

11215  
4  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
CENTRO HOSPITALARIO 20 DE NOVIEMBRE  
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIO SOCIAL  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO



TESIS DE POST-GRADO

REVISION DE 1000 ESTUDIOS PROCTOLOGICOS  
EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE

PARA LA ESPECIALIDAD EN  
GASTROENTROENTEROLOGIA  
P R E S E N T A

DR. JAIME ADOLFO LAUDE ROBERT  
DIRIGIO: DR. RAMON BOOM ANGLADA

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

A MI ESPOSA DIGNA MERCEDES

Quien compartió conmigo los momentos  
buenos y malos.

Tu comprensión siempre me dio fuerza.

A JAINE ADOLFO

Motivo y razón de cuanto hago

A MIS PADRES :

DR. SAID AUDE RODRIGUEZ.

SRA. PILAR ROBERT DE AUDE

De quienes recibí siempre el ejemplo  
que saben dar las personas honradas  
y de trabajo. Responsables absolutos  
de la meta que hoy logro.

A MIS HERMANOS :

GILBERTO, MONTSERRAT, LEOPOLDO y WILLIAM

Que siempre se mantenga la unidad de la  
familia.

AL DR. RAJON BOON ANGLADA

Director de la presente tesis.  
Siempre puso todo su empeño para  
que nuestra preparación fuera lo  
mejor. Ejemplo a seguir para cual-  
quier persona.

A MIS MAESTROS:

DR. RANULFO HERNANDEZ CATEOS

DR. PEDRO NOVALES HARELES

DR. RAUL QUINTERO

DR. ELMER OCANA ANDRADE

Con ellos compartí durante dos  
años, la satisfacción del con-  
tacto diario con el paciente.  
Espero nunca olvidar sus enseñanzas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

ANATOMIA ANORECTAL Y DEL SIGMOIDES.....	1
FISIOLOGIA ANORECTAL.....	9
METODOS EXPLORATORIOS Y DIAGNOSTICOS.....	13
LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA.....	34
INDICACIONES.....	34
CONTRAINDICACIONES.....	35
TECNICA.....	35
COMPLICACIONES.....	38
OBJETIVOS.....	41
MATERIAL Y METODO.....	42
RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58

### ANATOMIA ANORECTAL. (3,16,17,24)

Esta región comprende el extremo inferior del tubo digestivo, y comprende el ano, el conducto anal, la línea anorectal y el recto.

Las paredes del conducto anal están recubiertas por piel y provienen del proctodeo embrionario, siendo de origen ectodérmico; el recto está cubierto de mucosa endodérmica originada en el intestino posterior.

ANO.-Es el orificio terminal, en forma de depresión alargada en sentido anteroposterior, a la que convergen pliegues de piel fina hiperpigmentada; en estado normal está cerrado y solo se abre por la salida del bolo fecal.

CONDUCTO ANAL.-Es muy importante por las afecciones que puede padecer y su papel en el mecanismo de continencia fecal. Está comprendido entre el ano y la línea anorectal. Está cubierto de piel y mide de 1,5 a 4cm. En el sujeto normal se encuentra colapsado en reposo.

LINEA ANORECTAL.-Se llama también línea dentada, línea pectinada o pectínea, o unión mucocutánea. Está formada por pliegues longitudinales de 1 a 2 mm de longitud conocidos como columnas anales o de Morgagni, separadas entre sí por válvulas semilunares; por encima de cada una de estas válvulas existe una pequeña depresión conocida como seno anal o cripta de Morgagni. En las criptas anales se puede alojar material extraño causante de patología.

Esta línea representa la unión del ectodermo con el endodermo y establece un límite en la distribución de los sistemas circulatorio, linfático y nervioso de la región.

RECTO.-Es el segmento terminal del intestino grueso, su longitud fluctúa entre 12 y 15 cm., y su diámetro es mayor que cualquier porción del colon. Está limitado hacia arriba por la unión recto-sigmóica, y hacia abajo por la unión anorectal. Este órgano no es recto como lo indica su nombre. Empezamos a nivel de la tercera vértebra sacra y se dirige hacia abajo en dirección paralela a la concavidad del sacro, al que está adherido por tejido areolar flojo, hasta llegar al coxis. Luego el recto se hace casi horizontal y su cara posterior se pone en contacto con los elevadores del ano

y su aponurosis que forman el piso pélvico.

En la mujer, la porción distal de la pared anterior del recto horizontal se adhiere a la cara posterior de la vagina, a la que se fusiona formando el septum o tabique recto-vaginal. En el hombre esta parte del recto está en relación con la próstata.

En el extremo inferior del tabique recto-vaginal, el recto se separa de la vagina y se dobla bruscamente hacia abajo y atrás, de modo que la pared rectal anterior se apoya en el piso pélvico.

Luego pasa entre los elevadores y se convierte en conducto anal. Está constituido por cuatro capas, que de afuera a dentro son: peritoneal, muscular, submucosa, mucosa.

La mitad superior del órgano es intraperitoneal y constituye la porción pélvica; la mitad inferior es extraperitoneal. El peritoneo está adherido a las caras anterior y laterales. La pared posterior está en su totalidad desprovista de revestimiento peritoneal.

La capa muscular está formada por dos músculos, uno interno y grueso de fibras circulares y otro externo y fino de fibras longitudinales.

Hacia arriba se continúan con la musculatura del colon, pero la capa longitudinal se condensa en tres bandas llamadas teniae coli, que lo recorren en su totalidad. Hacia abajo ambos músculos contribuyen a la formación de la musculatura anal.

La submucosa contiene los vasos y nervios del recto.

La mucosa es normalmente de color rosado o rojo pálido, es tersa y deja ver por transparencia la red sanguínea submucosa.

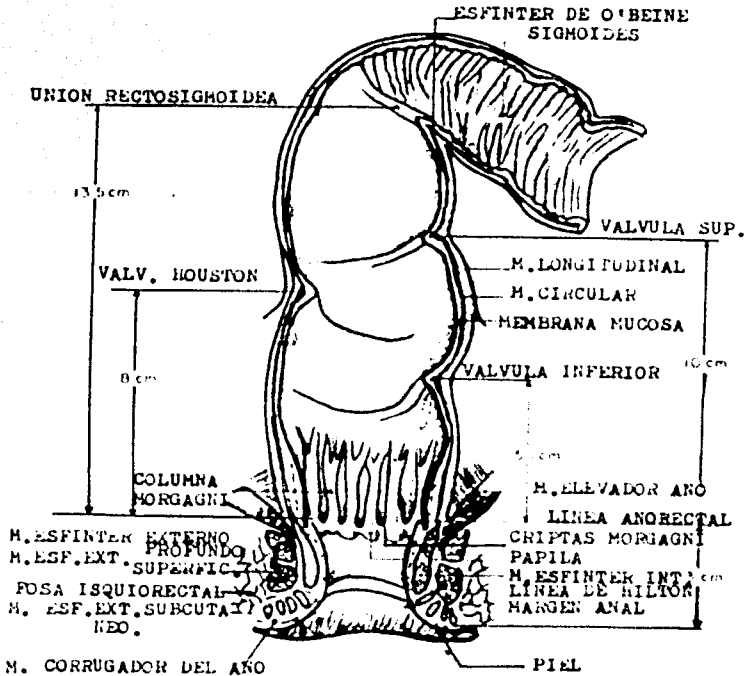
Esta capa forma tres pliegues, dispuestos en espiral, de forma semilunar, llamados válvulas de Houston. La válvula inferior es izquierda, la media es derecha y la superior también izquierda.

La anatomía de la región anorectal se puede apreciar en la figura No 1.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



FIGURA 1



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

### IRRIGACION DEL CONDUCTO ANAL Y DEL RECTO.

La irrigación del conducto anal y el recto está integrada por las arterias hemorroidales superiores, terminales de la arteria mesentérica inferior, hemorroidales medias, derecha e izquierda, ramas de las ilíacas internas, y las arterias hemorroidales inferiores derecha e izquierda que provienen de las pudendas internas, ramas de los vasos ilíacos internos.

La hemorroidal superior llega a la cara posterior de la unión rectosigmoidea, donde se divide en dos ramas, una derecha y una izquierda; estas continúan su curso hacia abajo y adelante para llegar a los caras laterales del recto, perforan las capas musculares y continúan en plena submucosa para terminar en la línea anorectal. Las ramas terminales de la hemorroidal superior se anastomosan con las terminales de las arterias medias e inferiores a nivel de la línea anorectal.

Las hemorroidales medias pasan por el espesor de los ligamentos laterales del recto, para distribuirse en la parte inferior de la musculatura anterior del recto.

Las arterias hemorroidales inferiores se dividen en tres o cuatro pequeñas ramas que irrigan el conducto anal y la piel perianal.

Las arterias hemorroidales medias e inferiores se anastomosan con las correspondientes del lado opuesto.

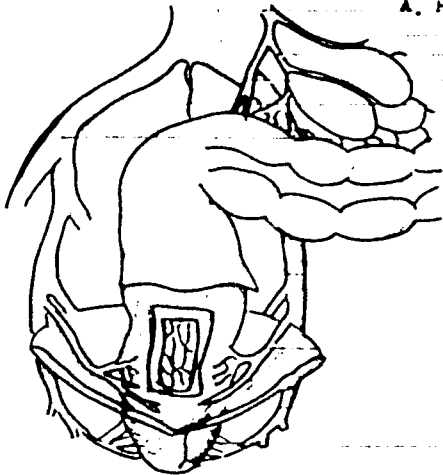
La circulación venosa del ano y recto se realiza a través de las venas hemorroidales superior, medias e inferiores, que corresponden y siguen el curso de las arterias del mismo nombre.

La vena hemorroidal superior es tributaria de la vena mesentérica inferior, rama de la porta; de este modo, la vena hemorroidal superior es tributaria de la porta. Las venas hemorroidales medias e inferiores son tributarias de la vena hipogástrica y por lo tanto del sistema cava inferior. Esta distribución es muy importante en la propagación de infecciones y producción de metástasis malignas por vía hematológica.

En las zonas inmediatamente superior e inferior a la línea anorectal se encuentran los plexos venosos hemorroidales. La porción superior del plexo es la región hemorroidal interna y es submucosa; desemboca en la vena hemorroidal superior, y su dilatación forma las hemorroides internas. La porción inferior es la zona hemorroidal externa y es subcutánea; es tributaria de la vena hemorroidal

FIGURA 2

## A. MESENTEREA INFERIOR



A. COLICA IZQ.

A. SIGMOIDEA

A. HEMORROIDAL SUPERIOR

A. SACRA MEDIA

A. ILIACA PRIMITI

VA

A. HIPOGASTRICA

A. HEMORROIDAL MEDIA

A. PUDENDA INTERNA

A. HEMORROIDAL INFERIOR

V. MESENTERICA INF.

V. COLICA IZQ.---

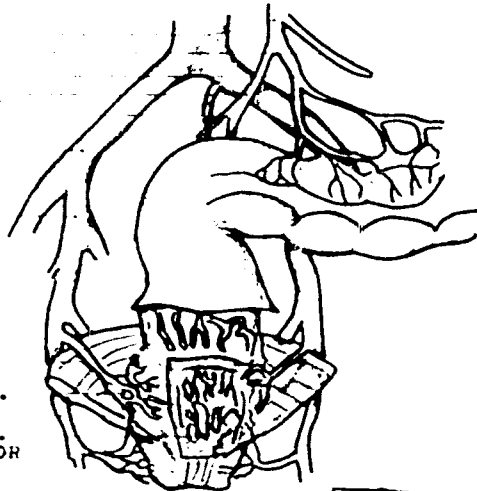
V. SIGMOIDEA---

V. HEMORROIDAL SUP.---

V. SACRA MEDIA---

V. ILIACA COMUN

V. HIPOGASTRICA



V. HEMORROIDAL MEDIA

PLEXO HEMORROIDAL EXT.

V. PUDENDA INTERNA-

PLEXO HEMORROIDAL INT.

V. HEMORROIDAL INFERIOR

IRRIGACION SANGUINEA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

inferior y su dilatación constituye las hemorroides externas. El esquema de la irrigación sanguínea se muestra en la figura 2.

### LINFATICOS.

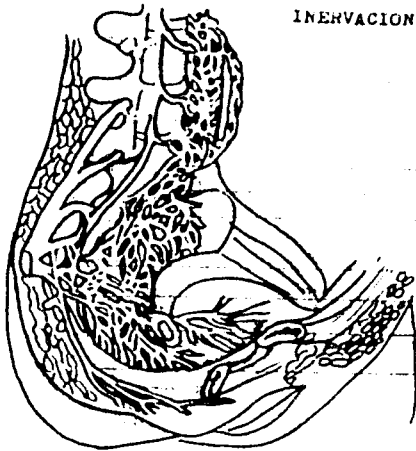
Se pueden dividir en dos grupos: intramurales, que se encuentran en las capas submucosa y subserosa de la pared intestinal que se conectan y drenan en los linfáticos extramurales; que constituyen el segundo grupo. Estos siguen a los vasos sanguíneos, constituyéndose tres rutas. Hacia arriba, mediante los linfáticos que acompañan a los vasos hemorroidales superiores y mesentéricos inferiores, esencialmente a los ganglios aórticos, puede también drenar a los ganglios epiploicos y paracólicos a lo largo del colon sigmoideo. Lateralmente, a lo largo de los vasos hemorroidales medios hacia los ganglios iliacos internos. Hacia abajo, a través de los ganglios pararectales, en el dorso del recto y a lo largo de los plexos linfáticos en la piel perianal y anal, los esfínteres anales y la grasa isquiorectal, para alcanzar eventualmente a los ganglios inguinales que se encuentran a lo largo de los vasos iliacos internos.

### INERVACION.

El conducto anal, región perianal y esfínter externo se encuentran inervados por nervios sensitivos provenientes de las divisiones anteriores y posteriores de los nervios sacros y coxigeos, a través de las ramas hemorroidales inferiores del nervio pudendo, por ramas del plexo sacro y a veces por una rama hemorroidal inferior del nervio pudendo.

El esfínter interno del ano y el resto de la musculatura del intestino bajo, formados por fibra lisa, se encuentran inervados por el sistema nervioso autónomo con sus componentes simpático y parasimpático. La inervación simpática está dada por intermedio del nervio presacro o hipogástrico que nace de tres raíces: una central que desciende sobre la bifurcación de la aorta, desde el plexo aórtico; y dos laterales, cada una formada por la unión de los nervios espláncnicos lumbares. El nervio presacro se divide en dos ramas que se separan para pasar a la pelvis formando los plexos pelvianos que reciben también ramas de los nervios sacros pa-

FIGURA 5  
INERVACION



PLEXO AORTICO  
PLEXO MESENTERICO INF.

NERVIOS HIPOGASTRICOS  
PLEXO HIPOGASTRICO  
PLEXO HEMORROIDAL SUPERIOR

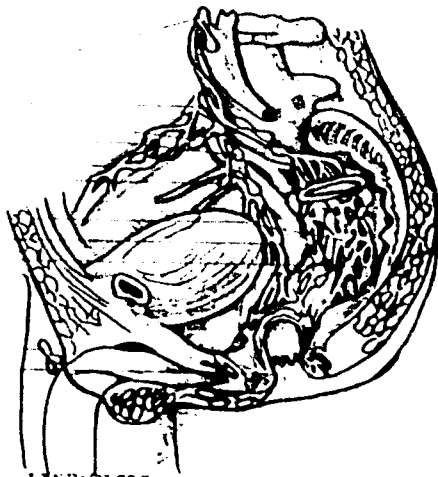
PLEXO PELVICO  
AUTOSOMICOS SACROS  
PLEXO HEMORROIDAL  
NERVIO PUDENDO

GANGLIO PRAEOORTICO

GANGLIO PARA-AORTICO  
G. ILIACO COMUN MEDIAL  
G. ILIACO COMUN  
G. ILIACO EXTERNO  
G. ILIACO INTERNO

GANGLIO PARARECTAL  
G. HEMORROIDAL MEDIO  
G. SACRAL

G. INGUINAL  
LINEA ANORECTAL



LINFATICOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

rasimpáticos. Desde las células ganglionares, distribuidas en todo el curso de los nervios pelvianos, se originan fibras postganglionares que inervan el recto inferior y las paredes de los órganos ya mencionados.

La inervación parasimpática proviene de ramificaciones conocidas como nervios erectores o sacros, autónomos, que derivan del segundo, tercero y cuarto nervios sacros a cada uno de los lados; y emergen del agujero sacro anterior pasando lateralmente hacia adelante y arriba, para unirse con los plexos pelvianos de los nervios simpáticos en las paredes laterales pelvianas.

En la figura 3 se aprecia la distribución de los linfáticos y nervios.

FISIOLOGIA ANOREctal

FISIOLOGIA DE LA DEFECCACION.-<sup>(16)</sup> Cuando el bolo fecal acciende al recto se produce una distensión que le hace contraerse y aumentar la presión intrarectal hasta provocar el deseo de defecar. Este deseo puede ser rechazado o complacido, pero, de cualquier manera el esfínter interno se relaja. Si es satisfecho se produce una respuesta muscular coordinada, consistente en la contracción de los elevadores del ano, que se colocan en posición horizontal para resistir la fuerza que se ejerce desde arriba. Si el deseo es rechazado el esfínter externo se contrae voluntariamente, pero solo por un período de tiempo breve, que comunmente no pasa de un minuto, pues al cabo de ese tiempo sufre fatiga; sin embargo este corto tiempo es suficiente para que el recto realice la adaptación plástica de su nuevo contenido y que disminuya la presión ejercida en sus paredes. El esfínter interno recupera su tono y con ello, la continencia involuntaria; el esfínter externo se relaja y desaparece el deseo de defecar.

CONTINENCIA ANAL.-Es la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de materias fecales sólidas o líquidas y gases. Esta función depende de un factor sensorial y un factor motor. El primero está constituido por dos zonas sensoriales, una situada en los últimos centímetros del recto y otra en el conducto anal. El segundo factor lo representa la musculatura esfinteriana propiamente dicha, capaz de rechazar o exagerar voluntariamente el impulso de la defecación.

FACTOR SENSORIAL.-La continencia requiere de una zona receptora normal, con vías nerviosas que la relacionen con la mente consciente o inconscientemente. El mecanismo receptor se encuentra en los últimos 5-7 cm del recto; en el conducto anal existe un factor secundario de continencia que tiene como función principal la diferenciación entre heces líquidas y gases, cuyo control normal se debe a que el esfínter interno tiene un tono de reposo moderado que ocluye el conducto anal, al que se agrega la acción rápida y voluntaria del esfínter externo. Esto significa que la zona alta está relacionada con la respuesta del esfínter interno. Así ambas zonas contribuyen a la conservación del tono esfinteriano normal; el conducto anal permanece cerrado por el continuo

tono postural de ambos esfínteres.

FISIOLOGIA DE LA MUSCULATURA ANAL.-El aparato esfinteriano posee el tono y la fuerza contráctil necesarios para proporcionar suficiente margen de seguridad en el mantenimiento de la continencia anal. Esta fuerza puede variar desde los que tienen aumentada y que se nota al tacto rectal, hasta aquellos en que el tono reducido de los músculos permite que después de extraer el rectosigmoidoscopio, permanezca el orificio anal abierto y lentamente se cierra, sin que esto signifique problemas de continencia.

El esfínter externo es un músculo estriado que actúa en la forma ya descrita, reforzado por la posición pubo-rectal del elevador del ano; ambos músculos realizan la parte más importante de la continencia anal de tipo motor, y aunque su constricción es breve y su tono de reposo moderado, cualquier aumento súbito de la presión intra-rectal por la entrada de gases o heces, refuerza inmediatamente su tono, y se sostienen contraídos el tiempo necesario para que el recto efectúe una adaptación plástica de su contenido y disminuya la presión intraluminal.

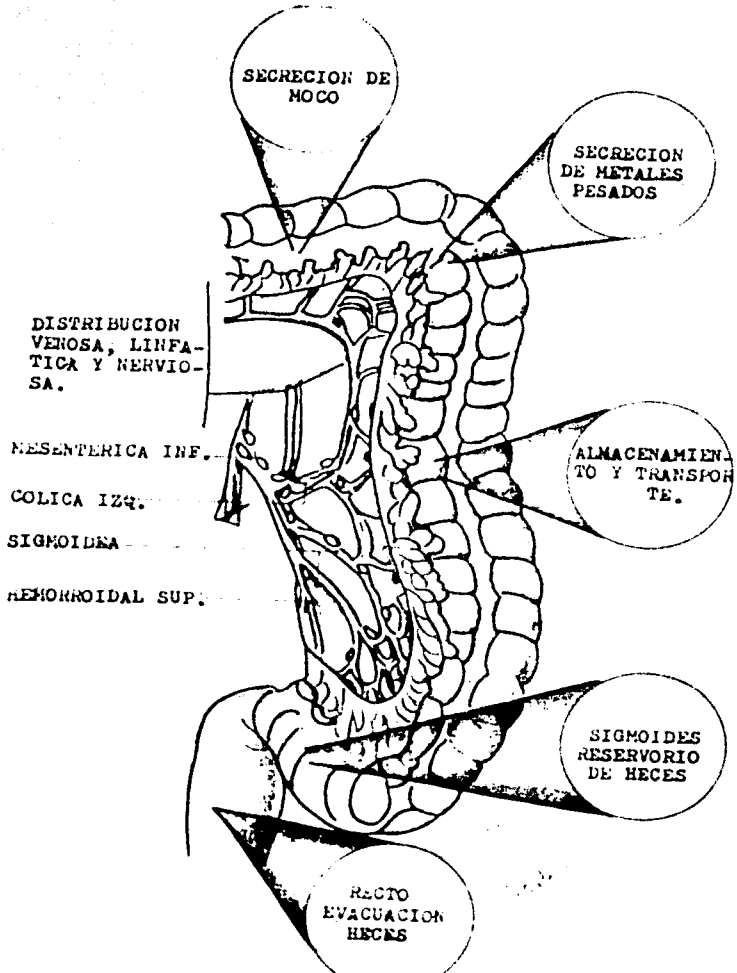
El esfínter interno es el principal responsable del cierre postural continuo del conducto anal.

Durante el cierre voluntario del conducto, complementa a los músculos voluntarios (esfínter externo, porción pubo-rectal del elevador del ano). Controla el grado de dilatación del conducto anal en virtud de que es involuntario y de que forma la capa interna de la musculatura esfinteriana. Vacía el conducto anal y secciona el bolo fecal a nivel de su borde redondeado.

En la figura número 4 se pueden ver las principales funciones del recto, sigmoides y descendente.



FIGURA 4

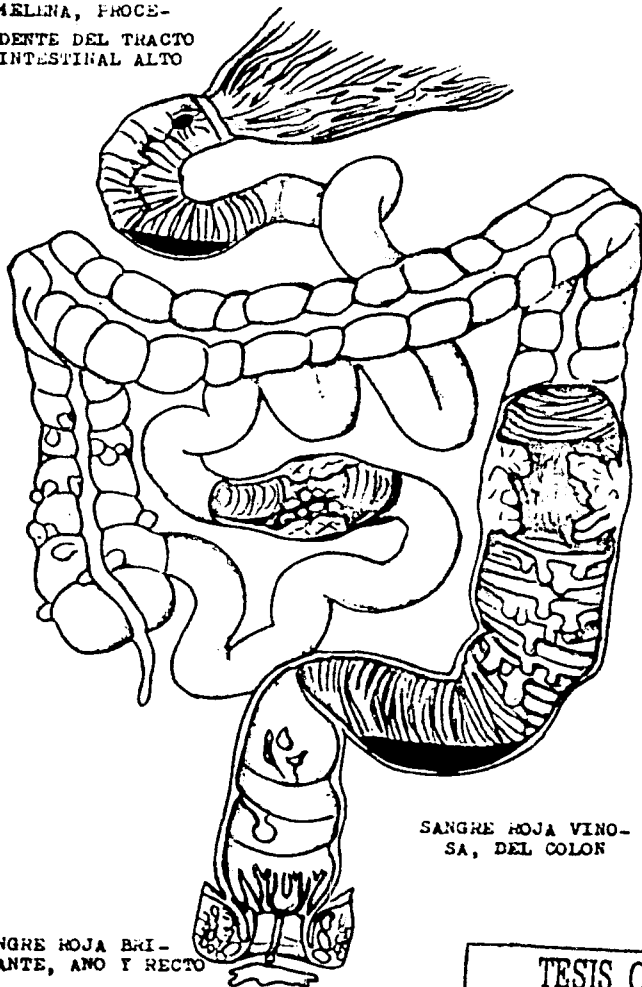


FUNCIONES DEL COLON IZQUIERDO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5

MELINA, PROCE-  
DENTE DEL TRACTO  
INTESTINAL ALTO



SANGRE HOJA BRI-  
LLANTE, ANO Y RECTO

SANGRE HOJA VINO-  
SA, DEL COLON

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS (3,17)

La metodología diagnóstica para las enfermedades proctológicas es la siguiente:

- a) Historia clínica
- b) Exploración proctológica
- c) Laboratorio
- d) Radiología

HISTORIA CLÍNICA.

Se debe efectuar una historia clínica completa. Se hace especial hincapié en la sintomatología proctológica que incluye lo siguiente:

DOLORES Y PRURITO ANAL.-El dolor anal puede ser producido por una fisura anal, absceso perianal y por hemorroides solo en caso de que se encuentren trombosadas o que se prolapsen de manera rápida. El prurito anal tiene múltiples causas, entre las que destacan: fístulas, fisuras, condiloma acuminado, hidradenitis supurativa, cáncer, infecciones por hongos, parasitosis (oxiuros), enfermedades dermatológicas (psoriasis, dermatitis seborreica, liquen plano etc.), dermatitis por contacto, por aplicación de medicamentos u otras sustancias, enfermedades sistémicas (se ha dicho que la diabetes mellitus y las enfermedades hepáticas lo producen), falta de higiene, el idiopático (probablemente en individuos con heces irritantes) y por último el de origen psicógeno, el cual es la causa más frecuente de prurito anal.

Hay que determinar, sobre estos dos síntomas, intensidad, relación con las evacuaciones y ejercicio físico, otras causas que lo provoquen o lo aumenten, y las que lo calman, duración y ritmo durante el día. El prurito es considerado como una variante del dolor.

HEMORRAGIA.-(figura 5) Es un signo muy frecuente, el cual indica patología intestinal alta si su coloración es negra (melena) y baja si es roja brillante (ano, recto) o roja vinoza (colon, ileon). La causa más común de rectorragia son las hemorroides, posteriormente le siguen con igual porcentaje la diverticulosis y la angiodisplasia intestinal (esta última más común en colon derecho), el cáncer más frecuentemente origina sangre oculto en heces positiva. En nuestro medio la colitis amibiana es otra causa importante de rectorragia, generalmente acompañada de evacuaciones diarreicas y de moco.

lada, expulsión en gotas, estrías que rayan el bolo, mancha en el papel higiénico, relación con anorexia y baja de peso.

SECRECIONES.-Hay que determinar el tipo de secreción (purulenta, sanguinolenta, serosa o combinaciones de estas), cantidad, relación con las evacuaciones y el ejercicio físico, olor especial. Entre las patologías que producen secreciones se encuentran: La gonorrea, linfopatía venerea, abscesos, fístulas, micro-adenitis supurativa, proctitis facticia.

TENESMO RECTAL.-Consiste en la sensación del deseo de evacuar y al intentar no existe que defecar. Es un dato de inflamación rectal, por lo que cualquier enfermedad que afecte el recto puede producir este síntoma. Dentro de estas enfermedades tenemos la colitis amibiana, el C.U.C.I., neoplasias.

MOCO.-La expulsión de coque por el ano puede estar causada entre otras por: colitis amibiana, abscesos peri-rectales, colitis mucosa (de origen psicósomático).

Determinar la cantidad, si está solo o mezclado con sangre, frecuencia de aparición, descargas desprovistas de materia fecal.

DEFORMACION DEL BOLO FACAL.-Es un dato muy importante que indica estenosis rectal. Estas estenosis pueden ser de origen maligno o benigno.

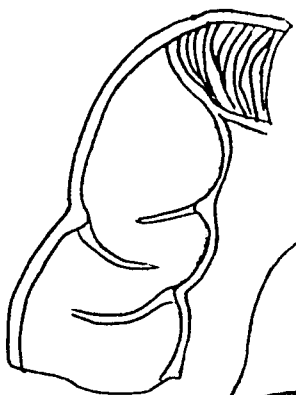
Hay que interrogar sobre si existe dificultad o no para la defecación, diámetro y forma de la evacuación, persistencia o intermitencia.

CONSTIPACION.-Es un dato muy frecuente en los trastornos funcionales del tubo digestivo, principalmente en el colon irritable. Lo importante es detectar cuando este dato está siendo causado por una enfermedad orgánica como el cáncer.

Se interroga sobre el grado de dificultad para la defecación, número de evacuaciones al día, número de días sin evacuar, caracteres de las materias fecales, laxantes empleados y resultados, existencia de falsa diarrea, sensación de evacuación incompleta.

METORISMO.-También es un dato clínico muy frecuente en los trastornos funcionales digestivos, es importante determinar si se relaciona con el dolor (especialmente retortijón), abundancia, expulsión (facil o difícil), aumento del volumen abdominal, generalizado o localizado a una región, relación con imposibilidad para

14010



ALERGIA



IMPACTACION FECAL

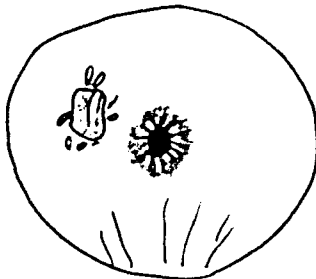


DIARREA

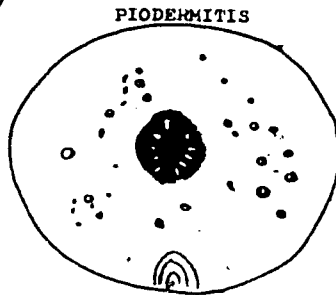
*Colo. Amulensis* "C. de..."

HELIANTHUS COLI

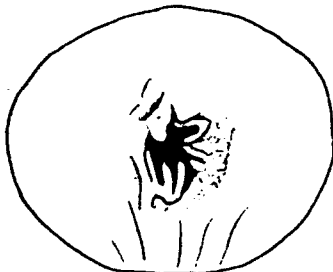
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



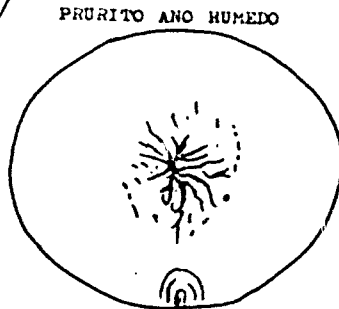
ACTINOMICOSIS



PIODERMITIS

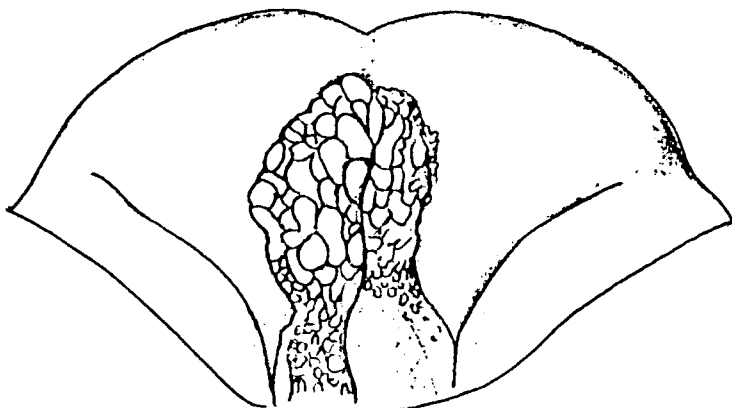


PRURITO ANO SECO

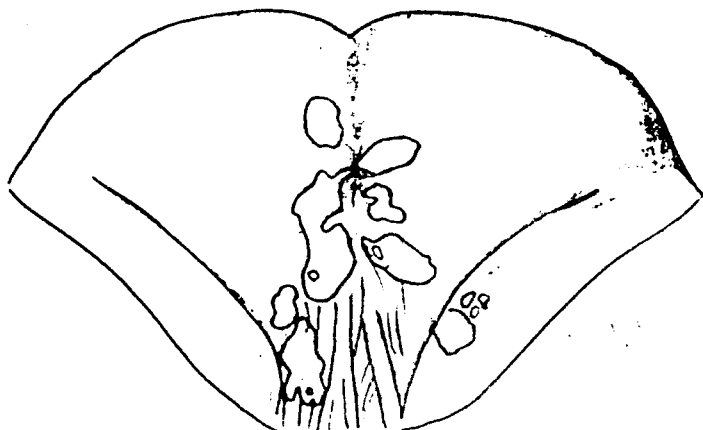


PRURITO ANO HUMEDO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



LINFOGRANULOMA VENEREO



GRANULOMA INGUINAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

defecar.

**DOLOR ABDOMINAL.**-Las causas de dolor abdominal son múltiples, y es de vital importancia saber si la patología que lo está produciendo es de tratamiento quirúrgico o médico (en los casos de dolor abdominal agudo).

Interrogar sobre intensidad, tipo, frecuencia, duración, intermitencia o no, relación con las evacuaciones y expulsión de gases por el ano, relación con el peristaltismo abdominal visible y borborismos.

#### EXPLORACION PROCTOLOGICA

Generalmente sigue a una exploración física completa.

Consiste en la exploración del ano y las regiones aledañas, palpación externa (incluida bimanual), tacto rectal. Sobre la recto-sigmoidoscopia nos referiremos ampliamente en el capítulo siguiente.

El examen físico de la región, sin instrumental consta de dos partes:

1.-Examen de la región perianal.

a)Inspección.

b)palpación, incluyendo la palpación bidigital.

2.-Examen de la región anorectal.

a)Palpación (examen digital).

b)Inspección, incluyendo anoscopia.

EXPLORACION PERIANAL.-Se inicia con la inspección, examinando las regiones glúteas, el área sacrocóccigea y el periné, así como el área perianal.

Es importante tratar de detectar los siguientes signos:

1.-Problemas debidos a

a)Incontinencia

b)Impactación fecal (Figura 6).

2.-Supuraciones.

3.-Dermatitis o evidencia de prurito, como escoriaciones (figura 7)

4.-Infecciones por piojos o gusanos.

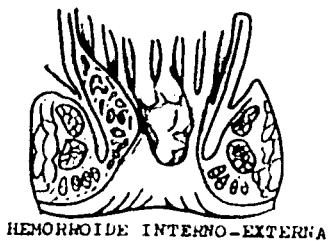
5.-Lesiones verrugosas de condiloma acuminado (el condiloma latum debido a la sífilis es más plano y mucho menos común. (figura 8)

6.-Plegues cutáneos, incluyendo la hemorroides sentinela debajo de una fisura anal. (figura 9).

7.-Protuberancias de hemorroides externas (figura 9).

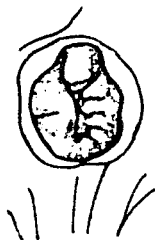


FIGURA 9



HEMORROIDE INTERNA PROLAPSO

HEMORROIDE EXTERNA CON EDEMA

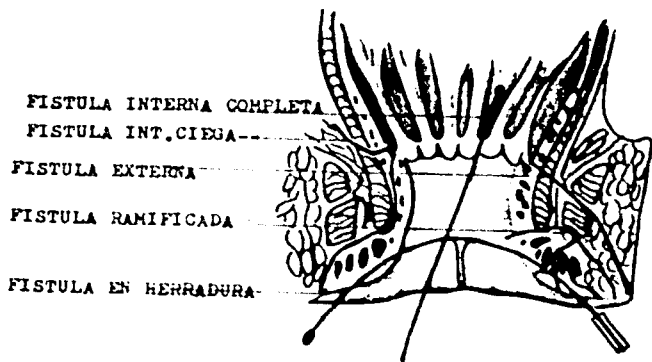
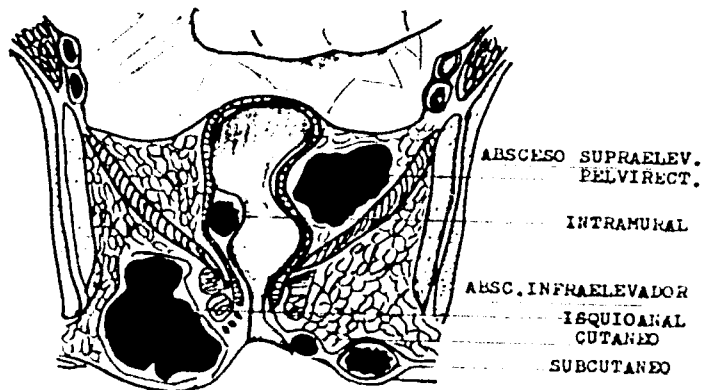


HEMORROIDE EXTERNA TROMBOSADA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

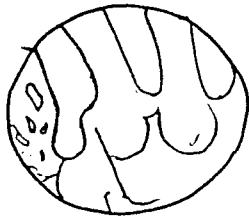
FIGURA 11



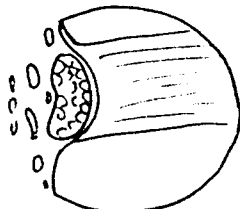
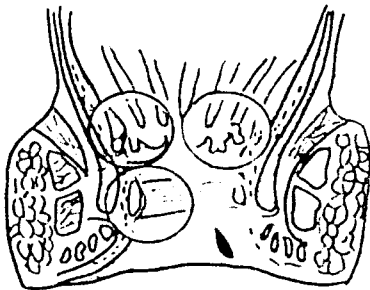
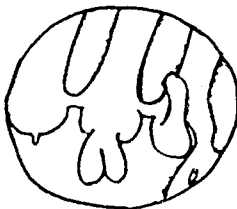
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 10

CRIPITITIS



PAPILA ANAL HIPERTROFIA



PECTENOSIS



FISURA ANAL

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 8.-La sensibilidad de un hematoza perianal o de una hemorroide trombozada.
- 9.-La protuberancia y enrojecimiento de un absceso perianal o isquiorectal (figura 11).
- 10.-Abscesos superficiales múltiples y senos de una hidro-adenitis supurativa.
- 11.-Apertura externa de una fístula (figura 11)
- 12.-Mucosa expuesta debido a:
  - a.-Hemorroide prolapsada (figura 9).
  - b.-Prolapso mucoso (figura 12)
  - c.-Eversión debido a una operación previa.
- 13.-Cicatrices de operaciones antiguas.
- 14.-Detectar cualquier tumor en la piel, lesiones dermatológicas, o enfermedad generalizada (figura 13).
- 15.-El carcinoma escamoso, el cual puede ocurrir sobre el periano, en el canal anal y usualmente se presenta como una saliente ulcerada o indurada.

Se debe biopsiar cualquier lesión sospechosa. Recordar que los nódulos inguinales reciben el drenaje linfático de la región perianal y canal anal, por lo que no deben dejar de palparse.

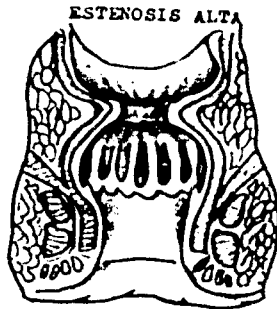
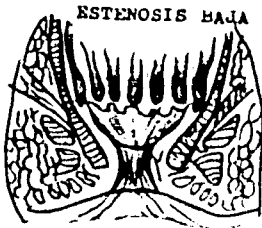
Posterior a esta inspección, se retraen los glúteos y los filos del orificio anal de una manera gentil pero firme, pudiendo examinarse de esta manera la parte inferior de una fisura anal.

Un absceso uretral o periuretral, se puede presentar en el perineo; y en el hombre esta región puede estar cubierta por el escroto y pasar desapercibido.

EXPLOACION ANORECTAL.-para el examen sigital se introduce el dedo bien lubricado, con su parte más ancha paralela al eje antero-posterior del canal anal. Cuando el ano es tocado, el esfínter se contrae, por lo que no se debe introducir el dedo rápidamente. Esperar unos segundos, hasta dar tiempo a que el esfínter se relaje y entonces completar la introducción.

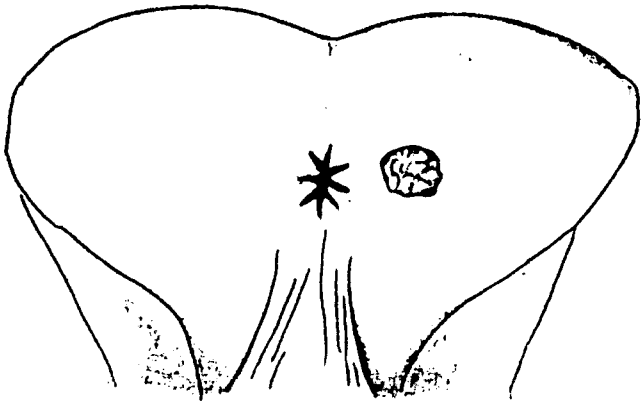
En el canal anal se deben detectar los siguientes signos probables:

- 1.-Tono del esfínter: grado de laxitud, espasmo, estenosis.
- 2.-Hipersensibilidad o irregularidad, debido a una fisura anal o a la apertura de una fístula interiormente. (figura 10)
- 3.-Hipertrofia de papilas (figura 10).

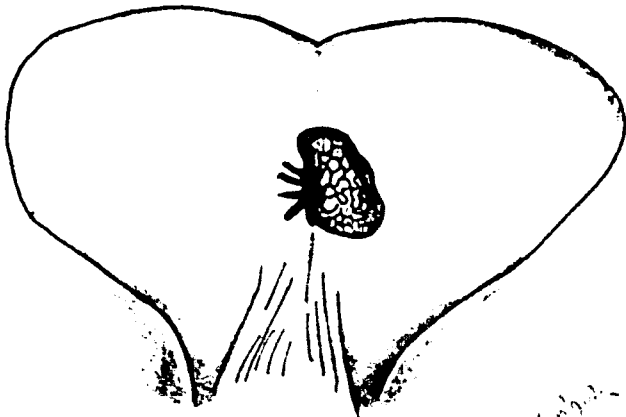


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 13



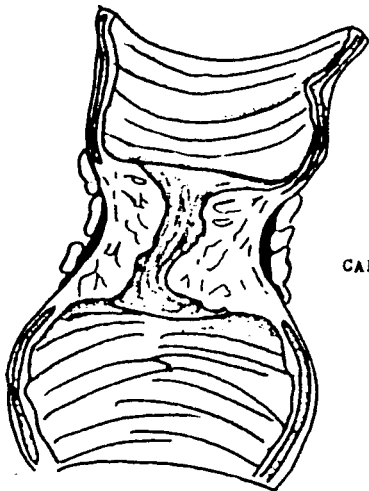
EPITELIOMA DE CELULAS BASALES



EPITELIOMA DE CELULAS ESCAMOSAS

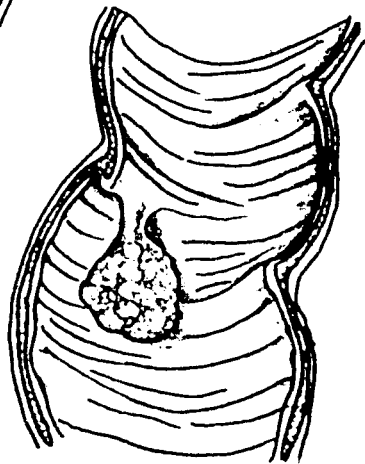
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 14



CARCINOMA ANULAR

CARCINOMA POLIPOIDE



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4.-Cicatrices de un procedimiento quirúrgico previo.

5.-Carcinoma (figura 14).

Las hemorroides internas no son usualmente palpables, ya que se colapsan muy fácilmente, a menos que: 1.-haya sido inyectada con material esclerosante recientemente; 2.-se haya trombosado; 3.-sea portadora de una inflamación crónica muy prolongada.

El dedo explorador no se debe pasar del canal anal (que mide 3cm) hasta que se haya descartado una lesión de dicha zona. Para esto el dedo solo se debe insertar hasta la interfalángica media.

EXAMEN RECTAL.-Si uno conoce las estructuras anatómicas palpables, se puede llegar a desarrollar un dedo explorador muy educado. Las estructuras normales y las lesiones palpables son las siguientes:

LESIONES Y ESTRUCTURAS INTRINSECAS.-Intraluminal, mucosa y submucosa e intramural.

1.-Intraluminal.-heces, impactación, cuerpos extraños.

2.-Mucosa y submucosa:

- a)Inflamación.-hemorroides trombosadas o inyectadas, abscesos submucosos, úlceras grandes y pequeñas estenosis (figura 12).
- b)Traumáticas.-lesiones por el enema, plastrones.
- c)Neoplásicas.-pólipos, carcinomas, carcinoides, melanomas (figura 15).

3.-Intramural.-depósitos endometriales (figura 16), tumores benignos o malignos.

ESTRUCTURAS EXTRINSECAS Y LESIONES.-Se examinan las paredes anterior, lateral y posterior del recto.

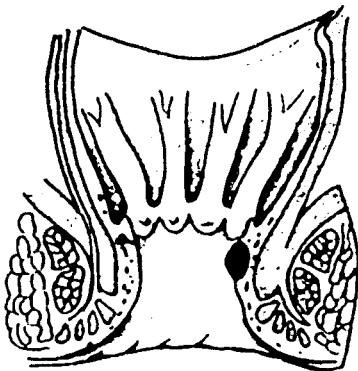
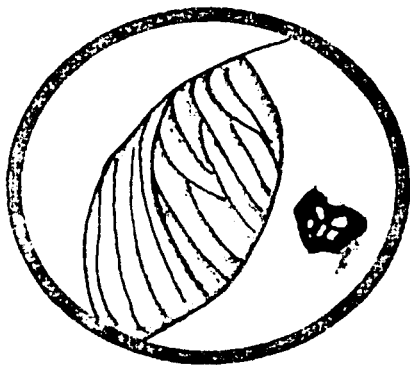
1.-Anterior.-prótata y vesículas seminales, o cervix y útero. Peritoneo, en las mujeres principalmente, ovario, heces en un sigmoide redundante. Dentro de las anomalías están: masas pélvicas (neoplasias de sigmoide, intestino delgado, ovarios) (inflamatorias por ejemplo apéndice inflamado, ileítis regional, diverticulitis del sigmoide, abscesos pélvicos).

2.-Lateral.-las estructuras normales son: tuberosidad isquial, espina isquial. Las anomalías, como masas pélvicas son las mismas que en la región anterior.

3.-Posterior.-normalmente debemos palpar el coxis y el sacro. Las anomalías probables son: abscesos retrorectales, tumores preacros (ej. quiste detoide, teratoma, condromas) tumores óseos.



FIGURA 15



MELANOMA MALIGNO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El promedio de alcance del dedo explorador es de 7.5cm. Con una presión efectiva se puede alcanzar 10 cm.

Si se sospecha una masa intraperitoneal, se debe efectuar una manobra bimanual rectoabdominal, colocando al paciente en posición de litotomía. Hay que poner especial interés a la pared posterior del recto, justo arriba del esfínter, ya que esta zona es pobremente visualizada con el sigmoidoscopio, y una lesión blanca como el adenoma velloso puede no ser fácilmente palpable.

El coxis se examina mejor por un examen bidigital, con un dedo en el ápula rectal y otro dedo de la misma mano sobre el coxis.

En las mujeres hay que fijarse en la presencia o ausencia de rectoceles. También es importante ver el estado de las glándulas de Bartholin.

Cuando se retira el dedo explorador hay que ver si tiene sangre, moco, pus, así como el olor y características de las heces.

#### ANOSCOPIA

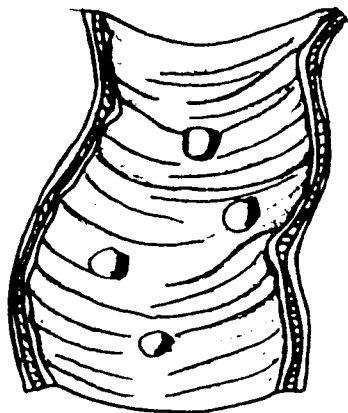
El examen del canal anal se puede hacer de tres maneras: 1) por retracción de los glúteos y el periano; 2) durante la retirada del rectosigmoidoscopio; 3) con el anoscopio.

La principal función del anoscopio es detectar las siguientes lesiones:

- 1.-Una hemorragia que parta del canal anal.
- 2.-Hemorroides internas.
- 3.-La apertura interna de una fístula. Presionandose la región perianal puede aparecer pus y así detectarse el orificio fistuloso.
- 4.-Una úlcera o fisura anal, aguda o crónica, asociada o no a una papila anal hipertrofiada.
- 5.-Condilomas intra-anales.
- 6.-Carcinomas.

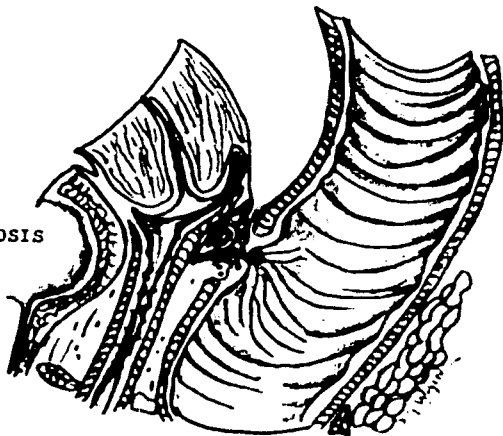
Se debe dilatar digitalmente el esfínter anal previo al estudio. Se usan anoscopios de diferentes longitudes y diámetros. En nuestro servicio se usa un anoscopio ranurado, el cual debe ser removido y reinsertado para ver cada cuadrante, y no debe ser rotado una vez que la ranura ha sido abierta. Sin embargo el anoscopio ranurado da una mejor visualización de la zona, y evita el paso de heces durante el examen.

FIGURA 16



LINFOMA BENIGNO

ENDOMETRIOSIS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

LABORATORIO

Se utilizan los siguientes estudios: biopsia, coprología, azul de metileno, observación directa de secreciones, reacción de Frei y citología.

**BIOPSIA.**-<sup>(12)</sup> Se realiza para obtener evidencia objetiva de la naturaleza de la enfermedad del paciente. Hay algunas patologías en que las evidencias histopatológicas pueden ser consideradas patognomónicas. Siempre una biopsia rectal se debe valorar bajo la luz de los datos clínicos y exploratorios. La indicación más frecuente es para descartar lesión neoplásica, pero existen muchas otras indicaciones en donde es de gran utilidad, como en:

**Ambiasis.**-ya que en ocasiones hay que hacer diagnóstico diferencial con colitis ulcerativa crónica inespecífica (C.U.C.I.)

**Amiloidosis.**-aunque el diagnóstico de esta patología se puede hacer con muestras de múltiples tejidos, el rectal es el ideal.

**Quimioterapia.**-con la administración de 5FU (5-fluoracilo) se producen cambios en la mucosa rectal, como anomalías en el núcleo de la cripta, que nos habla de una adecuada quimioterapia.

**Enfermedad de Crohn.**-en ocasiones esta enfermedad se puede distinguir del C.U.C.I. en el examen rectosigmoidoscópico, otras veces es difícil hacerlo y la biopsia es de mucha ayuda.

**Fibrosis quística.**-La biopsia rectal puede ser diagnóstica en algunos casos atípicos, habiendo dilatación de las criptas con moco, células mucosas muy dilatadas. Estos datos no son patognomónicos.

**Endometriosis.**-Puede imitar un cáncer, tanto radiológicamente, como en la visualización endoscópica (figura 16). En ocasiones, si afecta la mucosa se puede biopsiar.

**Enfermedad de Hirschsprung.**-esta se puede presentar en adultos. Histológicamente hay ausencia de células ganglionares.

**Espiroquetosis intestinal.**-Harland y los demostraron las espiroquetas adheridas a la superficie epitelial, en 10 de 100 biopsias consecutivas.

**Proctitis por irradiación.**-los síntomas pueden aparecer años posteriores a la irradiación. La induración, ulceración o esteno-

sis, puede sugerir un cáncer de novo o una recurrencia. La biopsia es útil para diferenciar.

Melanosis coli.-Es una pigmentación benigna de la mucosa recto-colónica (figura 6), vista en pacientes que usan laxantes de antraquinone.

Neuropatía visceral y enfermedades neuroviscerales de almacenamiento.-en las de almacenamiento se concentran lípidos en las neuronas centrales y periféricas (incluyendo el plexo mientérico submucoso), en el recto hay además depósitos histiocitarios. La biopsia es útil en diferenciar entre ellas, incluyendo Tay-Sach, y se prefiere sobre la biopsia cerebral, técnicamente más difícil y peligrosa.

Equistomiasis.-Ottolina demostró que el recto es el lugar de mayor concentración de equistomoma Kannoni y el japonicum, siendo de utilidad también en el diagnóstico del haematobium.

Quistes y glándulas submucosas.-en la colitis quística se demuestra en las biopsias glándulas benignas mucosas y quistes alineados, con un epitelio de apariencia normal en la submucosa.

Colitis ulcerativa.-en el diagnóstico de C.U.C.I. agudo o crónico, a veces el diagnóstico no presenta ninguna duda, con imágenes sigmoidoscópicas típicas, pero a veces hay que hacer diagnóstico diferencial con amibiasis, amiloidosis, colitis granulomatosa, linomas.

Enfermedad de Whipple.-El diagnóstico se efectúa por lo general con la biopsia peroral de intestino delgado, pero se ha sugerido la demostración de los macrófagos PAS-positivos en el recto.

Otras patologías.-ausencia de células plasmáticas en las agammaglobulinemias; la biopsia por succión en arteritis; granulomas por bario y minerales; en el sprue celíaco se pueden tomar biopsias posterior a etapas de gliadina; en la enfermedad por citomegalovirus se ven las células con sus típicos cuerpos de inclusión; en la histoplasmosis que afecta el recto; heterotopia gástrica en mucosa rectal; tuberculosis anorectal; en algunas enfermedades venereas como el linfogranuloma, y en la deficiencia de tocoferol.

En el síndrome de colon irritable, las biopsias son invariablemente normales.

### COPROLOGIA

Con este estudio se deben investigar la presencia de parásitos intestinales, con series coproparasitoscópicas de 3. Particularmente útil en el diagnóstico de amibiasis. Este estudio es rutinario en todos los casos de padecimientos proctológicos, independientemente de los síntomas que produzca.

En caso de prurito anal, con sospecha de oxiuros, se practica raspado anal en busca de huevecillos.

El coprocultivo se debe hacer en pacientes con evacuaciones blandas, cuadros disentéricos, presencia de moco persistente o abundante. Se puede tomar a través del rectosigmoidoscopio, con un hisopo estéril.

El examen funcional de las materias fecales investiga la presencia de almidones, levaduras, fibras musculares, grasas, que podrían explicar cuadros diarréicos crónicos.

La tinción con azul de metileno se puede efectuar rápidamente y con ella se observan leucocitos (si los hay) lo cual es muy orientador.

OBSERVACION DIRECTA DE LAS SECRECIONES.- consiste en la toma de moco por medio de un hisopo a través del endoscopio, para observarla inmediatamente en el microscopio. Es muy útil en la investigación de trofozoitos amibianos.

REACCION DE FREI.-En proctología, solo está indicada en el diagnóstico de la localización rectal de la enfermedad de Nicolás-Favre o linfogranuloma venereo. Es una intradermoreacción específica y segura, indicada en casos de ataque rectal persistente y rebelde a las terapéuticas comunes, en estenosis de los últimos cm. del recto o en presencia de orificios fistulosos perianales múltiples.

### RADIOLOGIA

Es indispensable en las lesiones fuera del alcance del rectosigmoidoscopio. El más comúnmente efectuado es el colon por enema, con placas de reelección, vaciamiento y doble contraste. La arteriografía de mesentéricas es útil para casos de rectorragias importantes y en tumores.

### CITOLOGIA EXFOLIATIVA DEL COLON (22)

Esta técnica ya fue establecida hace 30 años, y se debe efectuar en aquellos pacientes con anemia ferropénica, siempre oculta en he-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ces positiva. Estos pacientes pueden tener estudios radiológicos de tracto digestivo alto o bajo no reveladores, estando la posibilidad de que el paciente tenga un cáncer de colon oculto, que con una citología positiva se diagnosticaría.

La técnica es la siguiente: con la seguridad de que el intestino está limpio, se introduce el rectosigmoidoscopio hasta 20 o 25cm entonces se pasa un tubo de French Ewald del número 23 por toda la longitud del rectosigmoidoscopio, el cual entonces se retira, efectuándose por la sonda dos o tres enemas, se recupera el líquido de estos, para que el citólogo prepare las laminillas.

Howard F. Raskin reporta con esta técnica un nivel de exactitud diagnóstica de entre el 80 al 85% en el cáncer de colon.

Este estudio ha tenido poca difusión a pesar de su demostrada utilidad en la detección del cáncer colónico en etapas tempranas.

### LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA

En los últimos 15 años el estudio rectosigmoidoscópico ha sufrido modificaciones, por la introducción de los nuevos aparatos flexibles. El colonoscopia y el rectosigmoidoscopia rígido han probado su gran utilidad.

El rectosigmoidoscopia flexible, que usa características de los dos aparatos ya mencionados, había tenido dificultad para tener un uso más generalizado, ya que los médicos encontraban muy alto su costo, se requiere más tiempo para el estudio y no llega tan lejos como el colonoscopia. Además el paciente requiere de una mejor preparación, el manejo debe ser más cuidadoso y se requiere una mejor limpieza. (18).

Estudios recientes han probado de manera convincente la gran utilidad del rectosigmoidoscopia flexible (8,18,20) y su superioridad sobre el rígido. La inserción de este tipo de aparato hasta 70 cm o más se ha reportado en el 66% de los casos<sup>(20)</sup> y un promedio de 50 cm, en contra de 20 cm promedio del rígido<sup>(26)</sup>. Además, con la rectosigmoidoscopia flexible, se detectan 2.4 veces más pólipos y tres veces más cánceres<sup>(18)</sup>.

En Estados Unidos han comenzado a reportar una migración de la topografía de los tumores hacia la región proximal del colon, lo cual podría explicar esta incidencia mayor de detección neoplásica con el sigmoidoscopia flexible<sup>(1)</sup>. En el C. H. 20 de Noviembre la localización topográfica es la clásica<sup>(2)</sup>.

De todos modos el valor de la sigmoidoscopia rígida sigue siendo grande y debe ser el procedimiento de elección en los padecimientos rectosigmoideos, en medios donde no se cuenta con el rectosigmoidoscopia flexible.

Como en nuestro servicio contamos solamente con rectosigmoidoscopios rígidos, será a los estudios con este tipo de instrumentos a los que nos referiremos en adelante.

INDICACIONES.—La rectosigmoidoscopia se debe llevar a cabo en un tiempo no mayor de 6 a 8 min. El procedimiento debe ser muy poco dolorosa para el paciente. Las indicaciones son:<sup>(17)</sup>

- 1.—Como parte del estudio de un paciente con síntomas anorrectales o intestinales.



- 2.-Antes de cualquier operación anorrectal.
- 3.-Antes de instituir tratamiento a cualquier patología anorrectal.
- 4.-Como rutina del examen físico, cada dos años, en pacientes mayores de 45 años.

Las principales indicaciones de la rectosigmoidoscopia para detectar enfermedades mayores son:

- 1.-Carcinoma del colon inferior o de recto (65 a 70% de los carcinomas colorectales se encuentran en los 25cm distales del tracto intestinal y 50 a 55% están en los últimos 15 cm).
- 2.-Pólipos del colon distal o recto, de los cuales tanto los vellosos como los adenomatosos pueden degenerar a cáncer.
- 3.-Colitis y proctitis ulcerativa.
- 4.-Invasión rectal de neoplasias vecinas (cuello uterino, vejiga, próstata, ovas).

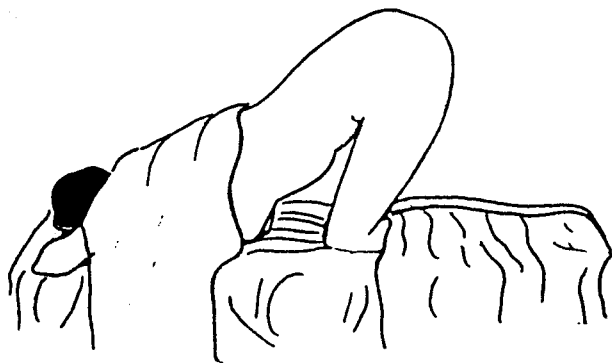
CONTRAINDICACIONES.-Prácticamente no existen contraindicaciones para el procedimiento, salvo el infarto al miocardio reciente, y la sospecha de perforación colónica. En la colitis ambiana fulminante, o en la fase de agudización de una colitis ulcerativa crónica inespecífica, se debe efectuar con mucho cuidado, tratando de insuflar la mínima cantidad de aire, y dar por terminado el estudio ante la primera dificultad para introducir el aparato.

TECNICA.-El primer paso es darle un instructivo al paciente, para la preparación, la cual consiste en ayuno a partir de la 22 hs del día anterior; practicarse un enema con un litro de agua tibia antes de acostarse; practicarse un enema a las 7 hs y otro a las 8 hs del día del estudio y presentarse en el servicio.

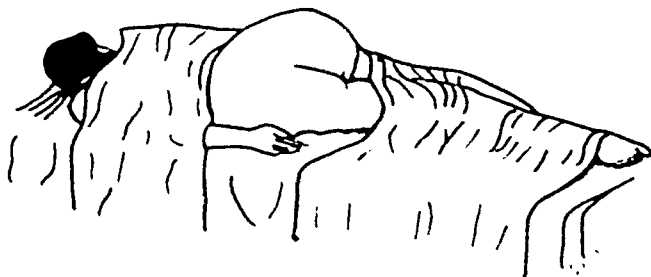
El equipo con que contamos es:

- 1.-Una mesa para exámenes proctológicos.
- 2.-Fuente de luz.
- 3.-Guantes.
- 4.-Lubricante.
- 5.-Anoscopio ranurado.
- 6.-Sigmoidoscopio de 25 cm de longitud.
- 7.-Una pinza larga para aplicación de algodón.
- 8.-Pinza de biopsia.
- 9.-Hemocult (para que el propio paciente tome sus muestras de sangre oculta en tres evacuaciones diferentes)(13).

FIGURA 17



POSICION GENUPECTORAL



POSICION LATERAL IZQUIERDA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

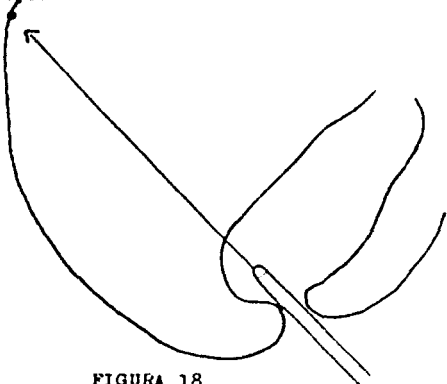


FIGURA 18

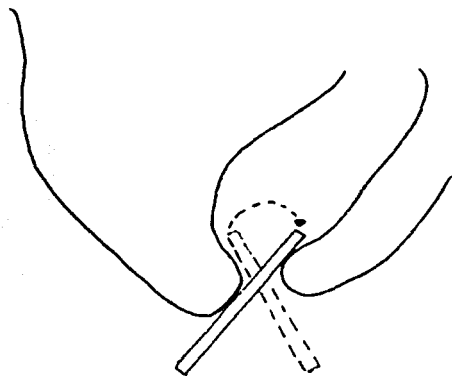


FIGURA 19

10.-Aparato de succión.

11.-Enemas de fosfato.

El procedimiento se inicia explicándole al paciente la naturaleza del estudio que se le va a efectuar, indicándole que será rápido y con mínimas molestias.

Se colóca en posición de examen proctológico si se cuenta con mesa proctológica. En caso contrario la posición lateral izquierda (de Sims) es la ideal, y se puede efectuar en cualquier tipo de mesa, lo mismo que la posición genupectoral (figura 17).

El aparato se introduce posterior al tacto rectal, el cual sirve para relajar el esfínter. Se hace en dirección al ombligo, hasta sentir que toca la pared (figura 18). Entonces se flexiona hacia arriba entre 45 y 60 grados (figura 19) y de esta manera se llegará a la unión rectosigmoides.

Este segundo paso se efectúa ya con visualización. Hay que tratar de introducir siempre solo el aire necesario, para evitar cólicos y molestias para el paciente. Se continúa avanzando, siempre que uno vea la luz intestinal (nunca hacerlo en caso contrario). Es importante explicarle al paciente que puede sentir la necesidad de evacuar, y que esto no debe preocuparle, ya que se debe al estudio que se efectúa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Si se encuentran pequeñas cantidades de heces, se pueden remover con el succionador o con la pinza de algodón (según la consistencia). Se puede además lavar con agua. Si la cantidad es mucha, es preferible un nuevo enema.

Si no se puede pasar el rectosigmoidoscopio en toda su longitud dentro de unos 8 minutos, debe uno quedar satisfecho, con la zona examinada. Si se introdujo completo se va retirando lentamente haciendo rotación del instrumento en espiral, examinando de esta manera todas las paredes del recto y sigmoides.

#### SENALES EN EL RECTOSIGMOIDOSCOPIO

- 1.-Ano
- 2.-De 1 a 1.5cm del ano la línea dentada.
- 3.-De 2 a 3 cm del orificio anal unión anorectal.
- 4.-De 4 a 5 cm " " " válvula de Houston inferior.
- 5.-De 8 a 10 cm " " " válvula de Houston media.
- 6.-De 12 a 15 cm del orificio anal se encuentra la zona de transición de la superficie rectal lisa a los pliegues concéntricos del rectosigmoides.

En la página siguiente se presenta la hoja en donde se efectúa el reporte del estudio, anotándose la identificación, edad, servicio del cual procede la solicitud y motivo de esta. Luego hay un espacio en blanco para describir las lesiones encontradas y por último espacios para anotar si se tomó biopsia, citología o fotografía, el diagnóstico y las recomendaciones al médico tratante.

COMPLICACIONES.-Estas, si uno sigue las recomendaciones señaladas, se presentan en muy raras ocasiones. En las 953 rectosigmoidoscopias del presente estudio, no se presentó ninguna. S. Winton<sup>(27)</sup> en un reporte verbal no da cuenta de ninguna muerte, y solo de 2 perforaciones en 95,351 exámenes rectosigmoidoscópicos. En Estados Unidos se han reportado 125 casos de perforaciones, con mortalidad de 25%<sup>(24)</sup>.

Otra complicación es la hemorragia persistente del lugar en que se tomó una biopsia, por lo que es recomendable que estos pacientes tengan un tiempo de protrombina previo al estudio, y no tomar biopsias en caso que este sea menor al 60%.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS  
 TRABAJADORES DEL ESTADO  
 SUBDIRECCION MEDICA  
 HOJA DE PROCTOLOGIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ EXP \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ SERV. PROCEDE \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DEL ESTUDIO \_\_\_\_\_  
 ESTUDIO QUE SE DESEA \_\_\_\_\_

HALLAZGOS:

ESTUDIO PRACTICADO \_\_\_\_\_  
 BIOPSIA \_\_\_\_\_ CITOLOGIA \_\_\_\_\_ FOTOGRAFIA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:

RECOMENDACIONES:

México, D.F., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 19 \_\_\_\_\_

DR. \_\_\_\_\_  
 Practicó el estudio

\_\_\_\_\_  
 Firma y Clave

no es conveniente efectuar colon por enema hasta una semana posterior a la toma de una biopsia en rectosigmoides.

La bacteremia posterior a la rectosigmoidoscopia se ha reportado como frecuente, es generalmente transitoria y no produce ninguna secuela. Se debe al manipuleo vigoroso del aparato en la región, y puede llegar a ser peligrosa en pacientes que tienen una valvulopatía cardíaca, los cuales están predispuestos a la endocarditis<sup>(10)</sup>.

Se han reportado arritmias cardíacas, y al electrofulgurar explosión del hidrógeno y/o metano<sup>(24)</sup>.

En pacientes muy ansiosos se puede presentar un reflejo vagal importante, con bradicardia, sudoración fría y mareos, en cuyo caso se debe retirar el sigmoidoscopio y valorar según la intensidad el uso de medicamentos.

Una paciente en nuestro servicio sufrió una crisis histérica durante el estudio.

OBJETIVOS

- 1.-Conocer exactamente el trabajo que se efectúa en el departamento de proctología del C. H. 20 de Noviembre, dependiente del servicio de gastroenterología.
- 2.-Determinar, luego de conocer lo anterior, cuales fueron las patologías más frecuentemente encontradas. Estos datos nos orientarán de una manera más exacta el qué vamos a buscar (independientemente del motivo de envío) y como hacerlo más adecuadamente.
- 3.-Analizar los motivos de solicitudes y determinar cuales de ellas son las que tienen más probabilidad de aportar un estudio anormal, para de esta manera insistir se efectúe el estudio proctológico completo a este tipo de pacientes.
- 4.-Recordar al gastroenterólogo, cirujano e internista que la región anorectal continúa siendo muy importante, dado la gran diversidad de patología que se asienta en ella, las incomodidades que causan generalmente estos padecimientos al paciente y la importancia de un adecuado y temprano manejo.

### MATERIAL Y METODO

Se revisaron los estudios proctológicos efectuados en el servicio de Gastroenterología del C. H. 20 de Noviembre (I.S.S.S.T.E) entre el período del 15 de febrero de 1979, al 31 de agosto de 1980.

Quedaron incluidas las rectosigmoidoscopias (con o sin anoscopia complementaria), y las anoscopias con o sin rectosigmoidoscopias. Se descartaron para el estudio, aquellos casos en que por mala preparación del paciente, poca cooperación, no se pudo lograr visualizar la mucosa rectosigmoidea de una manera adecuada para dar un diagnóstico.

De esta manera se presenta en este estudio el análisis de 953 rectosigmoidoscopias, de las cuales en 65 se efectuó anoscopia, y de 47 pacientes, en los cuales solo se practicó anoscopia.

### RESULTADOS

Hubo un gran predominio del sexo femenino sobre el masculino (69.5% contra 30.5%) la cual prácticamente es la misma proporción en que predominó el colon por enema en el sexo femenino (68.0%) en nuestro hospital<sup>(2)</sup>. (figura 20)

En cuanto a la edad, el 2.5% (25 casos) fueron menores de 20 años; de 21 a 30 años 110 casos (11.0%); de 31 a 40 años 170 casos (17.0%); de 41 a 50 años 186 casos (18.6%); de 51 a 60 años 212 casos (21.2%); de 61 a 70 años 181 casos (18.1%); y de más de 70 años 116 casos (11.6%). (figura 21)

Los principales servicios solicitantes del estudio fueron: gastroenterología 26.6%; oncología 24.2%; medicina interna 21.3%, lo cual suma el 72.1% del total efectuado. Las demás proporciones se detallan en el cuadro 1.

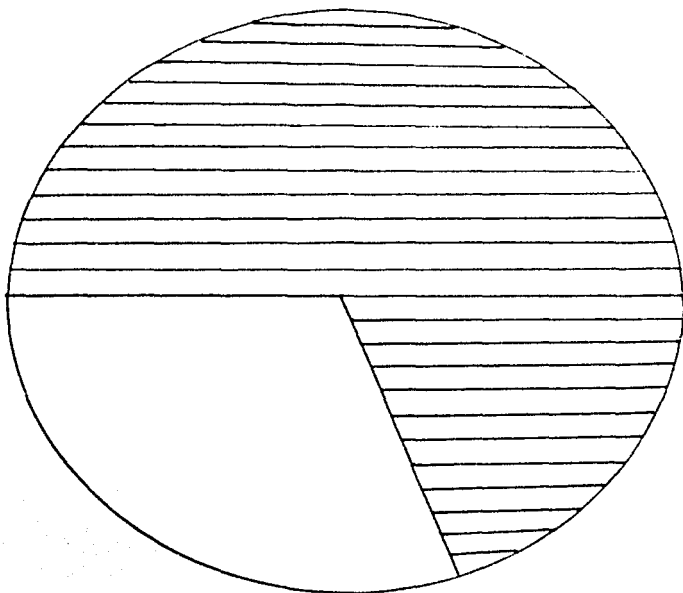
Las 8 principales causas que motivaron la solicitud del fueron: cáncer cervicouterino (descartar invasión rectal) con 27.5%; probable funcional (descartar patología orgánica) 12.9%; rectorragia 11.8%; diarrea 11.8%; colitis amibiana 11.5%; otras causas 9.7%; hemorroides 5.3%; cancer rectosigmoideo 4.5%. (figura 22)

Hubo otras causas de solicitud menos frecuentes, entre las que destacan: parasitosis 8 casos; C.U.C.I. 7 casos; dolor anal 5 ca-



FIGURA 20

DISTRIBUCION POR SEXO DE 1000 PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIOS PROCTOLOGICOS EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE.



MASCULINO

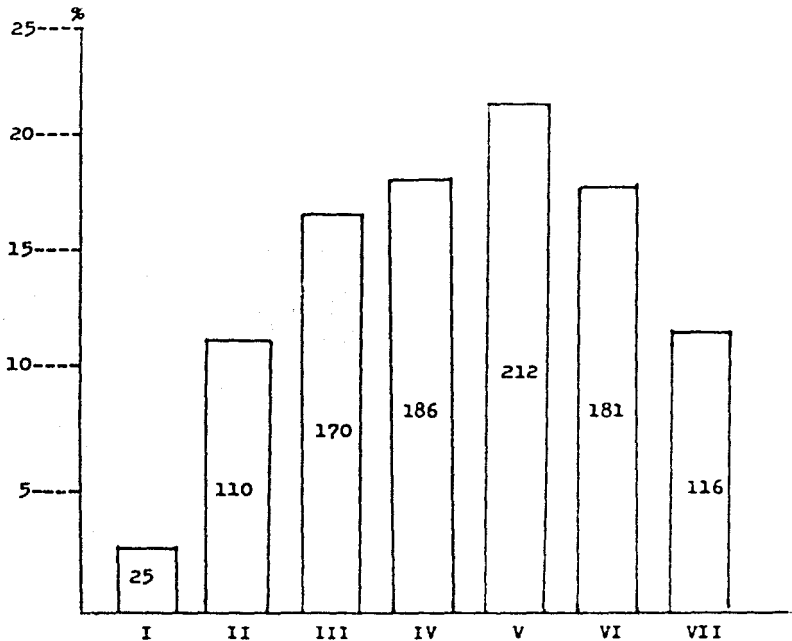


FEMENINO



FIGURA 21

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES EN 1000 PACIENTES SOMETIDOS A ESTUDIOS PROCTOLOGICOS EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE



I.....MENORES DE 20 AÑOS  
 II.....DE 21 A 30 AÑOS  
 III.....DE 31 A 40 AÑOS  
 IV.....DE 41 A 50 AÑOS  
 V.....DE 51 A 60 AÑOS  
 VI.....DE 61 A 70 AÑOS  
 VII.....DE MAS DE 70 AÑOS.

## CUADRO 1

SERVICIOS QUE SOLICITARON ESTUDIOS PROCTOLOGICOS EN EL C.H. 20 DE NOVIEMBRE. 1000 ESTUDIOS.

SERVICIO SOLICITANTE	ESTUDIOS SOLICITADOS	% DEL TOTAL DE ESTUDIOS
GASTROENTEROLOGIA.....	266.....	26.6%
ONCOLOGIA.....	242.....	24.2%
MEDICINA INTERNA.....	213.....	21.3%
GINECOLOGIA.....	69.....	6.9%
CIRUGIA GENERAL.....	63.....	6.3%
URGENCIAS.....	48.....	4.8%
MEDICINA PREVENTIVA.....	12.....	1.2%
PEDIATRIA.....	1.....	0.1%
CLINICAS I.S.S.S.T.E.....	24.....	2.4%
OTROS Y NO ESPECIFICADOS.....	63.....	6.3%

Sobre este cuadro hay que hacer la aclaración que practicamente todos los estudios solicitados por oncología fueron para descartar invasión rectal de un cáncer cervicouterino. Esto nos explica el bajo porcentaje correspondiente a ginecología.

En vista de que nuestro servicio no es pediátrico, solo hubo un caso, de una niña de 11 años, en que pediatría solicitó un estudio.

son; proctitis facticia 5 casos; melena 3 casos; diverticulosis 3 casos; incontinencia anal, probable fístula, proctitis inespecífica, fiebre en estudio, todos con 3 casos; tumoración en fosa iliaca derecha, absceso perirectal, prurito anal, anemia en estudio y prolapso rectal, todos con 2 solicitudes. (figura 22). Los diagnósticos rectosigmoidoscópicos que se reportaron fueron los siguientes: Estudio normal en el 43.9% (439 pacientes), hemorroides en el 33.3% (333 pacientes), colitis amibiana en 94 pacientes, proctitis facticia en 34 pacientes, cáncer rectosigmoideo 30 casos, fisura anal en 18, invasión tumoral en 16, pólipos o adenomas en 13 casos, lo mismo que rectorragia más alta de 25 cm, prolapso rectal 11 casos, fístula en 10 y otros 44 casos. Los porcentajes de los diagnósticos menos frecuentes se encuentran en el cuadro 3. En el cuadro número 2 están los datos ya mencionados.

INTRODUCCION EN CM DEL RECTOSIGMOIDOSCOPIO.-La longitud promedio de un rectosigmoidoscopio rígido es de 25 cm de largo, por 1.8 cm de ancho. Se considera que un estudio es completo, cuando se logra introducir más de 20 cm del aparato<sup>(23)</sup>. Esto no quiere decir que si se introduce menos la rectosigmoidoscopia no es de utilidad, ya que como mencionamos,<sup>(17)</sup> en los últimos 15 cm se implantan el 55% de las neoplasias.

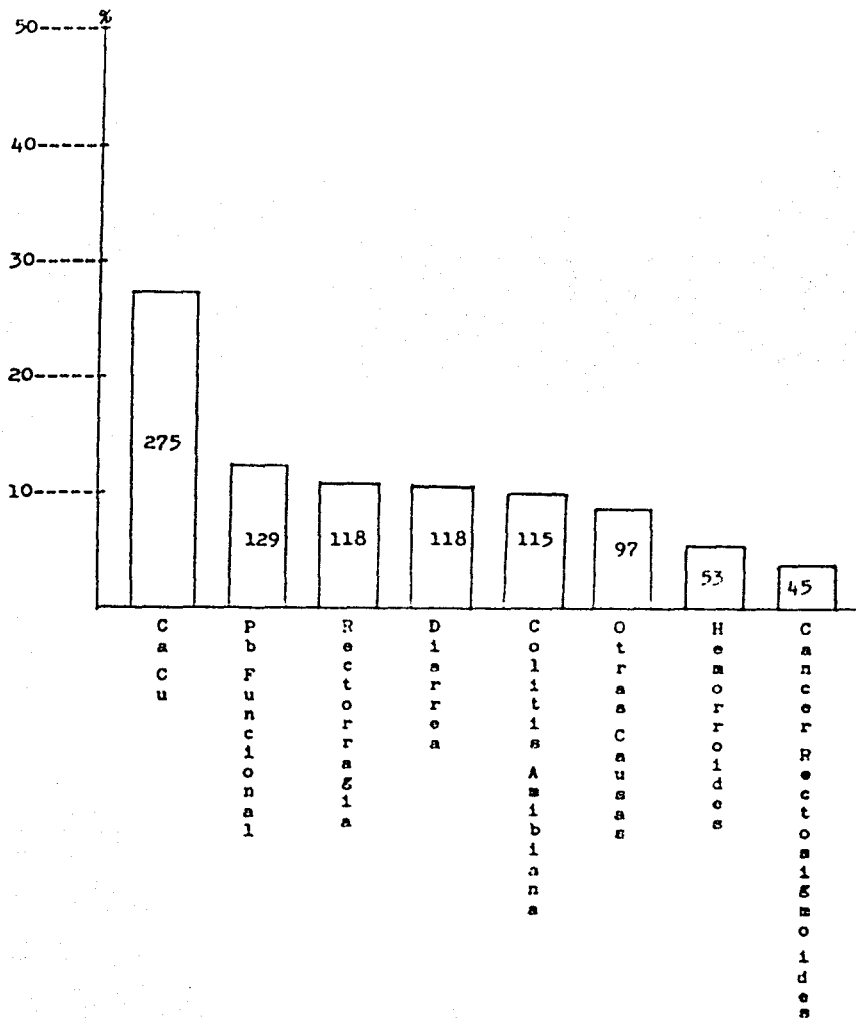
De todas formas es de utilidad tratar de introducir el rectosigmoidoscopio en su máxima longitud, siempre que esto produzca pocas molestias al enfermo.

Salazar reporta como principales razones de un estudio incompleto: factores psicológicos (poca cooperación del paciente), diverticulosis (la más frecuente de las razones patológicas), operaciones previas, variantes anatómicas (aumento del grado de angulación de la unión rectosigmoidea), estrechamiento de la luz por colitis granulomatosa, radiación o enfermedad maligna<sup>(23)</sup>. Reporta el estudio completo en el 75 % de los casos, considerando que solo las causas estructurales u orgánicas no pueden ser disminuidas, debiéndose dar más atención a los factores psicológicos.

Otros autores reportan un promedio de inserción de 19.5 cm, con un porcentaje más bajo de estudio completo (49.6% en hombres y

FIGURA 22

MOTIVOS DE SOLICITUDES MAS FRECUENTES PARA ESTUDIOS PROCTOLOGICOS EN EL C. H. 20 DE NOVIEMBRE, 1000 ESTUDIOS.



33.8% en mujeres) (19).

En nuestro servicio el porcentaje de estudios completos fue de 68.3%. Se introdujo menos de 10 cm en 6.3%; más de 10 cm hasta 15 cm en 10.2%; y de más de 15 hasta 20 cm en el 15.2%.

La principal causa que motivó estudios incompletos, fue la poca cooperación del paciente, seguida por variantes anatómicas (angulación del sigmoides) y la tercera presencia de materia fecal. Esta última causa como es evidente es fácilmente solucionable.

CUADRO 2

DIAGNOSTICOS EFECTUADOS EN EL SERVICIO DE PROCTOLOGIA DEL C. H. 20 DE NOVIEMBRE, 1000 ESTUDIOS DE RECTOSIGMOIDOSCOPIA Y ANOSCOPIA.		
DIAGNOSTICO	NUMERO TOTAL(CASOS)	% DEL TOTAL
ESTUDIO NORMAL.....	439.....	43.9%...
HEMORROIDES.....	333.....	33.3%...
COLITIS AMIBIANA.....	94.....	9.4%...
PROCTITIS FALSA.....	34.....	3.4%...
CANCER RECTOSIGMOIDEO.....	30.....	3.0%...
FISURA ANAL.....	18.....	1.8%...
INVASION TUMORAL.....	16.....	1.6%...
POLIPOS O ADENOMAS.....	13.....	1.3%...
HEMORRAGIA ARRIBA 25 CM.....	13.....	1.3%...
PROLAPSO RECTAL.....	11.....	1.1%...
FISTULAS.....	10.....	1.0%...
OTROS DIAGNOSTICOS.....	44.....	4.4%...

CUADRO 3

OTROS DIAGNOSTICOS MENOS FRECUENTES

DIAGNOSTICO	NUMERO DE CASOS	% DEL TOTAL
C. U. C. I.....	6.....	0.6%...
PROCTOSIGMOIDITIS INESPECIFICA.....	5.....	0.5%...
ANITIS.....	4.....	0.4%...
CRIPTITIS.....	3.....	0.3%...
DIVERTICULOSIS.....	3.....	0.3%...
COLITIS BACILAR.....	3.....	0.3%...
ABSCESO GLUTEO.....	3.....	0.3%...

ESTUDIOS HISTOPATOLOGICOS.-Durante las 953 rectosigmoidoscopias se efectuaron 78 biopsias, lo cual equivale a un 8.18% de pacientes biopsiados.

Los diagnósticos del médico explorador, en los casos en que se tomó biopsia, fueron los del siguiente cuadro.

CUADRO 4

DIAGNOSTICOS DEL MEDICO EN LOS CASOS BIOPSIADOS. 953 RECTOSIGMOIDOSCOPIA. C.H. 20 DE NOVIEMBRE.

DIAGNOSTICO DEL MEDICO	NUMERO CASOS	% DE BIOPSIAS
CANCER.....	23.....	29.5%.....
INVASION TUMORAL.....	19.....	24.3%.....
POLIPOS O ADENOMAS.....	11.....	14.1%.....
PROCTITIS FACTICIA.....	9.....	11.5%.....
C.U.C.I.....	8.....	10.3%.....
AMIBIASIS.....	5.....	6.4%.....
LESION EN ESTUDIO.....	2.....	2.6%.....
COLITIS INESPECIFICA.....	1.....	1.3%.....

Como se podrá notar hubo un franco predominio de enfermedades neoplásicas, ocupando la colitis ulcerativa crónica inespecífica la única representación de las enfermedades inflamatorias del intestino grueso. En nuestro medio es ocasional que se presente problema de diagnóstico diferencial, entre una de estas enfermedades raras en México, con la muy frecuente colitis amibiiana. Esto no sucede en los Estados Unidos<sup>(9)</sup>.

Los diagnósticos histopatológicos se presentan en el siguiente cuadro.

CUADRO 5

DIAGNOSTICOS HISTOPATOLOGICOS EN 78 BIOPSIAS TOMADAS DURANTE RECTOSIGMOIDOSCOPIA.

INFLAMACION AGUDA Y/O CRONICA.....	21 CASOS.....	26.9%..
CANCER RECTOSIGMOIDEO.....	12 CASOS.....	15.4%..
POLIPO ADENOMATOSO.....	9 CASOS.....	11.5%..
NORMALES.....	7 CASOS.....	8.9%..
CAMBIOS POST-RADIACION.....	7 CASOS.....	8.9%..
INVASION TUMORAL.....	5 CASOS.....	6.4%..
NECROSIS E INFLAMACION AGUDA.....	4 CASOS.....	5.1%..

ADENOMA VELLOSO.....	4 CASOS.....	5.1%.....
C.U.C.I.....	4 CASOS.....	5.1%.....
INADECUADA POR AUTOLISIS.....	2 CASOS.....	2.5%.....

Además hubo un caso de colitis membranosa, otro con eosinofilia de la lámina propia (descartar parasitosis) y otro reportado como hemorragia reciente.

La correlación de los diagnósticos clínicos con los reportes histopatológicos fue la del siguiente cuadro.

CUADRO 6

CORRELACION DE LOS REPORTES PATOLOGICOS CON LOS DIAGNOSTICOS CLINICOS EN 78 PACIENTES BIOPSIADOS DURANTE ESTUDIO RECTOSIGMOIDOS-COPICO, C.H. 20 DE NOVIEMBRE.

DIAGNOSTICO CLINICO	No CASOS	DIAGNOSTICO PATOLOGICO	% DE CORRELACION.
POLIPO O ADENOMA.....	11.....	9.....	81.8%...
PROCTITIS FACTICIA... ..	9.....	7.....	77.7%...
CANCER.....	23.....	12.....	52.2%...
C.U.C.I.....	8.....	4.....	50.0%...
INVASION TUMORAL.....	19.....	5.....	26.3%...

En los 5 casos biopsiados por supuesta amibiasis, la patología no aportó datos importantes o concluyentes (inflamación crónica en 2 hemorragia reciente en 1 y colitis membranosa en otro, con inflamación aguda el último).

AMIBA EN FRESCO

En los estudios rectosigmoidoscópicos se tomaron en 341 ocasiones muestras para amiba en fresco. Generalmente se toman 3 muestras por pacientes.

El reporte fue positivo en 141 pacientes, o sea el 41.3% de las muestras, y el 14.8% del total de pacientes. En vista de que solamente se reportaron 94 casos de colitis amibiana, es de considerarse a 47 pacientes como portadores sin lesiones en rectosigmoides. También es muy probable que si se hubiera efectuado amiba en fresco en todos los pacientes el porcentaje de portadores sin lesiones subiría más.



DIAGNOSTICOS PROCTOLOGICOS EFECTUADOS SEGUN EL MOTIVO DE SOLICITUD.-En esta subdivisión de los resultados, haré un detalle de los diagnósticos rectosigmoidoscópicos efectuados, según el motivo de solicitud del estudio.

CANCER CERVICO-UTERINO.-Este fue el principal motivo de envío, con el 27.5% del total de estudios. Provenían de los servicios de oncología y gineco-obstetricia. En todos estos pacientes el motivo del estudio fue descartar invasión rectal.

Los diagnósticos efectuados en estos 275 pacientes fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	153 CASOS.....	55.6%...
2.-HEMORROIDES.....	79 CASOS.....	28.7%...
3.-PROCTITIS FALSA.....	21 CASOS.....	7.6%...
4.-INVASION TUMORAL.....	14 CASOS.....	5.1%...
5.-COLITIS AMIBIANA.....	3 CASOS.....	1.1%...
6.-CANCER RECTAL.....	2 CASOS.....	0.7%...
7.-POLIPO U ADENOMA.....	2 CASOS.....	0.7%...
8.-FISTULA.....	2 CASOS.....	0.7%...

Aparte de estos diagnósticos hubo con un solo caso: rectorragia más alta de 25 cm, prolapso rectal, fisura anal y una anitís. Estos suman 4 casos (1.45%).

El porcentaje de estudios anormales fue de 17.5% en esta solicitud, si excluimos las hemorroides.

PROBABLE FUNCIONAL.-Estos ocuparon el segundo lugar en cuanto a motivo de solicitud, con el 12.9% del total (129 casos). En todos ellos se efectuó el estudio, con el fin de descartar patología orgánica. Se tomaron muestras para amiba en fresco en 64 de ellos, siendo positivas en 19, catalogándose 10 de estos pacientes como portadores y 9 con colitis amibiana.

Los diagnósticos fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	74 CASOS.....	57.3%...
2.-HEMORROIDES.....	45 CASOS.....	34.9%...
3.-COLITIS AMIBIANA.....	9 CASOS.....	7.0%...
4.-POLIPOS O ADENOMAS.....	2 CASOS.....	1.5%...

El porcentaje de estudios anormales en este caso fue de 8.5%, excluyendo las hemorroides. No hubo ningún caso de cáncer rectosigmoideo.

HECTORRAGIA.-esta causa ocupó junto con las diarreas el tercer lugar con 118 solicitudes (11.8%). En estas se efectuaron 28 tomas para amiba en fresco, siendo positivas 18, catalogándose como portadores a 6 de estos, y a 12 como colitis amibiana.

Los diagnósticos proctológicos fueron:

1.-HEMORROIDES.....	58 CASOS.....	49.9%.
2.-ESTUDIO NORMAL.....	20 CASOS.....	16.9%.
3.-COLITIS AMIBIANA.....	12 CASOS.....	10.2%.
4.-RECTORRAGIA MAS ALTA 25 CM.....	11 CASOS.....	9.3%.
5.-CANCER.....	4 CASOS.....	3.4%.
6.-FISURA.....	3 CASOS.....	2.5%.
7.-PROCTITIS FACTICIA.....	2 CASOS.....	1.7%.
8.-OTROS DIAGNOSTICOS.....	10 CASOS.....	8.5%.

En estos últimos (otros diagnósticos) se encontraron: un pólipó un prolapso rectal, una colitis bacilar, una diverticulosis, una úlcera, una anitís, un C.U.C.I. y una criptitis.

Las rectorragias tuvieron un 55.1% de estudios anormales, tomando en cuenta que en un 40% de los estudios diagnosticados como hemorroides, estas fueron la causa de la hemorragia.

En las rectorragia, las hemorroides superaron los estudios normales.

DIARREAS.-estas fueron al igual que las rectorragias 118 solicitudes. Se efectuaron 80 tomas para amiba en fresco, de las cuales 30 fueron positivas. Se consideraron a 5 de estos pacientes como portadores y a 25 como colitis amibiana. Los reportes diagnósticos fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	55 CASOS.....	46.6%.
2.-HEMORROIDES.....	30 CASOS.....	25.4%.
3.-COLITIS AMIBIANA.....	25 CASOS.....	21.2%.
4.-PROCTOSIGMOIDITIS INESPECIFICA..	5 CASOS.....	4.2%.
5.-CANCER.....	1 CASO.....	0.8%.
6.-POLIPO.....	1 CASO.....	0.8%.
7.-PROCTITIS FACTICIA.....	1 CASO.....	0.8%.
8.-OTROS DIAGNOSTICOS.....	6 CASOS.....	5.0%.

En este caso hubo un 33% de estudios anormales, sin contar las hemorroides.

COLITIS AMIBIANA.-ocupó el cuarto lugar entre los motivos de solicitud, con 115 solicitudes, o sea 11.5% del total. En 98 de estos casos se tomaron muestras para amiba en fresco, resultando positiva en 46 ocasiones de las cuales 13 fueron portadores sin lesión colónica.

Los diagnósticos efectuados fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	58 CASOS.....	50.4%.
2.-COLITIS AMIBIANA.....	33 CASOS.....	28.7%.
3.-HEMORROIDES.....	20 CASOS.....	17.4%.
4.-POLIPO O ADENOMA.....	1 CASO.....	0.87%.
5.-CANCER.....	1 CASO.....	0.87%.
6.-C.U.C.I.....	1 CASO.....	0.87%.
7.-FISURA ANAL.....	1 CASO.....	0.87%.
8.-TRICOCEFALOSIS.....	1 CASO.....	0.87%.

El porcentaje de anormalidad fue de 32.2%, ni como en todos los casos anteriores (salvo en rectorragia) excluimos las hemorroides.

HEMORROIDES.-ocupó con 53 solicitudes el quinto lugar en frecuencia de solicitudes. En todos estos casos se practicó anoscopia y además en 28 oportunidades se complementó con rectosigmoidoscopia. La tabla de diagnósticos quedó de la siguiente manera.

1.-HEMORROIDES.....	46 CASOS.....	86.8%.
2.-ESTUDIO NORMAL.....	4 CASOS.....	7.5%.
3.-CANCER DE RECTO.....	1 CASO.....	1.9%.
4.-COLITIS AMIBIANA.....	1 CASO.....	1.9%.
5.-FISURA ANAL.....	1 CASO.....	1.9%.

Hubo dos casos en que además del diagnóstico de hemorroides se reportó un quiste sebáceo y en el otro anitis.

El porcentaje de estudios anormales en esta ocasión fue de 92.5%, incluyendo en esta ocasión las hemorroides que fue el motivo por el cual se solicitó el estudio.

CANCER DE RECTO-SIGMOIDES.-ocupó el sexto lugar entre los motivos de solicitud y la séptima causa en frecuencia, ya que hubo dos en el tercer lugar (rectorragias y diarreas). Fueron 45 casos (4.5%). Se tomaron tres veces muestras para amiba en fresco, siendo positiva en dos, considerándose una de estas como portador. Los diagnósticos proctológicos fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	17 CASOS.....	37.8%
2.-CANCER RECTOSIGMOIDES.....	11 CASOS.....	24.4%
3.-HEMORROIDES.....	8 CASOS.....	17.8%
4.-POLIPO O ADEROMA.....	3 CASOS.....	6.7%
5.-PROLAPSO RECTAL.....	2 CASOS.....	4.4%
6.-COLITIS AMIBIANA.....	1 CASO.....	2.2%
7.-RECTORRAGIA MAS ALLA 25 CM.....	1 CASO.....	2.2%
8.-CICATRIZ CON ESTEROSIS.....	1 CASO.....	2.2%
9.-OTROS.....	1 CASO.....	2.2%

El porcentaje de estudios anormales fue del 44.4% del total, con un muy importante 24.4% de diagnósticos de cancer.

ABSCELO HEPATICO.-ocupó con 22 diagnósticos el séptimo lugar y el octavo en frecuencia dentro de las causas de solicitud. En 20 de estos estudios se tomaron muestras para amiba en fresco, encontrándose positividad en 14, considerándose a 5 de estos pacientes como portadores sin lesiones y a 9 con colitis amibiana. Los reportes fueron:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	11 CASOS.....	50.0%
2.-COLITIS AMIBIANA.....	9 CASOS.....	40.9%
3.-HEMORROIDES.....	2 CASOS.....	9.1%

Llama la atención el 40.9% (9 casos) en que se encontraron lesiones compatibles con colitis amibiana, no encontrándose ningún otro diagnóstico, salvo dos hemorroides.

POLIPOS.-fueron 14 solicitudes (1.4%) encontrándose lo siguiente:

1.-ESTUDIO NORMAL.....	7 CASOS.....	50.0%
2.-HEMORROIDES.....	4 CASOS.....	28.6%
3.-POLIPOS.....	2 CASOS.....	14.3%
4.-CANCER.....	2 CASOS.....	14.3%
5.-PROLAPSO RECTAL.....	1 CASO.....	7.1%

Hubo un 36% de estudios anormales, con un 14.3% diagnosticados como cancer. hubo dos diagnósticos dobles.

PARASITOSIS.—fueron 3 solicitudes, efectuándose 6 tomas para ameba en fresco, de las cuales hubo dos positivas con un portador. Los diagnósticos fueron:

1.—ESTUDIO NORMAL.....	5 CASOS.....	62.5%.
2.—HEMORROIDES.....	2 CASOS.....	25.0%.
3.—COLITIS AMEBIANA.....	1 CASO.....	12.5%.

En esta ocasión considero que con muy poco los estudios para hacer una adecuada valoración, pero es de notar que fue el que mayor cantidad de resultados normales tuvo.

C.U.C.I.—fueron 7 las solicitudes con sospecha de este diagnóstico. Hay que tener presente que en tres de estas, el paciente era de provincia, y ya desde su lugar de origen se sospechaba esta patología. Se reportaron como:

1.—C.U.C.I.....	4 CASOS.....	57.1%.
2.—ESTUDIO NORMAL.....	3 CASOS.....	42.9%.

Independientemente de todas estas causas analizadas individualmente, existieron 97 casos en que se solicitaron con otros diagnósticos, que por ser en cantidades aún menores que estas dos últimas no pueden ser consideradas estadísticamente de valor. En resumen los motivos de solicitud que tuvieron mayor porcentaje de estudios anormales fueron los siguientes:

1.—C.U.C.I.....	57% DE ESTUDIOS ANORMALES.
2.—RECTORRAGIA.....	55% DE ESTUDIOS ANORMALES.
3.—DIARREAS.....	33% DE ESTUDIOS ANORMALES.
4.—COLITIS AMEBIANA.....	32% DE ESTUDIOS ANORMALES.
5.—CÁNCER GASTROENTERINO.....	17.5 DE ESTUDIOS ANORMALES.
6.—PARASITOSIS.....	12.5% DE ESTUDIOS ANORMALES.
7.—PROBABLE FUNCIONAL.....	8.5% DE ESTUDIOS ANORMALES.

Todas estas son condiciones patológicas en donde se tiene bien establecida la importancia de efectuar el estudio rectosigmoidoscópico. Aun en el paciente funcional hay que agotar medios como la sangre oculta en heces<sup>(13)</sup>, y sigmoidoscopia cada dos años en pacientes asintomáticos mayores de 45 años<sup>(5)</sup>, para descartar una patología orgánica importante o descubrirla en estadios iniciales de su desarrollo.

CONCLUSIONES

Luego de analizar los datos obtenidos en el presente estudio, es evidente la importancia diagnóstica de la rectosigmoidoscopia, y su gran aporte en nuestro hospital para despejar dudas diagnósticas y confirmar la sospecha clínica, tanto en el paciente de urgencia, como en el que acude por medio de la consulta externa. Esta afirmación queda demostrada, ya que el 56.1% del total de los estudios se reportaron con alguna anormalidad.

En los datos generales, llama la atención el gran predominio del sexo femenino entre los pacientes sometidos a rectosigmoidoscopia, lo cual probablemente se deba a tabues sociales, que debemos tratar de ir superando poco a poco.

Considero que en los principales motivos de solicitud, ya analizados, el estudio se encuentra plenamente indicado.

En el servicio se ha logrado una gran pericia técnica para la introducción del rectosigmoidoscopio, casi lográndose el porcentaje de estudios completos reportados por Salazar, de un 75% (23). Se tiene que tomar en cuenta que este autor, cuando el paciente tenía una preparación deficiente, le repetía enemas hasta su limpieza adecuada. Por esto en su casuística la mala preparación no fue motivo de estudio incompleto. En nuestro servicio esto se podría hacer fácilmente, lo cual subiría a más del 68% actual, el número de estudios completos.

El diagnóstico proctológico más frecuente fueron las hemorroides con 33.3% del total de estudio. Los estudios normales sumaron menos de la mitad (43.9%). Esto significa que en la mayoría de los casos la rectosigmoidoscopia identifica patología, esta puede ser la sospechada previamente o una inimaginable hasta ese momento, como se pudo observar en el análisis diagnóstico según el motivo de solicitud (paginas 31 a 35.)

RECOMENDACIONES

- 1.-La calidad y el número de diagnósticos mejoraría considerablemente con la adquisición de un rectosigmoidoscopio flexible, con el cual detectaríamos más pólipos y cánceres. Incluso se podrían detectar tumores sincrónicos de colon, los cuales se han reportado en el 3.5% de las neoplasias colorectales<sup>(15)</sup>, y que con el equipo actual es imposible su detección.
- 2.-Que la rectosigmoidoscopia se efectúe en todos los pacientes mayores de 45 años que acudan a nuestro servicio, con o sin sintomatología digestiva baja. Y en los menores de esta edad, que tengan sintomatología intestinal baja o hemocult positivo.
- 3.-Es recomendable que dada la alta incidencia de hemorroides en nuestra población, se efectúe una anoscopia de rutina, antes de proceder con la rectosigmoidoscopia.
- 4.-Para disminuir aun más la cantidad de estudios incompletos, a todo paciente que llegue con restos de materia fecal, efectuarle de rutina un enema de fosfato, que termine de limpiar su intestino.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.-Abrams, J. S., Raines, P. D. "Increasing incidence of right side lesions in colorectal cancer". The American Journal of Surgery 137:522-26, 1979.
- 2.-Aude, R. J., Vilchez, A. J., Boom, A. R. "Prevalencia en nuestro medio de patología colónica en pacientes sometidos a estudio de colon por enema. ¿Es útil en el estudio sistemático del paciente con colon irritable?". Revista de Gastroenterología de México 45:291, 1980.
- 3.-Avendaño, E. O. "Proctología". Editora Impresiones Modernas, 1-17, 1968.
- 4.-Befeler, D., "Proctoscopic perforation of the large bowel". Dis. Colon and Rectum 10:376-78, 1967.
- 5.-Bolt, J. R., "Sigmoidoscopy in detection and diagnosis in the Asymptomatic individual". Cancer 28:121-22, 1971.
- 6.-Bilow, "Colorectal cancer in patients less than 40 year of age in Denmark, 1943-1967". Dis. Colon and Rectum 23:327-36, 1980.
- 7.-Carpenter, S. W., Allaben, D. R., "Fistula complicating diverticulitis of the colon". Dis. Colon and Rectum 4:41, 1961.
- 8.-Cristie, P. J., "Flexible sigmoidoscopy-WHY, WHERE AND WHEN?". American Journal of Gastroenterology 73:70-72, 1980.
- 9.-Crowson, T., Hines, C., "Azobiasis diagnosed by colonoscopy"
- 10.-Engeling, R. E., "Bacteremia after sigmoidoscopy". Letter, Annals of Internal Medicine 85:77, 1976.
- 11.-Fall, J. D., Kuiper, H. D. "Use of isotopes in determining occult blood". Cancer 28:135-36, 1971
- 12.-Gear, V. E., Dobbins, O. W. "Progress in gastroenterology; Rectal biopsy". Gastroenterology 55:522-38, 1968.
- 13.-Gregor, H. D., "Occult blood testing for detection of asymptomatic colon cancer". Cancer 28:135-36, 1971.
- 14.-Hancock and Smith. "The internal sphincter and haemorrhoids". British Journal of Surgery 61:919, 1976.
- 15.-Heald, M. C. "Clinical experiences at St. Mark's hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum". Dis. Colon and Rectum 16:6-10, 1975.
- 16.-Instituto Nacional de la Nutrición. "Enfermedades del Colon y recto. Editora Rencuz Oteo, 1972, 339-349.



- 17.-Macleod, H. J., "A Method of Proctology". Editora Harper and Row. 1979, 6-17.
- 18.-Marks, G., Boggs, W., "Sigmoidoscopic examinations with rigid and flexible fiberoptic sigmoidoscopes in the surgeon's office". Dis. Colon and Rectum 22:162-8, 1979.
- 19.-Nivatvong, S., Fryd, S. D., "How far does the proctosigmoidoscope reach?". New England Journal of Medicine 303:380-82, 1980.
- 20.-Overhole, F. B. "Flexible fiberoptic sigmoidoscopy". Cancer 28:123-26, 1971.
- 21.-Parsa, F., "Sigmoidovesicocutaneous fistula complicating diverticular disease of the colon". The American Journal of Surgery 132:103-7, 1976.
- 22.-Raskin, F. H., Pleticka, S. "Exfoliative cytology of the colon". Cancer 28:127-30, 1971.
- 23.-Salazar, H., Jackman, R., "Reasons for incomplete proctoscopy". Dis. Colon and Rectum 12:19, 1969.
- 24.-Sleisenger and Fordtran. "Gastrointestinal Disease". Editora Saunders 1978, 1548-53.
- 25.-Weston, D. S. "Proctologics". Editora DORO. 1955  
Todas las láminas de la presente tesis.
- 26.-Winnan, G., Bercl, G., "Superiority of the flexible to the rigid sigmoidoscope in routine proctosigmoidoscopy". New England Journal of Medicine 302:1011-12, 1980.
- 27.-Winton, S. "Comunicación personal al dr. Robert J. Balt".  
Cancer 28:121, 1971.

FIN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA