 (Oct.) 1956.

Collins. D. C.- The frequent Association of other Body Tumors with familial Polyposis. Am. J. Gastroenterology 31:376-81 (April), 1959.

Dukes, C.E.- Evaluation of difference between Papiloma and Adenoma of Rectum. P roc. Roy. Soc. Med. 40:829 (Nov.), 1947. (Cit. por Turell) .

Heddish, M.R., FACS. and Hertz. R.E., M.D.- Coloscopy in the treatment of Mucosal Polyps of the Colon. S. Clin. N. Am. Oct. 1287, 1957.

Dorland illustrated Medical Dictionary (23 Edition W.B. Saunders Co.) 1085 1957.

Dukes. C.E.- Familial Intestinal Polyposis Ann. Eugenics 17: 1, 1952-53. (Cit. por Holden).

Devine, J. and Webb, R.- Resection of Rectal Mucosa, Colectomy and Anal Ileostomy with normal continence. S.G.O. 92:437, 1951.

Dunphy, J.E., Parrerson, W.B. and Legg, M.A.- Etiologic Factors in Polyposis and Carcinoma of the Colon. Ann Surg. 150: 488, 1959.

Dukes, C.E., FRCS.- Cancer Control in Familial Polyposis of the Colon. Dis. of the Col. and Rect. Vol. 1/6:413-23, 1958.

Dukes, C.E.- Precancerous Conditions of the Colon and Rectum. J. Roy. Coll. Surg. Edinburgh 3:182, 1958. Dis. of Col. and Rect. Abstracts 1/5: 381, 1958.

Dukes, C.E.- Familial Intestinal Polyposis. Ann. Roy. Coll. Surg. England 10:293-304 (May), 1952. (Cit. por Buie).

Dukes, C.E. And Lockhardt Mummery, H. E.- Familial Intestinal Polyposis Surg. Clin. of N. Am. 1277, 1955.

Dormandy, T.L.- Gastrointestinal Polyposis with Mucocutaneous Pigmentation (Peutz J eghers Syndrome). M. England J. Med. 256:1093-1141-1186, 1957.

Estadística del Movimiento de Donadores y Receptores en el Banco de Sangre del Hospital Roosevelt, de 1956 a 1958.

Foley, T. J. and Selzer, J.- Adenomas of Colon. Exhibit shown at annual Meeting of Wisconsin State Medical Society held at Milwaukee on May 5 to 9, 1958. (Cit. por Turell.)

Falk, V.S.- Familial Polyposis of the Colon. Arch. Surg. 45:123, 1942. S.G.O. Abstracts 76:133, 1943.

Freitzsche W. un Fleischhauer, G.- Chirurgischer Beitrag zur hereditären Durndam Polyposis. Der. Chirurg, 6:266, 1957. (Citado por Rintela).

Falkinburg, L.W., M.D. and Kay, M.N., M.D.- Intestinal Polyposis with Oral Pigmentation (Peutz Jeghers Syndrome) J. of Ped. 54:162, 1959.

Foster, D.B.E.- Adenocarcinoma of Small Intestine in Father and Daughter. British, M.J. 2:78, 1944.

Gordon, D.L., Hallenbeck, G.A., Dockerty, M.B., Kennedy, R. L.J. and Jackman, R.J.- Polyps of Colon in Children. AMA. Arch. Surg. 75:90 (July), 1957.

Gants, R.T., Raymond, B. A. and Pope, J. K.- Extended Colotomy Incisions for intraluminal examinations of Colon; Ann Surg. 144:865. (Nov.), 1956.

Granet, E., M.D.- Manual of Proctology (Primera Edición. Year Book Publishers, Inc.) Pág. 66-97, 1954.

Girón, M.A.- El Examen del Niño (Edit. Universitaria) Pág. 49, 1951.-

Gibbs, E.W. and Sutton, F.W.- Intussusception: 92 cases in Infants and Childhood. Surgery 14:708, 1943. S. G. O. Abstracts 78:398, 1944.

Gilchrist, R. K., M.D., FACS. and Brenhams, M.D.- X Ray and Ancillary Methods of Diagnosing Lower Gastrointestinal Lesions. S.Clin. or N. Am.. Vol. 36:161 (Feb.) 1956.

Gross, R.E.- The Surgery of Infancy and Childhood (Philadelphia and London, W.B. Saunders Co.) Pág 281-300 1953.

Grinnel, R.S., M.D., FACS. and Lane, J.E., M.D.- Benign and Malignant Adenomatous Polyps and Papillary Adenomas of the Colon, Anal Rectum. An Analysis of 1,856 Tumours in 1,335 Patients. S.G.O. (Col. Rev.) 106:519, 1958.

Goodman, L., M.D. y Gillman, A., Ph.D.- Bases Farmacológicas de la Terapéutica (Utcha, Primera traducción española) Pág. 28, 1945.

Hines, M.O., M.D., Hanley, P.H., M.D., Ray, J.E., M.D. and Rush, B. M., M.D.- Polyps of the Colon and Rectum in Children. Dis. of Col. and Rect., Vol. 2, P. 161, 1959.-

Helwig, E.B.- Adenomas of Large Intestine in Children. Am. J. Dis. Chil. 72:289 (Sept.), 1946. (Cit. por Turell).

Morrilleno, E.G., Eckert, C. and Ackerman, L.V.- Polyps of Rectum and Colon in children. Cancer 10:1210 (Nov.Dec.), 1957
S.G.O. Abstracts, 107:50, 1958.-

Melwig, C.E.- Evaluation of Adenomas of Large Intestine and Their Relation to Carcinoma. S.G.O. 84:36, 1947.

Maas; A.C.- Electro-Desiccation versus Electrocoagulation. Their application to Adenomatous Polyps of the terminal Bowel. Am. J. Surg. 84:510, 1952. S.G.O. Abstracts 97:59, 1953.

Melwig, E.B., M.D.- Benign Tumors of the Large Intestine. Incidence and Distribution. S.G.O. 76:419, 1943.

Mawthorne, H.R., M.D.- The Management of Polyps of the Colon and Rectum, S. Clin. of N. Am. Vol. 32:1799 (Dec.), 1952.

Hughes, J.R., Jenkins, R.T. and Sturdy, D.E.- Single Polyp of the Large Intestine in Childhood. Arch. Dis. Child. 31:156, 24-25-1956. Pediatrics Excerpta Medica (Abstracts) Vol. 12:94, 1958.

Melwig, F. C., M.D.- Cytoplasmic Inclusion Bodies in Chronic Ulcerative Colitis. Their relationship to Polyps and Cancer of the Colon and Rectum. Dis. of Col. and Rect. Vol. 1:270, 1958.

Mewith, R.M.- Comunicación personal a Buje. (Citado por el Segundo).

Helmbold, W.- Ueber den Zusammenhang Zwischen ABO. Blutgruppen und weiblichem Genital Carcinom. Resúmenes de los trabajos presentados en el Séptimo Congreso de la Sociedad Internacional de Transfusiones de Sangre (Roma, 1958) Pág. 30, 1958.-

Hoxworth, P.I. and Slaughter, D.F.- Polyposis of the Colon. Surgery 24:188, 1948.-

Holden, W.D., M.D. and Cole, J.W., M.D.- Familial Poliposis of the Colon and Rectum. Diseases of Col. and Rect. (R. Turrell, W.B. Saunders Co.) Pág. 375, 1959.-

Hutchinson J.- Pigmentation of Lips and Mouth, Arch. Surg. London 7:290, 1896. (Cit. por Falkenburg).

Jones, T.E. and Turnbull, R.B. Jr.- Familial Polyposis of the colon; Diagnosis and treatment. S. Clin. of N. Am. 28:1171 (Oct). 1948.-

Jones, R.- Brit. M. J. Vol. 1:641-43; 679-82, 1916. (Cit. por Ravitch).

Jeghers, H., McKusick, V.A. and Katz, K.R.- Generalized Intestinal Polyposis and Melanin Spots of the Oral Mucosa, Lip and Digits, New England J. Med. 241-993, 1949.-

Jennedy, R.L.J., M.S., M.D., Dixon, C.F., M.D. Weber, H.W., M.D.- Polypoid Lesions of the Colon of Children. S.G.O. 77:639, 1943.

Jerr, J.B.- Am. J. Surg. 76:667, 1948 (Cit. por Turell).

Jerr, J.G.- Poliposis of the Colon in Children. Am. J. Surg. 76:667-1 (Dec.). 1948.

Kitamura, K., Kojima, R. and Sasagawa, S.- Zurfrage des Syndroms von Peutz Jeghers. Der Hantard 4:154, 1957.

Longino, L.A., M.D. and Holder, T.M., M.D.- Rectal Bleeding in Infante and Children. Fed. Clin. of N. Am., Vol. 6. No. 4 (November) 1153-61, 1959.

Leuchtenberger, C.- Cytoplasmic Inclusion Bodies containing Deoxyribose Nucleic Acid (DNA) in Cells of Human Rectal Polyps. Lab. Invest. 3:132 (March-April), 1954.

Leuchtenberger, C.- Desoxyribose Nucleic Acid (DNA) Containing Cytoplasmic Inclusions of Human Rectal Polypoid Tumors. Fed. Proc. 5:522, 1956. (Cit. por Helwig).

Loeske, L.- Relación de los pólipos del Colon y del Recto con el Cáncer. Rev. del Colegio Médico de Guatemala. Vol. 3:43, 1952.

Lotto, L., Frattaroli, W., y Herzel, W.- Rapporti Tra Carcinoma del Utero e Gruppi Sanguigni; Rivista di Emoterapia ed Immunematologia. Vol. 4. No. 3:205-09, 1957.

Lockhart Mummery, H.E., Dukes, C.E. and Bussey, H.J.R.- The Surgical Treatment of Familial Polyposis of the Colon. Brit. J. Surg. 43:476 (March) 1956.

Neuro, J., and Prior, J.T.- Gastrointestinal Polypoid Lesions in Childhood. Cancer 10:131 (Jan-Feb.). 1957.

Nentzer, C.G.- Pediatric Proctology. South M.J. 41:798, 1948. (Cit. por Granet).

Mayo C. W.- Cirugía Intestinal (Primera Edición en español. F. J. J. Edit. Interamericana) Pág. 140, 1956.

McCallum, W.G.- Textbook of Pathology (Saunders Co. 7a. Edición) 1945..

McMillen, F.L., M.D., FACS, and Jamieson, R.W., M.D.- Errors in the Diagnosis and Treatment of Adenomatous Polyps of the Rectum and Colon. S. Clin. of N. Am. Vol. 38:268, (Feb), 1958.

Morton, F.C., M.D.- Treatment of Rectal and Rectosigmoid Polyps. Funnel Tip Suction as an Aid Their Removal. J. Am. M. Ass. 138:1090, 1948.

Enzón Malice, C.M.- Manual de Terapéutica Farmacológica (Editorial Piedrasanta) Sección 6, Capítulo I, Pág. 25, 1958.

Schan, I., M.A., M.D.- An Atlas of Normal Radiographic Anatomy
(S. Saunders Co. Second Edition) pag.647-654, 1959.-

Montagnani, C.A. - La Transfusione di Sangue e di Plasma (San-
ni Edizioni Scientifiche, Firenze) Pág.24, 1954.

Kennedy, D.C.- Multiple Polyposis; Congenital Heredo-familial malignant. Am.J. Surg. 46:204, 1939.

netriere, F.- Des Polypdenomes Gastriques et leurs Reports
vee le Cancer de L' Estomac. arch. de Physiol. Norm. et Path.
32,236,1888. (Cit. por Broders).

yo, C.W., M.D., FACS., De Weerd, J.H.M.D. and Jackman, R.J., M. B. -
Diffuse Familial Polyposis of the Colon S.G.O. 93:87, 1951.

Murphy, J. B.- Surg. Clin. John B. Murphy 3:467-511, 1914.
(Cit. por Ravitch.).

Waisel, B. and Chandler Foot, N.- Multiple Poliposis of the Colon with Malignant Change Involving Colon and Appendix. Ann. Surg. 126:262, 1947. S.G.O. Abstracts 86:260, 1948.

3. Lachlin, A. D.- Familial Intestinal Polyposis. *AMA. Arch Surg.* 79:393-98 (Sept.), 1959.

Elson. W. E., M.D.- Textbook of Pediatrics (Saunders Co.) Sex-
Edición, Pág. 712-13, 1960.-

Áñez, GmM.,M.D.- Anorectal aspects of Pediatric Proctology. Dis.
Col. and Rect. Vol. 2/2;200-03, 1959.-

Unni, M.- Rilevi Statistici sui rapporti tra Gruppi sanguigni e malattie. Resúmenes de los Trabajos presentados en el Séptimo Congreso de la Sociedad Internacional de Transfusiones de Sangre (Roma, 1958) Pág.30, 1958.-

Bel, J.V., Bolt, R.J. and Pollard, H.M.- A Pedigree of Multiple Polyposis of the Colon. Gastroenterology 26:1, 1954. S.G.O. Abstracts 99:370, 1954.-

berhelman, H. A. and Condon, J.B. Acute Intussusception in
infants and Children; and Analysis of 95 cases in the Cook
County Children Hospital. Surg. Clin. of N. Am. 27,3, 1947.

Artiz, R., Barres, T. G. and Fotts, W. J.- Quert. Bull. Northeast. M. School 27:301, 1953. (Cit. por Turell)

loff, M. J., M. D.- Intussusception in Children and Adults.
J. G. O. 102:313, 1956 (Collective Review)

Waldfield, M. C.- The association of Familial Polyposis of the
Colon with Multiple Sebaceous Cysts. Brt. J. Surg. 41, 534,

A. S. G. O. Abstracts 100:203, 1955.-

son, J. D., Dockerty, M. B. and Grey, H. K.- Benign
tumors of Small Intestine. Ann. Surg. 134:195, 1951.-

iccolo, V.- Contributo allo studio dei Tumori Maligni dei
bambini. Turmani 26:287, 1940.-

ttton, E. F.- Proctological Problems of the Pediatrician.
Pediat. St. Louis 27:532, 1945, S. G. O. Abstracts. 82:
, 1946.-

nnel,, V. and Martin, L.C.- Carcinoma of the Colon in
children. Brit. J. Surg. 29:228, 1941, S. G. O. Abstracts
,49, 1942.-

ttton, E. F., M. D.- Proctological Problems of the pedia-
tricians. Journal of Pediatrics 27:532 (July-Dec.) 1945.-

gh, H. L. and Nesselrod, J.P.- Multiple Poliposis Disease
of the Colon and Rectum. Ann. Surg. 121:88, 1945. S. G. O.
abstracts 81:117, 1945.-

utz, J. L. A.- A very remarkable case of Familial Polypo-
sis of Mucous Membrane of Intestinal Tract and Nasopharynx
accompanied by peculiar Pigmentation of Skin and Mucous
membrane. (Traducción al Inglés del Título en Alemán).
Dertijdschi. Geneesk. 10:134, 1949. (Cit. por Falkenburg.)

ntala, A. and Nylund, C. E.- Familial Poliposis of the
Intestine and Pigmentation (Peutz Jeghers) Syndrom Acta Chir.
Scandinav. 114:109-112, 1958.-

senberg, N. Submucosal Wheal as Safeth as Safety Factor
in Fulguration of Rectal and Sigmoidal Polyps. AMA. Arch.
Surg. 70:120 (Jan), 1955.-

bbins, S. L., M. D. Textbook of Pathology (Saunders Co.
segunda Edición) Pág. 793-94, 1957.-

witch, M. M. and Morgan, F. H.- Reduction of Intussuscep-
tion by Barium Enema. Am. Surg. 135:596, 1952.-

ot, G. T., M. D., FACS., Christensen, B. H., M. D., FACS.
and Petterson, C.A., M.D.- Intussusception: An eight year
survey, S. G. O. 100: 171, 1955.-

vdin, I.S., M. D., FACS. and Ravdin, R., M. D.- Adeno-
mous Polyposis of the Colon. S. Clin. of N. Am. Vol.
1745, (Dec.), 1951.-

sser, C., M. D., FACS. and Kerr, J. G., M. D.- Minor
Colonial Surgery. S. Clin. of N. Am. Vol. 21:1422-25 (Oct.)

bertson, H. E.- Polyps of the Colon and Their possible
significance. Bull. Am. Soc. Control Cancer 16:6 (Feb), 1936.
(Cit. por Bockus).-

berth, H.- Das Karzinom des Menschen. Bonn F. Cohen
1936. (Cit. por Bockus).-

Witch, M. M. and Sabiston, D. C.- Anal Ileostomy with
preservation of Sphincter. A proposed Operation in Patients
requiring Total Colectomy for Benign Tumors. S. G. O. 84,
1947.-

Wike, R. A. Adenomatous Polyps of Large Intestine, Mil
Surgeon 115:85, 1954. (Cit. por Rintala).-

Wunderland, D. A. and Binkley, C. E.- Papillary Adenomas
of Large Intestine. Cancer 1:184 (July), 1948.-

Wickeldorf, R. T. and McGehee, J. S.- Improved Technique
of Colonoscopy. JAMA. 167:280 (May 17), 1958.-

Wapiro, S.- Occurrence of Proctologic disorders in Infancy
and Childhood. Gastroenterology 15:653, 1950.-

Winton, N. W.- Sigmoidoscopic Examination. S. Clin. of N.
Am. June. 834, 1955.-

Wan, G. F.- Adenomatous Polyps and Polypoid Carcinomas
of the Large Intestine. Am. J. Clin. Path. 29:208-18 (March),
1958.-

Wyder, W. H., Jr., Kraus, A. R. and Lawrence, C.- Intus-
usception in Infants and Children. Am. Surg. 130:200,
1949, S. G. O. Abstracts 90:156, 1950.-

Wevenson, C. A., M. D., Facr.- Technic of the Double con-
trast Examination of the Colon. S. Clin. of N. Am. Oct. 1531,
1952.-

Winton, N. W. and Doane, W. A.- Polyps of the Colon and
Rectum. Surg. Clin. of N. Am. 32:923, 1952.-

Worbarrough A. and Klein, R. R.- Polypoid Lesions of the
Colon and Rectum. Am. J. Surg. 76:723, 1948. S. G. O. Abstracts
90:251, 1949.-

Winton, N. W. and Warren, S.- J. Am. M. Ass. 113:1927,
1939. (Cit. por Helwig).-

Winton, N. W.- Polyps of the Rectum and Colon. J. Am.
Surg. 154:658, 1954. S. G. O. Abstracts 99:563, 1954.-

Winton, N. W. and Doane, W. A.- Polyps of the Colon and
Rectum. S. Clin. of N. Am. Vol. 32:923 (June) 1952.-

- Schauffler, G. C.- Pediatric Gynecology (Third. Edition, Year Book Publishers Inc.) Cap. XII. Pag. 256-278, 1953.
- Shapiro, S., M. D. The Proctologic Examination of Infants and Children, J. of Pediatrics 32:543, 1948.-
- Shackelford, R. T., M. D. and Dugan, H. J., M. D.- Surgery of the Alimentary Tract. (W. B. Saunders Co.) Vol. 3:1989, 1955.-
- Smith, N. D. and Hill, J. R.- Multiple Poliposis: Result of Fulguration of Polyps in Distal Portion of Colon After Ileo sigmoidostomy and Colectomy. J. Am. M. Ass. 148:440, 1952. S. G. O. Abstracts 95:149, 1952.-
- Schutte, A. G., M. D.- Familial Difuse Polyposis of the Colon and Rectum; Report of tree Pedigrees. Dis. of Col. and Rect. 1/4:276-82, 1958.-
- Stalve, C. J. and Swartz, H.- Gastrointestinal Polyposis and Pigmentation of Oral Mucosa (Peutz Jeghers Syndrome) S. G. O. 105: 1, 1957.-
- Turell, R., M. D.- Diseases of the Colon and Anorectum (Saunders Co.) Primera Edición, Pag. 312:374, 1959.-
- Turell, R., B. S., M. D., FACS., Krakauer, J. S. M. D., Maynard, L., B. S., M. D., FACS.- Colonic and Anorectal Function and Disease. S. G. O. (Col. Rev.) 103:209, 1953.-
- Turell, R., B. S., M. D. and Lyons, A. S., M. D., FACS.- Colonic and Proctologic Diseases. S. G. O. (Col. Rev.) 89: 105, 1949.-
- Turell, R., M. D., FACS., Fomeranz, A. A., M. D., Facs. and Denmark, S. M., M. D.- The Colon and Anorectum in Pediatrics. S. G. O. (Col. Rev.) 103:209, 1953.-
- Turell, R., M. D., FACS.- Sigmoidoscopy (Conventional) S. Clin. of. N. Am/ Vol. 37:1261-81, 1957.-
- Tuttle, J. P.- Diseases of the anus, rectum and Pelvic Colon. New York, 1902, (D. Appleton and Co.) (Cit. por Church).-
- Tejada, C. V., Bregni, E., Scrimshaw, N., y Sánchez, M.- Grupos Sanguíneos en la Población Indígena de Guatemala. Trabajo Presentado al Congreso Nacional de Medicina de 1959. (A ser publicado).
- Valdés-Dapena, A. and Beckfield, M. J.- Adenomatous Polyps of Large Intestine: Pathology and Histogenesis. Gastroenterology 32:452, 1957.-

- .- Vanzant, B. T. Roentgen Therapy in Herditay Diffuse Polyposis of the Colon J. Am. M. Ass. 118:875, 1942, S. G. O. Abstracts 75:182, 1942.-
- .- Vasquez Martin, S.- Poliposis Múltiple Congénita Rectocólica. Cir. Gin. Urol. 8:281, 1954. S. G. O. Abstracts 101:528, 1955.-
- .- Wise, R. E., Salzman, F. A.- The Technique of Air Contrast Examination of the Colon. S. Clin. of. N. América. June: 731-37, 1956.-
- .- Williams, C. Jr.- Melena in Infancy and Childhood. Virginia Med. Monthly 85/1:25:27, 1958. Pediatric Exerpts Medica Abstracts.
- .- Woolner, L. B. and McDonald, J. R.- Biopsy in Cancer Diagnosis. S. Clin. of. N. Am. Vol. 31:952 (aug.), 1951.-
- .- Weinerth, R. S. Cooper, P.- Multiple Polyposis of the Colon, Osteomatosis, and Soft-Tissue Tumors; Report of Familial Syndrom. N. England J. M. 253:795 S. G. O. Abstracts 103:103, 1956.-
- .- Williams, C. Jr. Ann. Surg. 139:825, 1954. (Cit. por Turell).
- .- Zanca, P. U. S. Armed Forces M. J. 7:116, 1956. (Cit. por Turell).-