



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

112382<sup>11</sup>

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.

# TESIS

HALLAZGOS EN LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA RIGIDA EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA DE HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
DIRECCION GENERAL CENTRALIZADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE:

**C O L O P R O C T O L O G O**  
**R E S E N T A :**



DIRECCION DE ENSEÑANZA

**DR. FRANCISCO JAVIER ROMAN AGUIRRE**

ASESOR Y DIRECTOR: DR. LUIS CHARUA GUINDIC

MEXICO, D. F.

AGOSTO DEL 2003.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

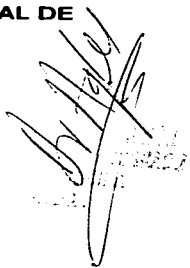
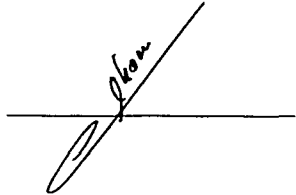
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HALLAZGOS EN LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA RÍGIDA EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O. D. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS.**

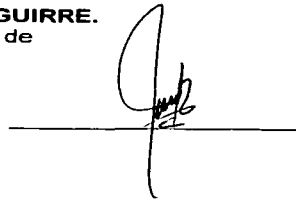
**DR. LUIS CHARUA GUINDIC.**

Jefe de la Unidad de Coloproctología.  
Profesor Adjunto del Curso en  
Especialización en Coloproctología.  
Asesor y Director de tesis.  
Tel. 55451863.  
Bip. 56299800 clave 4331.

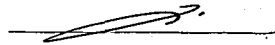
**DR. FRANCISCO JAVIER ROMAN AGUIRRE.**

Médico Residente de 2° año del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
E-mail: [fcoroag@hotmail.com](mailto:fcoroag@hotmail.com)  
R. F. C. ROAF720214.  
Tel. 55231853.



**DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA.**

Profesor Titular del Curso de  
Especialización en Coloproctología.  
Tel. 55880100. Ext. 1045.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **I. AGRADECIMIENTOS:**

A Dios :

Por permitirme llegar a esta etapa de mi vida.

A mi esposa:

Por la comprensión, apoyo y cariño que me ha brindado de forma incondicional.

A mis hijas Karina y Jacqueline:

Por su amor y ternura, por que son el aliciente que me permite seguir luchando en la vida.

A mis padres y hermanos:

Por su cariño y consejos, por apoyarme siempre en los momentos buenos y malos de mi vida.

A mi abuelo Enrique:

Por su cariño, por haberme guiado por el camino de la honradez y el trabajo.

A mis maestros:

Por haber compartido conmigo sus experiencias y conocimientos, y especialmente al Dr. Luis Charua Guindic que sin su ayuda y paciencia no habría sido posible este trabajo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**II. INDICE:****INDICE:**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. RESUMEN:</b> .....                             | <b>5</b>  |
| <b>II. ANTECEDENTES:</b> .....                       | <b>7</b>  |
| <b>III. OBJETIVO GENERAL:</b> .....                  | <b>17</b> |
| <b>IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS:</b> .....              | <b>18</b> |
| <b>V. DISEÑO Y DURACION:</b> .....                   | <b>19</b> |
| <b>VI. DISEÑO ESTADÍSTICO:</b> .....                 | <b>20</b> |
| <b>VII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:</b> ..... | <b>21</b> |
| <b>VIII. RECURSOS:</b> .....                         | <b>22</b> |
| <b>IX. METODOLOGIA:</b> .....                        | <b>23</b> |
| <b>X. MATERIALES Y METODOS:</b> .....                | <b>24</b> |
| <b>XI. RESULTADOS:</b> .....                         | <b>25</b> |
| <b>XII. DISCUSION:</b> .....                         | <b>27</b> |
| <b>XIII. CONCLUSIONES:</b> .....                     | <b>29</b> |
| <b>XIV. GRAFICAS:</b> .....                          | <b>31</b> |
| <b>XV. BIBLIOGRAFIA:</b> .....                       | <b>45</b> |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I. RESUMEN:

**Justificación.** No existe registro de los hallazgos en la rectosigmoidoscopia rígida realizada en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., por lo que se hace necesario este estudio.

**Hipótesis:** Confirmar la importancia de la rectosigmoidoscopia rígida en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., parte fundamental de la exploración proctológica como método de diagnóstico y de seguimiento.

**Objetivo:** Conocer el número de pacientes que se les practicó la rectosigmoidoscopia rígida como parte del diagnóstico y seguimiento de la patología anorrectal en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., conocer hasta que profundidad se alcanzó, las causas principales del porqué no se realizó de forma completa y con que frecuencia se encontró patología rectosigmoidea no sospechada en el interrogatorio.

**Diseño y duración:** Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal para evaluar los resultados en los pacientes que se les practicó rectosigmoidoscopia rígida de enero de 2001 a diciembre de 2002.

**Material y métodos:** Se revisaron 4,725 expedientes clínicos de pacientes que acudieron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de México O. D. Se incluyeron a todos los pacientes que se les realizó rectosigmoidoscopia rígida como parte de la exploración proctológica.

**Análisis de los resultados:** Se utilizaron tablas de frecuencia y porcentaje de cada variable y gráficos para representar los resultados y se cruzaron las variables en los casos necesarios.

## **II. ANTECEDENTES:**

Las manifestaciones anorrectales obligan a los pacientes a acudir a la consulta de la especialidad. Realizar una buena historia clínica que incluya una exploración proctológica completa, permite, en la mayoría de los casos, tener un diagnóstico correcto.

La exploración proctológica consiste en la inspección del ano y regiones que lo rodean, palpación externa, tacto rectal ano-recto-sigmoidoscopia<sup>(2,4,12)</sup>.

### **Preparación del enfermo**

Tiene por objeto vaciar el contenido intestinal para hacer posible la correcta observación de la mucosa rectosigmoidea.

La limpieza se lleva al cabo por medio de enemas evacuantes de agua tibia simple o con preparados de patente como son el sorbitol (Clyss go ®) o el citrato de sodio (Microlax ®), entre otros; debe evitarse el empleo de laxantes y soluciones salinas, jabonosas, etc, que suelen producir congestión de la mucosa y alterar su verdadero aspecto. Es suficiente con aplicarlo 2 a 3 hs antes del estudio; este periodo debe de ser respetado, porque un intervalo más breve ocasiona que el enfermo continúe expulsando agua mezclada con materia fecal e inunde el endoscopio. Debe recomendarse que la introducción del agua sea lenta, para evitar su rápida expulsión; es conveniente que el agua se retenga

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



de 5 a 10 minutos; un lapso más prolongado suele favorecer su retención y nulificar su efecto de limpieza.

Rara vez es necesaria la sedación del enfermo para efectuar la exploración; sin embargo, en personas pusilánimes y nerviosas puede estar indicada y se hace con cualquier sedante en general, administrando unas dos horas antes de la observación. En los niños es más frecuente su indicación, y en ocasiones, sobre todo en los más pequeños, de 2, 3 ó 4 años de edad, es indispensable la anestesia general.

Cuando el enfermo sufre un padecimiento doloroso de la región anal, puede haber necesidad de infiltrar el aparato esfinteriano con una solución anestésica.

El enfermo deberá ser invariablemente informado acerca del tipo de exploración que va a practicarse y se solicitará su máxima colaboración, para que evite todo tipo de contracción o tensión de su cuerpo, con objeto de hacerle el estudio lo menos molesto posible y lograr mejores resultados, especialmente en la exploración endoscópica.

#### **Posiciones:**

Es variable, según el enfermo y la preferencia del explorador.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Posición genupectoral**

Consiste en colocar de rodillas al enfermo y hacer que sus muslos guarden un ángulo de 90° en relación con la superficie de una mesa de exploración común, sofá, cama, etc; a continuación flexionará el tronco hasta que apoye una mejilla y parte del pecho sobre la mesa, desplazando los miembros superiores hacia fuera, de modo que cuelguen a los lados de la mesa. Esta posición evita la contracción de la pared abdominal, desplaza la masa intestinal hacia la parte superior del abdomen y deja libres de toda compresión los segmentos terminales del intestino, con lo que se evita su colapso. Es una excelente posición, especialmente útil en los casos que requieren sigmoidoscopia, a veces difícil de efectuar, y a menudo evita la necesidad de insuflación.

### **Posición de decúbito lateral**

De preferencia el izquierdo, se hace flexionar al enfermo ambos muslos a 90° en relación con el abdomen; cuando es posible, se imprime a la mesa una moderada posición de Trendelenburg. En decúbito lateral es necesario en persona que difícilmente pueden desarrollar esfuerzo físico alguno o por cualquier motivo que les impida adoptar la posición genupectoral, como en los casos de parálisis, caquéticos, ancianos, artríticos, amputados, etc, pero siempre requiere insuflación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Posición proctológica**

Necesita una mesa de exploración especial, que recibe el nombre de mesa proctológica, de las que existen varios tipos. Se coloca al enfermo en decúbito ventral y la mesa se angula de modo que el pubis se sitúe precisamente a nivel del ángulo donde hay un rodete o elevación que sobre sale de la superficie de la mesa, con objeto de elevar el pubis y evitar la compresión abdominal. Esta posición es muy ventajosa y muy cómoda para el enfermo y el explorador.

### **Posición ginecológica o de litotomía**

Su mayor aplicación se encuentra en los casos de padecimientos de periné anterior o cuando se necesita una exploración combinada gíneco-proctológica. Es la posición menos usada y la más incómoda para el explorador.

### **Métodos de exploración**

#### **Inspección**

Comprende la exploración visual del ano y regiones que lo rodean. En estado normal, el ano se observa como una hendidura ánteroposterior, a la que convergen pliegues de piel fina y pigmentada; toda modificación de este aspecto debe considerarse patológica: tumoraciones diversas (excrecencias cutáneas, hemorroides, abscesos, condilomas), ulceraciones (fisura anal, amibiasis, cáncer),

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

abertura anal (hipo o atonía esfinteriana) una vez realizada esta inspección, se separan las paredes anales y perianales con los dedos pulgares y se le indica al enfermo que haga un esfuerzo por defecar; esta maniobra es especialmente útil en los casos de prolapso (rectal completa o hemorroidaria). En las regiones perianales o sacrococcígea, las lesiones más frecuentemente observadas son orificios fistulosos secundarios y aumentos de volumen con enrojecimiento de la piel (abscesos isquirrectales, quiste pilonidal, etc).

### **Palpación externa y tacto rectal**

La palpación del ano y de las regiones perianales confirma y completa los datos observados en la inspección. A continuación se procede a efectuar el tacto rectal, empleando el dedo índice previamente lubricado, de preferencia con vaselina líquida o jalea transparente; se introduce lentamente y con delicadeza para disminuir al mínimo las molestias al enfermo; se palpa primero el conducto anal y después el recto, por medio de movimientos circulares, para explorar todas sus paredes; el tacto permite conocer: a) tonicidad del aparato esfinteriano: hipertonía en casos de enfermos con sistema nervioso muy lábil o con padecimientos dolorosos del ano y conducto anal, e hipotonía o antonía en pacientes generalmente viejos, desnutridos o con lesiones del aparato esfinteriano; b) estado de las paredes anorrectales, superficie y especialmente consistencia (infiltración maligna o granulomatosa); c) calibre del conducto anal y del recto inferior, regiones donde se pueden descubrir estenosis de diferentes tipos y grados; d) existencia de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tumoraciones en el conducto anal y recto; e) anomalías extrarrectales (prostáticas, uterinas o anexiales).

### **Endoscopia**

Es quizá el medio de diagnóstico más importante. Se emplean aparatos denominados de acuerdo a su longitud: anoscopio, rectoscopio y rectosigmoidoscopio.

El anoscopio es un tubo de 7 a 8 cm de longitud y unos 2 cm de diámetro, con un mango en su base. Se introduce el endoscopio en la dirección del conducto anal, es decir, hacia el ombligo, independientemente de la posición empleada; una vez introducido, se extrae el mandril conductor y se inicia la observación, con luz natural o artificial. El anoscopio permite ver el ano, el conducto anal y 2 ó 3 cm del recto.

El rectoscopio tiene por lo general 15 cm de longitud y 2 cm de diámetro. La técnica de introducción es la siguiente: inicialmente se orienta en la dirección del conducto anal en una distancia de unos 4 cm; recorridos estos el aparato se hace bascular hacia el sacro rodeando la punta del coxis y descubriendo un ángulo abierto hacia éste; se introduce otros 4 cm y se extrae el mandril; es frecuente escuchar en este preciso momento un ruido característico que traduce la entrada de aire al recto, que lo distenderá y permitirá una exploración correcta. Se ilumina y se continúa la introducción del rectoscopio siempre bajo control visual, nunca a ciegas, a la mayor profundidad

posible. La observación se hace en sentido retrogrado, moviendo el aparato para ver las 4 caras del órgano; la pared posterior es especialmente difícil. Deben tomarse máximas precauciones en la observación de las caras superiores de las válvulas de Houston, que se hacen visibles aplastando su borde con la punta del aparato. Con el rectoscopio se observan el ano, conducto anal, recto y a veces los últimos centímetros del sigmoides.

El rectosigmoidoscopio es un tubo más largo que el rectoscopio, que varía entre 25 a 30 cm, con dispositivos de insuflación, aspiración y lente ocular de aumento. Su introducción está sujeta a las mismas reglas que el rectoscopio, pero, al llegar a la unión rectosigmoidea, puede encontrarse el primer obstáculo serio, a veces difícil de superar, pues el pliegue que forma la válvula rectosigmoidea se interpone en el camino del endoscopio o bien el orificio que señala el extremo distal del sigmoide se oculta entre los pliegues de la mucosa; en este momento en el que se insufla, siempre con precaución; en algunos enfermos es útil hacerles ejecutar movimientos inspiratorios profundos, que hacen aparente la continuidad de la luz intestinal; salvado este obstáculo, la introducción suele continuar sin dificultad, pero si la hay, es preferible abstenerse de intentar una observación más profunda valiéndose de la introducción forzada, que expone al enfermo a sufrir una perforación del sigmoide.

La endoscopia muestra el estado del ano-recto-sigmoide a una profundidad máxima de 30 cm. En estado normal, el conducto anal es surcado por pliegues longitudinales de grosor variable, cubiertas por

piel verdadera o modificada, de color similar a la de la piel anal, de la mucosa rectal o de tonos intermedios entre ambos; la mucosa es rosada o roja pálida, lisa, brillante, plegada según la porción observada; en el recto se encuentran las válvulas de Houston, como grandes pliegues semilunares en número de 3 generalmente, y en el sigmoide, pliegues pequeños y numerosos de dirección transversal y a veces diagonal; el diámetro de la luz intestinal es amplio en el recto y estrecho en el sigmoide; las paredes del intestino son blandas y francamente depresibles por el aparato. En estado patológico se observan: palidez, congestión, edema, moco, pus, sangre, ulceraciones, estrechamientos, espasmos, infiltración de las paredes, neoplasias malignas incipientes o avanzadas, pólipos y parásitos (2,3,4,5,12).

En los países de primer mundo como los Estados Unidos la rectosigmoidoscopia rígida ha sido desplazada por la rectosigmoidoscopia flexible y esto debido sobre todo a que con esta última es mayor la distancia que puede ser explorada (60cm vs. 25 cm.) que permite detectar un mayor número de lesiones y a su menor molestia que el paciente refiere durante su realización. En los países subdesarrollados como el nuestro debido al alto costo de la rectosigmoidoscopia flexible, la rectosigmoidoscopia rígida sigue siendo el método de elección para realizar la exploración rutinaria del recto y sigmoides. <sup>(11)</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Indicaciones de la rectosigmoidoscopia rígida:**

La rectosigmoidoscopia rígida (RSCR) esta indicada en todos los pacientes que presentan sintomatología anorrectal, en especial en pacientes con sangrado de tubo digestivo bajo, en pacientes con cambios en el habito intestinal, para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades inflamatorias intestinales. También está indicado en la detección oportuna de cáncer colorrectal que estén localizados en los últimos 25 del aparato digestivo, cuerpos extraños, lesiones traumáticas anorrectales, en sujetos asintomáticos a partir de los 40 años de edad, la vigilancia posquirúrgica en pacientes operados por resección de cáncer de colon con anastomosis colorrectal o coloanal y en pacientes con antecedentes de pólipo neoplásico. Otra indicación es la terapéutica, como la extirpación de pólipos de los segmentos que están al alcance del endoscopio, extracción de cuerpos extraños, toma de biopsia de la mucosa del recto o del sigmoides, control hemostático de puntos sangrantes y en algunos casos la reducción de vólvulo en el sigmoides. (2,4.)

**Complicaciones:**

La RSCR tiene una frecuencia muy baja de complicaciones (0.2%), y todavía es menor si se considera únicamente como procedimiento diagnóstico. Una de las complicaciones es la perforación, ésta se puede presentar si se introduce con demasiada fuerza y sin tener una visión adecuada y en especial cuando existen cambios inflamatorios graves que no se distienden al insuflar el aire. Otro mecanismo de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



perforación es ocasionada, en forma accidental, al momento de tomar una biopsia. El uso excesivo del electrocauterio o del electrobisturí al intentar cohibir alguna hemorragia del sitio de biopsia también ha sido reportada como causa de perforación. Esta complicación se puede evitar si se empuja el rectosigmoidoscopio siempre bajo visión directa, y nunca intentar forzar el paso en la unión rectosigmoidea. Las biopsias se deben tomar bajo visión directa, sin ocasionar desgarros, sin incluir todo el grosor de la pared intestinal y de preferencia en las válvulas de Houston.

Otra complicación es la hemorragia, y se puede presentar al momento de tomar una biopsia en lesiones vasculares o de laceraciones traumáticas con el rectosigmoidoscopio. Se puede evitar la hemorragia si se identifica que es una lesión vascular, que, por sí sola, contraindica la toma de biopsia. También está contraindicada la toma de biopsia o cualquier procedimiento terapéutico, si el paciente presenta trastornos de la coagulación <sup>(2,4,8,11)</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III. OBJETIVO GENERAL:

Determinar el número de pacientes que se les practicó la rectosigmoidoscopia rígida, hallazgos del estudio, profundidad alcanzada, los motivos por lo que no se pudo realizar el estudio por completo y complicaciones observadas en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1) Conocer el número de pacientes que se les practicó la rectosigmoidoscopia rígida como parte fundamental del diagnóstico y seguimiento de la patología anorrectal.
- 2) Conocer hasta que profundidad se alcanzó.
- 3) Las causas principales del porqué no se realizó de forma completa.
- 4) Con que frecuencia se encontró patología rectosigmoidea no sospechada en el interrogatorio.
- 5) Número de pacientes que se les practicó la rectosigmoidoscopia rígida en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **V. DISEÑO Y DURACION:**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y longitudinal en pacientes que consultaron por primera vez a la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., y que se les practicó rectosigmoidoscopia rígida de enero de 2001 a diciembre de 2002.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **VI. DISEÑO ESTADÍSTICO:**

Los resultados se presentarán en tablas de frecuencia y porcentaje de acuerdo a cada variable estudiada.

Se presentarán gráficos mostrando los resultados más representativos del estudio y se cruzaron variables en los casos que sea necesario.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VII. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD:

Estudio apegado a los acuerdos de Helsinki de 1964 y sus revisiones por varias asambleas. Por ser de tipo observacional y donde no se compromete la integridad física ni psicológica del paciente, no se requiere de hoja de consentimiento informado para la realización de éste estudio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **VIII. RECURSOS:**

En este estudio se revisaron los expedientes clínicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México O. D., de enero de 2000 a diciembre de 2001, con el asesoramiento de los Médicos de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. Los materiales y equipos utilizados fueron otorgados por el Hospital General de México, O. D.

Se usó computadora para archivar y procesar los datos con el programa Microsoft Word y Excel 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **IX. METODOLOGÍA:**

### **UNIVERSO DE TRABAJO:**

Todos los pacientes que acudieron a la consulta externa en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. de enero de 2001 a diciembre de 2002.

### **CRITERIOS DE INCLUSION:**

Todo paciente que acudió a la consulta externa en la Unidad de Coloproctología y que se les realizó rectosigmoidoscopia rígida durante la exploración proctológica del paciente.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Todo paciente que acudió a la consulta externa en la Unidad de Coloproctología y que no se le realizó rectosigmoidoscopia rígida como parte de la exploración proctológica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **X. MATERIAL Y METODOS:**

Se revisaron 4,725 expedientes clínicos de pacientes que acudieron a consulta en la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002; de ellos, 2,380 pacientes se les practicó rectosigmoidoscopia rígida durante su primera consulta o en consultas subsecuentes. Se excluyeron a todos los pacientes que no se les realizó rectosigmoidoscopia rígida.

Se capturaron las variables en hoja de recolección de datos en donde se incluyó: edad, sexo, profundidad que se logró alcanzar con el rectosigmoidoscopio, las causas por las que no se pudo completar el estudio, hallazgos y en los pacientes que fue necesario tomar una biopsia cual fue el reporte histológico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XI. RESULTADOS:**

Se revisaron 4,725 expedientes clínicos del archivo de la Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D. de enero de 2001 a diciembre de 2002. De ellos, en 2,380 pacientes se les practicó rectosigmoidoscopia rígida (Gráfica 1).

De los 2,380 pacientes, 1,427 pacientes fueron del sexo femenino (59.95%) y 953 pacientes al sexo masculino (40.04%) (Gráfica 2).

Para el sexo femenino la mayor incidencia fue en la década de los 41 a 50 años, con 434 pacientes (18.23%) (Gráfica 3). En los varones la mayor incidencia fue de los 31 a 40 años, con 264 pacientes (11.09%) (Gráfica 4).

La rectosigmoidoscopia rígida completa hasta los 25 cm de profundidad se pudo realizar en 1,746 pacientes (73.36%); de ellos, 990 pacientes fueron del sexo femenino (56.70%) y en 756 pacientes del sexo masculino (43.30%) (Gráfica 5). En 634 pacientes no se pudo completar el estudio (26.66%); de estos, en 326 pacientes se pudo explorar hasta 15 cm de profundidad (51.41%) (Gráfica 6).

Las principales causas que imposibilitaron que se pudiera completar el estudio fue en 329 pacientes por ángulo rectosigmoideo infranqueable, la segunda causa fue por dolor que provocó la maniobra y se presentó en 211 pacientes (33.28%) (Gráfica 7).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico más frecuente fue la enfermedad hemorroidal en 641 pacientes (79.42%) (Tabla 1), seguida por la enfermedad inflamatoria intestinal en 45 pacientes (5.57%), confirmado histológicamente. La presencia de pólipos se identificaron en 35 pacientes (4.33%), y se confirmó su extirpe histológico por biopsia o por la pieza quirúrgica (Gráfica 8). La mitad de los pólipos se localizaban en el tercio medio del recto y un 23% más allá de los 15 cm del ano (Grafica 9).

En 24 pacientes se diagnosticó carcinoma de recto (2.9%) (Gráfica 10); de ellos el 54% fueron del sexo masculino y el 46 % del sexo femenino. La década de mayor incidencia fue entre los 41 a 50 años, con 7 casos (29.16%) (Grafica 11) y el sitio de localización más frecuente fue entre los 6 y 10 cm del ano (75%) (Grafica 12). No se presentó ningún caso en el colon sigmoides.

En 71 pacientes se identificó patología no sospechada clínicamente y fue posible su diagnóstico gracias al estudio endoscópico (Grafica 13).

No se presento ninguna complicación inherente al estudio endoscópico.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **XII. DISCUSIÓN:**

Se revisaron 4,725 expedientes clínicos del archivo de la unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, O. D., de enero de 2001 a diciembre de 2002; de ellos, en 2,380 pacientes se les realizó rectosigmoidoscopia rígida.

En éste estudio se observó que en el sexo femenino predominó con una relación de 1.4:1, esto es debido probablemente que algunas patologías coloproctológicas son más frecuentes en el sexo femenino.<sup>(10)</sup>

Los grupos de edad que con mayor frecuencia se realizó la rectosigmoidoscopia rígida fueron para el sexo femenino de 41-50 años de edad y para el sexo masculino de 31 a 40 años de edad, lo que es similar a lo reportado en otros estudios.<sup>(7,10)</sup>

En la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México, se logro realizar el estudio endoscópico completo en 73% de los pacientes. En otros estudios de la literatura este porcentaje oscila entre 22% y 72%<sup>(5, 6,7,10)</sup>.

No se logro completar la rectosigmoidoscopia en 634 pacientes, de ellos el 69% fueron del sexo femenino. La principal causa por la que no se logro completar fue la angulación excesiva en la unión rectosigmoidea en 329 pacientes (51.89%)<sup>(5, 6, 9 10)</sup>.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico más frecuente fue la enfermedad hemorroidal, que coincide con otras series<sup>(7,12)</sup>.

En 1.4% de las rectosigmoidoscopia se identificó lesiones polipoides, que es menor al 2% reportado en otras series. Esto es probablemente a que estas lesiones son más frecuentes en países como Estados Unidos y en Gran Bretaña en donde son estos reportes. La distancia que con mayor frecuencia se localizaron los pólipos fue en el tercio medio del recto<sup>(11,13, 14)</sup>.

En Nuestra revisión todos los carcinomas se presentaron en el recto. Es una patología que por lo regular se presenta después de los 50 años de edad. En nuestra serie un tercio se presento antes de esta edad. Lamentablemente el carcinoma de recto se esta presentando en edades más tempranas cada vez más frecuente en nuestro país, igual que lo referido en otros sitios. En nuestro estudio el carcinoma de recto se presento en incidencia similar en ambos sexos<sup>(6,7,11,14)</sup>

En esta revisión se identificaron lesiones no sospechadas clínicamente en 71 pacientes (2.9%). De ellos, el 44 % correspondieron a lesiones polipoides y en 23 pacientes (32%) carcinoma de recto. Esto es importante sobretodo en el caso de las lesiones premalignas ya que la realización de la rectosigmoidoscopia asociado con la polipectomía reducirá hasta en un 60% la morbilidad y mortalidad del cáncer del recto y parte distal del sigmoide.<sup>(11)</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **XIII. CONCLUSIONES:**

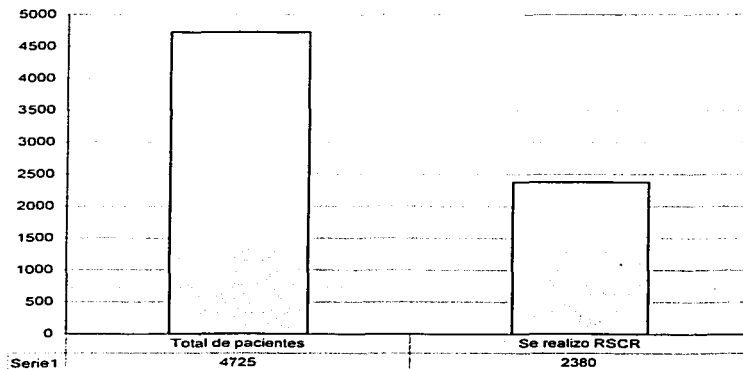
- 1.- En la Unidad de Coloproctología del Hospital General de México los pacientes del sexo femenino fueron los que acudieron con mayor frecuencia a consulta.
- 2.- La rectosigmoidoscopia rígida continua siendo el primer método diagnóstico para las enfermedades anorrectales en nuestro país.
- 3.- En nuestro estudio se logró realizar el estudio endoscópico en un porcentaje adecuado.
- 4.- Dentro de las variables anatómicas la angulación de la unión rectosigmoidea es la principal causa por la que no se puede realizar de forma completa el estudio endoscópico.
- 5.- El estudio endoscópico está contraindicado en cualquier patología dolorosa anal (fisura anal, absceso anal, trombosis hemorroidal, etc.). Sin embargo una vez corregida la patología causante del dolor, la rectosigmoidoscopia puede realizarse sin ningún problema.
- 6.- Al practicarse la rectosigmoidoscopia rígida de forma rutinaria como parte de la exploración proctológica se puede encontrar lesiones premalignas y malignas no sospechadas clínicamente y poder ofrecer un tratamiento más temprano disminuyendo la morbilidad y mortalidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.-La rectosigmoidoscopia rígida permite realizar procedimientos terapéuticos como la polipectomía, tomas de biopsia de las lesiones encontradas o como parte del protocolo de seguimiento de enfermedades inflamatorias intestinales.

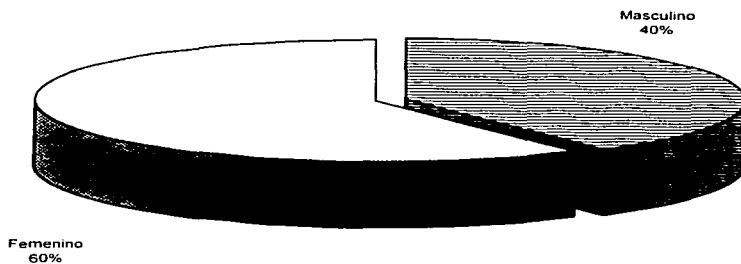
8.- Con el estudio endoscópico se puede medir la distancia que se encuentra la lesión del anal. Esto es importante sobre todo en el cáncer de recto, que dependiendo de su distancia del ano, se podrá planear el tipo de cirugía.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

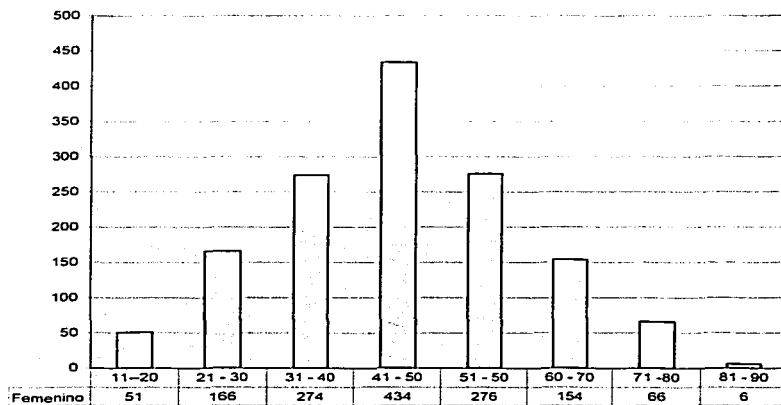
**XIV. GRÁFICAS Y TABLAS:****Gráfica 1. Pacientes que acudieron a consulta de primera vez.**

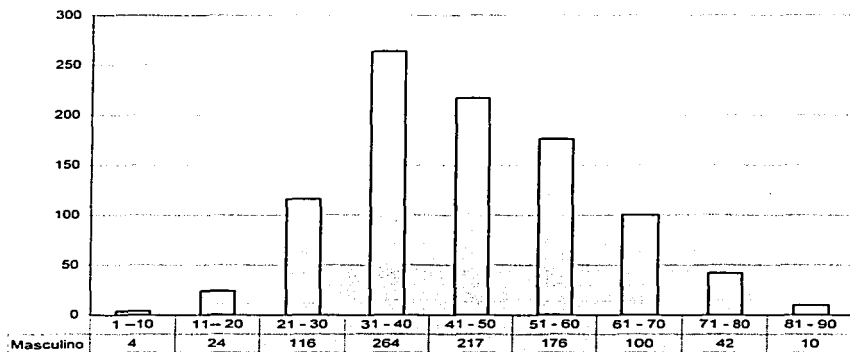


**Gráfica 2. Pacientes estudiados por sexo**



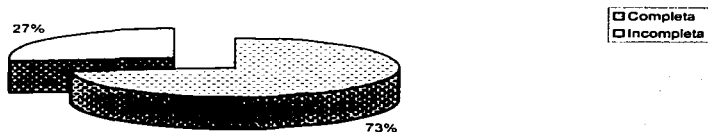
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 3. Pacientes femeninos por edad**

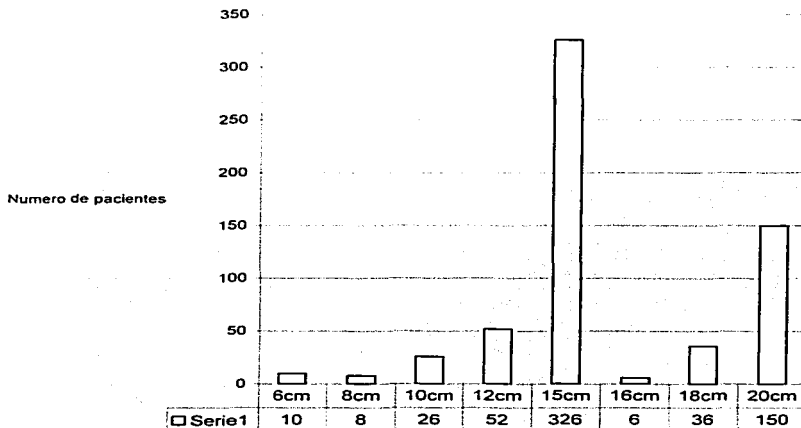
**Gráfica 4. Pacientes masculinos por edad.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 5. Porcentaje en el que se completo el estudio endoscópico**

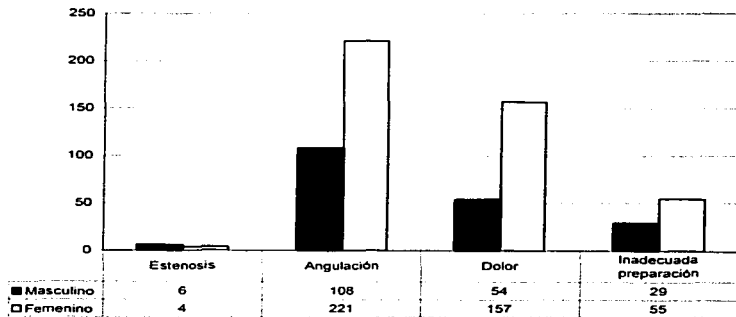


**Gráfica 6. Profundidad alcanzada en pacientes que no se completo el estudio endoscópico**

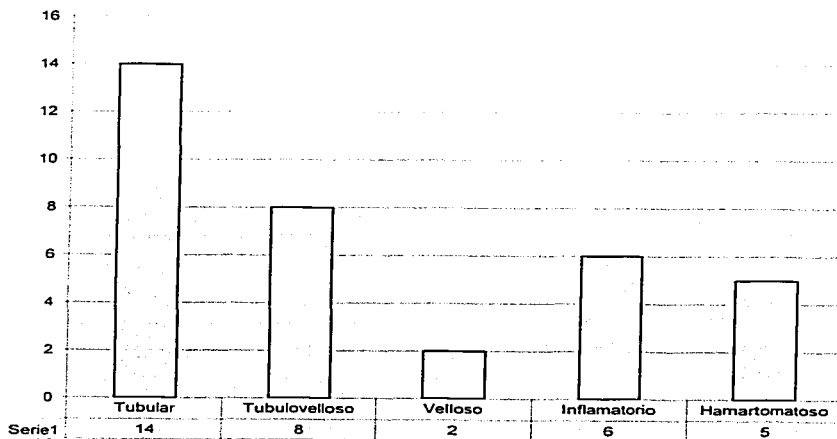


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 7. Causas por las que no se completo el estudio endoscópico**

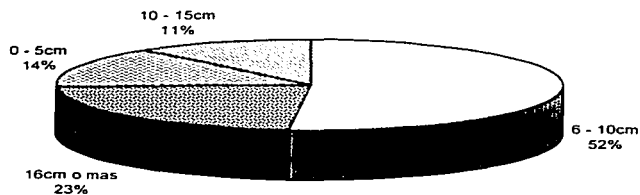


**Gráfica 8. Diagnóstico histopatológico de las lesiones polipoides**



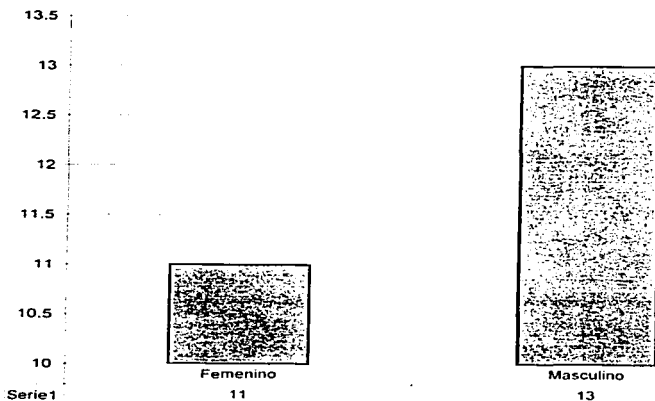
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 9. Distancia en la que se identificaron las lesiones polipoides.**

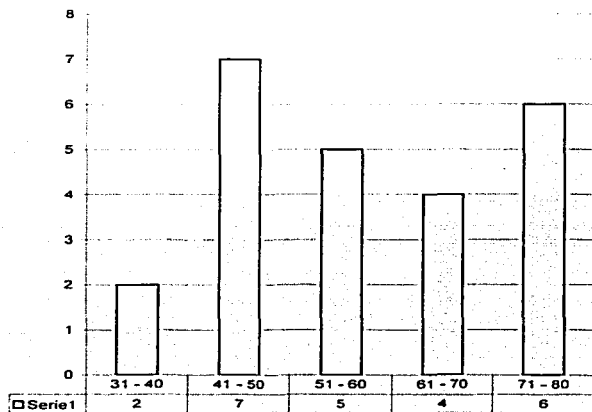


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
ESTADÍSTICA

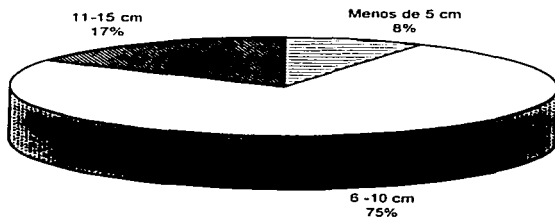


**Gráfica 10. Cáncer de recto por sexo.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

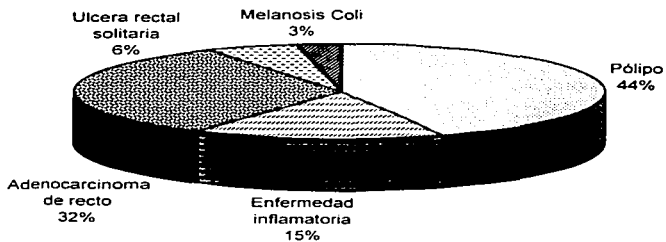
**Gráfica 11. Cáncer de recto por edad.**

**Gráfica 12. Distancia a la que se encontró el cáncer de recto.**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 13. Hallazgos incidentales en la  
rectosigmoidoscopia rígida.**



**Tabla 1. Hallazgos en la rectosigmoidoscopia rígida.**

|                                    | Masculino | Femenino | Total |
|------------------------------------|-----------|----------|-------|
| Enfermedad hemorroidal             | 335       | 306      | 641   |
| Enfermedad inflamatoria intestinal | 21        | 24       | 45    |
| Lesión polipoide                   | 22        | 13       | 35    |
| Carcinoma de recto                 | 13        | 11       | 24    |
| Papila anal hipertrofica           | 20        | 5        | 25    |
| Proctitis posterior a radiación    | 0         | 19       | 19    |
| Condiloma                          | 12        | 0        | 12    |
| Ulcera Rectal Solitaria            | 0         | 4        | 4     |
| Melanosis Coli                     | 0         | 2        | 2     |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**XV. BIBLIOGRAFIA:**

- 1 Avendaño EO. Proctología. Ed. Impresiones Modernas S.A. México, D.F. 1968:96-102.
- 2 Corman ML. Colon & Rectal Surgery 4<sup>th</sup> Ed. Ed. Lippincott-Raven, Philadelphia, New York 1998:51-58.
- 3 Gordon PH. Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus 2<sup>th</sup> ed. Quality Medical Publishing, Inc. St Louis Missouri, 1999:92-94.
- 4 Takahashi T. Colon, Recto y Ano Enfermedades médico-quirúrgicas 1era Ed. Editores de textos Mexicanos. México, DF.
- 5 Taffinder N.J, Gould S.W.T, Wan A.C.T, Taylor P, Darzi A. Rigid Videosigmoidoscopy vs conventional sigmoidoscopy. Surgical Endoscopy 1999;13:814-16.
- 6 Grobe JL, Kozarec RA, Sanowski RA. Flexible versus rigid sigmoidoscopy: a comparison using an inexpensive 35-cm flexible proctosigmoidoscope. Am J Gastroenterol 1983;78:569-571

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 7 Mann CV, Gallagher P, Frecker PB. Rigid sigmoidoscopy: an evaluation of three parameters regarding diagnostic accuracy. Br J Surg 1988;75: 425-427
- 8 Nicholls RJ, Dube S. The extent of examination by rigid sigmoidoscopy. Br J Surg 1982;69:438.
- 9 Robinson RJ, Stone M, Mayberry JF. Sigmoidoscopy and rectal biopsy: a survey of current UK practice. Eur J Gastroenterol Hepatol 1996;8:149-151
- 10 Salazar M, Jackson R. Reasons for incomplete proctoscopy. Dis Colon Rectum 1969;12:19-21
- 11 Rex D, Johnson D, Lieberman A, Burt R, Sonnenber A. Colorectal cancer prevention 2000: Screening recommendations of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterology 2000;95:868-875.
- 12 Montiel A, Zagal A, Varela M. Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología del anorrecto. Cir Ciruj 2002;70:169-172
- 13 Mitchell S, Cappell, Friedel D. The role of sigmoidoscopy and colonoscopy in the diagnosis and

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

management of lower gastrointestinal disorders:  
endoscopic findings, therapy and complications. Clinica  
Medical of North America 2002;86

14 Trowbridge B, Burt Randall. Clorectal cancer screening.  
Surgical Clinics of North America 2002;86

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN