

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

FACULTAD DE MEDICINA

I. S. S. S. T. E.

**RECTOSIGMOIDOSCOPIA COMO PROTOCOLO DE ESTUDIO EN
ENFERMEDADES ANORECTALES EN EL HOSPITAL GENERAL
"DARIO FERNANDEZ FIERRO"**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

PRESENTA


DR. SERGIO CADENA HERNANDEZ.

México, Distrito Federal ,2004.



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.



DR. DARIO FERNANDEZ
JEFATURA DE ENSEÑANZA

DR. ROBERTO CRUZ PONCE
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DR. CAYETANO POMPA DE LA ROSA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO

DRA. MARICELA LÓPEZ OBREGÓN
ASESOR DE TESIS

DR. FRANCISCO RAMÍREZ AMEZCUA
ASESOR DE TESIS

DR. SERGIO CADENA HERNÁNDEZ
MEDICO RESIDENTE AUTOR TESIS

**RECTOSIGMOIDOSCOPIA COMO PROTOCOLO DE
ESTUDIO EN PACIENTES CON PATOLOGIAS
ANORECTALES EN EL HOSPITAL GENERAL "DARIO
FERNANDEZ FIERRO" DE 2000-2003**

*La derrota puede ser un modo de victoria, modo que
estamos en trance de descubrir.*

Van der Post L. (1954)

INDICE

ÍNDICE	03
INTRODUCCIÓN	04
RESUMEN.....	05
ANTECEDENTES.....	06
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS.....	14
GRAFICAS.....	15
CONCLUSIONES.....	23
DISCUSIÓN.....	24
BIBLIOGRAFÍA	25

INTRODUCCION

La rectosigmoidoscopia es el estudio mediante el cual se observa la parte interior e inferior del colon por medio de un endoscopio siendo útil para valorar las características macroscópicas de la mucosa , su morfología en forma minuciosa así como tratar lesiones que se encuentren alterando la arquitectura de la mucosa y que en un futuro puedan sufrir cambios que lleven a la malignidad

Las enfermedades anorectales el diagnostico se basa en una historia clínica completa ,el examen físico ,imagen radiográfica, pruebas de laboratorios, radio nucleótidos, exámenes endoscopicos, la rectosigmoidoscopia es parte integral de la exploración proctológica completa en cada uno de los pacientes por lo que es necesario realizar rectosigmoidoscopia como protocolo a cada paciente ya que nos permite visualizar la arquitectura de la mucosa, así como realizar procedimientos quirúrgicos como resección de pólipos rectales, no tiene contraindicaciones absolutas, nos permite un diagnostico correcto, es de diagnostico rápido ,sencillo y se puede realizar en consultorios.

Es de alta sensibilidad,es muy valiosa ya que a través de ella se pueden realizar tomas de biopsias, por otra parte es que mejor certeza diagnostica nos ofrece para pacientes con patología anorectal.

RESUMEN

TITULO

Rectosigmoidoscopia como protocolo de estudio en pacientes con patologías anorectales en el Hospital General " Darío Fernández Fierro del ISSSTE.

OBJETIVOS

Dar a conocer la experiencia que se tiene al realizar un protocolo a cada uno de los pacientes con patologías anorectales de junio del 2000 a diciembre del 2003.,conocer el diagnostico de certeza, para realizar un diagnostico oportuno y así evitar las complicaciones ,por lo que mejora el pronostico.

PACIENTES Y METODO

Se realizo un análisis de cada uno de los reportes del servicio de endoscopia que presentaban enfermedad anorectal del 02 de junio del 2000 al 11 de diciembre del 2003. en el Hospital General " Darío Fernández Fierro " del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

El diseño fue retrospectivo, descriptivo y observacional

RESULTADOS

Se revisaron un total de 257 reportes de pacientes, buscando intencionalmente que presentaran patología anorectales con enfermedad anorectal de estos 137 fueron del sexo masculino (53.29 %) y 120 fueron del sexo femenino (46.69 %), de estos las patologías fueron: Enfermedad hemorroidal 102 casos (39.68 %), Fístulas 43 casos (16.73 %), Fisuras 31 casos (12.06 %) Proctitis 22 casos (8.56 %), Condilomas 20 casos (7.78 %) Pólipos 18 casos (7.00 %) Angiodisplasias 8 casos (3.11 %), Incontinencia fecal 6 (2.33 %) Prurito anal 4 casos (1.55 %), Laceraciones. 3 casos, (1.16 %).

DISCUSIÓN

La Rectosigmoidoscopia es un procedimiento que nos da un diagnostico más preciso y exacto de las patologías anorectales dentro del área anatómica expuesta. nos orienta a un manejo terapéutico, ya que es importante por que la patología anorectal merece un diagnostico oportuno, preciso y correcto para determinar la conducta a seguir por que solo de esta manera se le favorece al paciente con mejor pronostico.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incidencia de la enfermedad anorectal se ha incrementado conforme a los malos hábitos higiénicos-dietéticos que existen hoy en día , la esperanza promedio de la vida de hombres y mujeres aumenta los problemas anorectales tanto benignos como malignos de estos dan como resultado números crecientes de hospitalizaciones. Por lo tanto es importante comprender las diferentes manifestaciones que se presentan en las enfermedades anorectales con el objeto de ofrecerles estrategias médicas y quirúrgicas .

Es indispensable escuchar con mucha atención los síntomas del tubo digestivo en cada uno de los pacientes ya que nos pueden indicar presentaciones tempranas de la enfermedad, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, sangrado, incontinencia anal por lo que se vuelve crucial el diagnostico oportuno y preciso.

Una de las complicaciones mas frecuentes que van de un 20 a 45% de los casos es el absceso anorectal el cual tiene una historia corta de presentar dolor

A través de la rectosigmoidoscopia nos permite visualizar los cambios anatómicos y patológicos que ocurren en el recto y ano, aunque aun es especulativo el grado preciso el cual cada uno de estos cambios anatómicos observados contribuya a la enfermedad clínica real, lo cierto es que es el método mas accesible para identificar las lesiones anorectales que se presentan ,siendo el diagnostico mas oportuno y preciso para así determinar el manejo medico y/o quirúrgico que se le realizara al paciente.

II.- ANTECEDENTES

Las enfermedades anorectales han acompañado al hombre seguramente toda su vida, a fines del siglo XIX la mortalidad era la regla y recién a fines del siglo XX cuando la misma descendió a menos del 3% . Muchos fueron los factores de la evolución tal como el desarrollo de la asepsia, antibióticos, los progresos de la anestesia y la reanimación , las mejorías en las técnicas quirúrgicas, pero sin duda ha sido durante los últimos años donde se han producido los mejores avances y por lo tanto un franco descenso de la mortalidad.

En 1880 Hogdes describió por primera vez la enfermedad pilonidal cuando recurrió al término "seno pilonidal" para describir una infección crónica que contenía pelo y que solía encontrarse entre las regiones glúteas.

En 1944 el Dr. Louis Buie presentó su descripción de la técnica de marsupialización de la cavidad pilonidal. En 1934 Milligan y Morgan crean una clasificación de las fistulas que incluía a las fistulas subcutáneas y submucosas encerradas por los esfínteres externos, pero que clasificaba a todas las demás en relación al anillo anorectal.

La enfermedad pilonidal tiene predominio de 3 a 1 en el varón y el número de pacientes que se trata cada año se ha estimado de manera variable entre los 40 000 y 70 000; en su mayoría se tratan como pacientes externos. El padecimiento tiene su incidencia máxima entre los 16 y los 20 años de edad y se conserva alta hasta los 25 años de edad a la que empieza a disminuir con rapidez. El diagnóstico de la enfermedad pilonidal no es difícil, los pacientes tienden a acudir a consulta de manera aguda, quejándose de dolor y presencia de tumefacción en la región.

Thompson describió a las fistulas como simples y complejas, este último término se aplicaba cuando la abertura primaria se encontraba por arriba por arriba del anillo anorectal o el trayecto fistuloso se extendía hasta tres cuartas partes de la circunferencia del esfínter anal externo. Steltzner basó su concepto de la fistula anal sobre el punto de referencia del esfínter externo y describió tipos interesfínterianos, transesfínteriano y extraesfínterianos.

Parks y cols. Añadieron la variedad supraesfínteriana. Estos cuatro tipos de fistula se basan en su trayectoria tomada por la fistula principal. Las fistulas extraesfínterianas se relacionan también con traumatismos, enfermedad de Crohn anal o intestinal y diverticulitis.

Las fistulas subcutáneas y superficiales son resultados de las heridas anorectales no curadas después de hemorroidectomía o esfínterotomía, algunas se originan secundarias a una fisura crónica.

La enfermedad hemorroidal afecta a más de 1 millón de personas al año. Aproximadamente el 4.4 % de la población presenta síntomas atribuidos a las hemorroides, es uno de los padecimientos más comunes del ser humano y que sea el mayor número de personas que presenten hemorroides asintomáticas. Su frecuencia aumenta con la edad y es probable que después de los 50 años la mitad de los seres humanos tienen cierto grado de hemorroides, pero esto no quiere decir que la enfermedad sea privativa del viejo ya que se le puede encontrar a cualquier edad. Incluso se ha llegado a encontrar en niños. Predomina en el hombre en proporción de 2 a 1.

Hipócrates reservó el término de hemorroides para las hemorragias que provienen del ano.

Desde el punto de vista anatómico, las hemorroides se clasifican en internas y externas

En 1975, Thompson publica su tesis maestra basada en la anatomía y estudios radiológicos e introduciendo el término de amortiguadores vasculares. Demostrando que las arterias forman una red en la submucosa y comunican directamente con el plexo venoso. Los vasos están distribuidos en tres grupos dos laterales derechos, anterior y posterior y un lateral izquierdo, con las columnas de Morgagni dispuestas sobre ellos. Estos cojinetes o amortiguadores están sostenidos por tejido elástico y muscular que emerge de la cara interna del esfínter interno.

Durante la defecación, los cojinetes hemorroidarios se mantienen fuera del conducto del ano, gracias a la acción del músculo de la submucosa, por lo tanto la hemorragia nos orienta que ya existe un deterioro en ellos, la hemorragia es de color rojo brillante dado que procede de los capilares dañados en la lamina propia. Las hemorroides internas son de tamaño variable, en sus estadios iniciales se proyectan hacia la luz del conducto cuando se congestionan durante la defecación.

Las hemorroides externas pueden o no dar sensación de cuerpo extraño. solo cuando sufren una complicación dan manifestaciones clínicas que pueden ser más o menos intensas, tal es el caso de la trombosis.

Hay cuatro teorías para que se formen las hemorroides:

- 1.- Una dilatación anormal de las venas del plexo hemorroidal interno, así como las tributarias de las hemorroidales superiores y medias.
- 2.- Distensión anormal, de la anastomosis arteriovenosa.
- 3.- Prolapso de los amortiguadores anales.
- 4.- Destrucción del tejido fino conectivo, que da la fijación.

Las hemorroides se clasifican en grados:

Grado I: Cuando únicamente hay congestión y se proyectan a la luz del conducto.

Grado II.- Cuando protruyen al conducto y descienden hasta el orificio externo del ano durante la defecación o esfuerzo y regresan espontáneamente a su posición.

Grado III.- Cuando durante la defecación o esfuerzo protruyen a través del orificio anal y requieren reducción manual.

Grado IV.- Cuando protruyen de manera que no se pueden reducir a pesar de maniobras manuales

Los tres síntomas cardinales de las hemorroides son hemorragia, profusión y dolor. La presencia de la enfermedad se confirma con la Historia clínica cuidadosa, anoscopia, así como una rectosigmoidoscopia. El tratamiento debe ofrecerse el no operatorio o medico salvo se encuentren en etapas agudas de la enfermedad. La dieta rica en fibra, junto con un intento de establecer un patrón sano de evacuaciones produce abatimiento temporal o permanente de los síntomas.

Los pacientes que no reaccionan a las medidas higiénico-dietéticas deben de someterse a escleroterapia, coagulación con rayos infrarrojos o ligaduras con bandas de caucho como medidas más conservadoras de tratamiento antes de sugerirles la hemorroidectomía quirúrgica

Aunque el tratamiento mejor recomendado para algunos pacientes que presentan hemorroides grado III y la mayoría de los pacientes con hemorroides grado IV es la cirugía.

La fisura anal es un padecimiento frecuente del conducto del ano que ocasiona una sintomatología que esta fuera de toda proporción con el tamaño de la lesión, se le llama fisura anal a la grieta o al corte en la túnica del conducto anal. La lesión se acompaña de manera clásica de hemorragia y dolor intenso en el momento de la defecación

Se inicia cerca o lejos de la línea pectínea y se extiende hacia el margen del ano ,con más frecuencia se encuentra en la línea media posterior y anterior justamente por debajo del nivel de la línea dentada, con una relación de 10 a 1 a favor de la ubicación posterior, su tamaño varía de 1 cm hasta varios centímetros de longitud, lo ancho es menor a 1 cm, en sus etapas iniciales es simplemente una grieta en la piel del conducto , pero rápidamente pueden aparecer signos secundarios ,uno de los más notorios es el edema de la piel en un extremo distal de la fisura a nivel del orificio externo del ano, lo que da lugar a un crecimiento anormal de la piel que se denomina "colgajo centinela" , a menudo la válvula de Morgagni que está por arriba de la fisura también sufre edema y fibrosis dando lugar a la papila hipertrofica; a la triada de colgajo centinela, fisura y papila hipertrofica se le conoce como " complejo de Brodie ", se identifica una lesión de carácter crónico , aun cuando la fisura sea superficial, el esfínter interno sufre un espasmo enérgico , pero cuando la fisura se hace profunda y alcanza las fibras del esfínter , el espasmo es aun más acentuado.

Eventualmente después de varios meses, el músculo se torna fibroso y la contractura es casi permanente, en cuanto a su etiología anteriormente se hablaba de el paso de un bolo fecal grande y duro , así como a la diarrea por la alcalinidad produciendo una quemadura química actualmente se relaciona con una disminución en su irrigación lo que nos lleva a falta de factores para el proceso de cicatrización. Las fisuras secundarias se presentan después de intervenciones quirúrgicas sobre el ano y recto, las que se asocian a enfermedad de Crohn , las debidas a parasitosis como E. Histolytica, las que ocurren en enfermedades hematológicas como la leucemia y las debidas a traumatismos.

El diagnostico se efectúa mediante la historia clínica y la exploración física, es importante percatarse de los factores de la vida personal del paciente, es importante practicar examen de la región con sumo cuidado ya que la fisura es muy dolorosa, el tacto rectal se practica en forma suave ,en ocasiones solo es necesario separar los glúteos para identificar la fisura. El tratamiento va encaminado a mejorar los hábitos higiénico-dietéticas , en las fisuras agudas, pero si ya son crónicas y hay el complejo de Brodie lo indicado es la cirugía en sus diversas modalidades.

La incontinencia fecal se observa sobre todo en pacientes mayores de 60 años, es un problema traumático e incapacitante desde el punto de vista social, el mecanismo neuromuscular de conservación de la continencia depende de numerosos factores voluntarios e involuntarios.

Los elementos que se consideran responsables de la continencia son:

- 1.- La zona de alta presión propia del conducto del ano.
- 2.- El ángulo anorectal.
- 3.- Los mecanismos sensoriales y los reflejos anorectales.
- 4.- La distensibilidad, tono y capacidad del recto.
- 5.- La motilidad del conducto del ano.
- 6.- El tránsito del colon.
- 7.- La motilidad del conducto del ano.
- 8.- El volumen y consistencia de las heces.

Como tal cualquier trastorno de estos elementos puede ocasionar grados variables de incontinencia: incontinencia completa, parcial o por rebosamiento, como ejemplo son lesión nerviosa central y periférica, polimiositis, esclerodermia. Son indispensable una buena historia clínica en ello se basan los estudios a seguir tales como manometría anorectal, electromiografía y cinedefecografía, el tratamiento va encaminado a mejorar las condiciones generales, tratar la guasa subyacente así como técnicas de biorretroalimentación, ejercicios de reforzamientos de los músculos del perineo.

La reparación quirúrgica directa de los músculos del esfínter anal. Por último es posible lograr paliación de la incontinencia fecal mediante colostomía de desviación.

Los condilomas acuminados perianales se ven con mayor frecuencia en personas jóvenes de los 20 a los 35 años de edad, son causados por el papilomavirus humano produciendo verrugas tanto anales como en otros lugares, se han identificado más de 50 tipos de los cuales se relacionan más a menudo con condilomas perianales tipos 6, 11, 16 y 18 de ellos el 6 y el 18 se han encontrado con mayor frecuencia en las formas graves de displasia lo mismo que el carcinoma escamoso invasor, casi siempre se transmiten por vía sexual. El tratamiento se puede clasificar en métodos, de resección física aplicación de agentes químicos cáusticos e inmunoterapia, con una tasa de recidiva del 6% aunque algunos autores señalan ser mayor.

III.- JUSTIFICACION

Los problemas anorectales tienen importancia crítica para el cirujano, lo mismo para los pacientes ya que cada vez es más insoportable el dolor, la presencia de sangrado el cual los puede llevar hasta la anemia así como inestabilidad hemodinámica, dificultad o incontinencia para evacuar, pueden alterar las relaciones anatómicas y fisiológicas de las estructuras de la región anorectal, se vuelve cada vez más frecuente en el ejercicio diario de los médicos que atiendan enfermedades anorectales conforme avancen los años de industrialización, así como continuar con los malos hábitos higiénicos- dietéticos por lo que es necesario optimizar al máximo los recursos disponibles en la actualidad para ofrecer una mejor calidad en la cual se corregirán los trastornos anorectales por lo que se garantizarán resultados más favorables, ya que es preferible la intervención rápida y oportuna del cirujano para detectar tempranamente las diferentes patologías que se presentan, evitando que el trastorno deteriore al paciente hasta el punto de que se requiera una operación de emergencia por lo que aumenta la morbi-mortalidad y más si es un paciente con enfermedades concomitantes, por lo que es promisorio detectar oportunamente cada una de las patologías anorectales y realizar una rectosigmoidoscopia para determinar las condiciones de la enfermedad y así planear el manejo médico y/o quirúrgico individualizado para cada uno de los pacientes.

HIPOTESIS.

Realizar el diagnóstico rápido y oportuno a través de una investigación sencilla y valiosa en las enfermedades anorectales con la rectosigmoidoscopia.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la experiencia que se tiene en el diagnóstico de la enfermedad anorectal del 2000 al 2003.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer el diagnostico de certeza en las enfermedades anorectales.

Realizar un diagnostico oportuno y preciso en la enfermedad anorectal para evitar complicaciones fatales para el paciente y mejorar su pronostico.

Localizar e identificar las lesiones que se encuentren en el recto.

PACIENTES Y METODOS

Se revisaron cada una de las formas de control del reporte de los pacientes que acudieron al servicio de endoscopia provenientes de la consulta externa del Hospital General " Darío Fernández Fierro" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, en un lapso del 02de junio del 2000 al 11 de diciembre del 2003.

El diseño del estudio es de manera retrospectiva, descriptivo y observacional.

Se revisó cada uno de los reportes, de los cuales se investigo el diagnostico de envío, así como el resultado final de la rectosigmoidoscopia.

Cada uno de los datos que se obtuvieron fueron anotados en una libreta de recolección de datos, utilizada exclusivamente para este protocolo de estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todos los pacientes los cuales acudieron al servicio de endoscopia para que se le realizara rectosigmoidoscopia y presentaran enfermedades anorectales.

Pacientes provenientes de la consulta externa.

Pacientes que reúnan todos los datos para integrarse a la hoja de recolección de datos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a todos aquellos pacientes los cuales no presentaban enfermedad anorectal y que no se les realizo rectosigmoidoscopia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Pacientes con reporte de colonoscopia.

Pacientes con rectosigmoidoscopia de características normales.

RESULTADOS

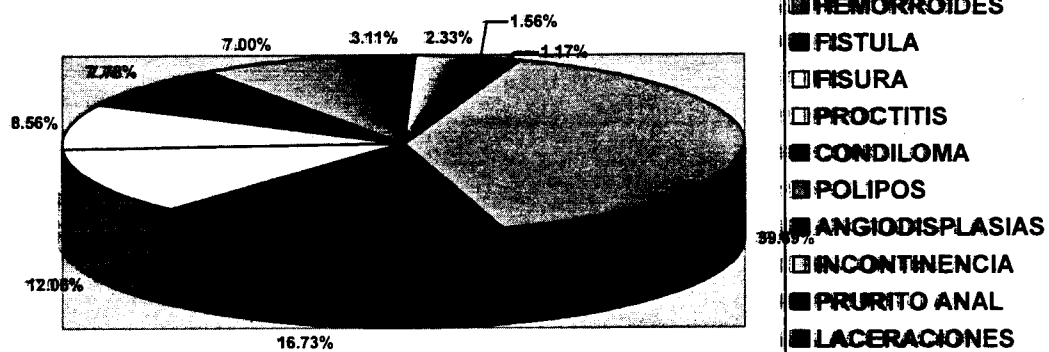
Se realizo el estudio con la metodología expuesta de acuerdo a los datos obtenidos de un lapso comprendido del 02 de junio del 2000 al 11 de diciembre del 2003.

Se busco intencionadamente el número de pacientes que presentarían patología rectoanal.

Incluyendo un total de 257 pacientes de los cuales 137 corresponden al sexo masculino (53.29 %) y 120 corresponden al sexo femenino (46.67 %), las edades promedio de afección de la enfermedad colorectal se encuentra entre los 21 años a los 60 años con una media a los 40.5 años donde se presentan con mayor índice.

Las enfermedades anorectales diagnosticadas con la rectosigmoidoscopia fueron: Enfermedad Hemorroidal 102 casos (39.68 %), Fistulas 43 casos (16.73 %), Fisura 31 casos (12.06 %), Proctitis 22 casos (8.56 %), Condilomas 20 casos (7.78 %), Pólipos 18 casos (7.00%), Angiodisplasias 8 casos (3.11 %), Incontinencia fecal 6 casos (2.33%), Prurito anal 4 casos (1.55 %), Laceraciones 3 casos (1.16 %).

GRAFICAS



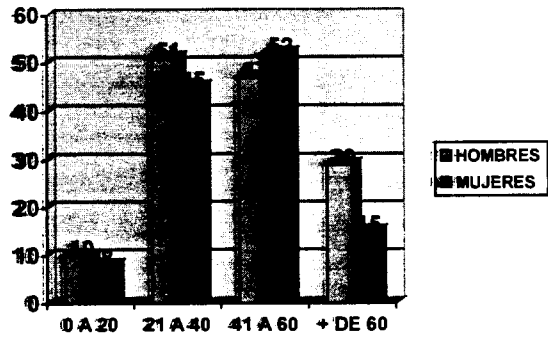
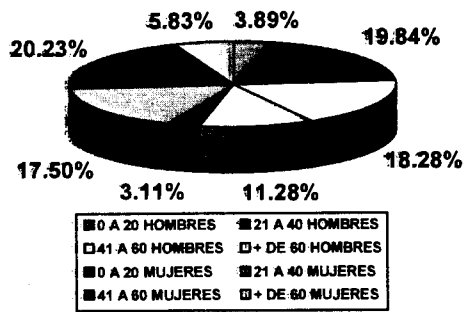
La distribución por grupo de edad y sexo fue la siguiente:

Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos	Porcentaje
0 a 20 :	10	3.89
21 a 40 :	51	19.84
41 a 60 :	47	18.28
+ de 60 :	29	11.28
TOTAL	137	53.29

Sexo : Femenino

Edad	Num. de casos	Porcentaje
0 a 20 :	08	3.11
21 a 40 :	45	17.50
41 a 60 :	52	20.23
+ de 60 :	15	5.83
TOTAL	120	46.67



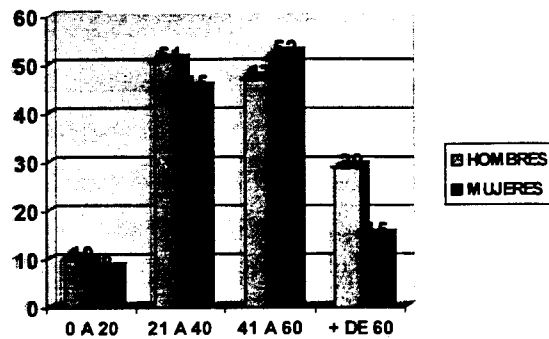
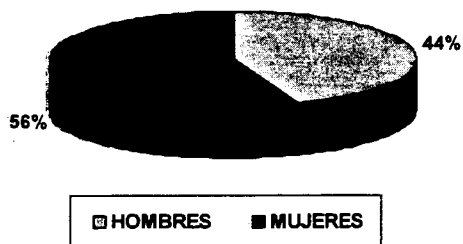
HEMORROIDES

Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	3
21 a 40 :	21
41 a 60 :	23
+ de 60 :	10
TOTAL	57

Sexo: Femenino

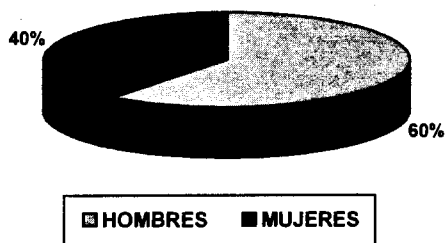
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	2
21 a 40 :	18
41 a 60 :	22
+ de 60 :	30
TOTAL	72



FISTULA

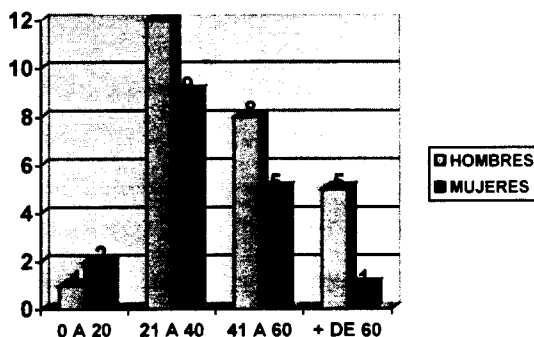
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	1
21 a 40 :	12
41 a 60 :	8
+ de 60 :	5
TOTAL	26



Sexo: Femenino

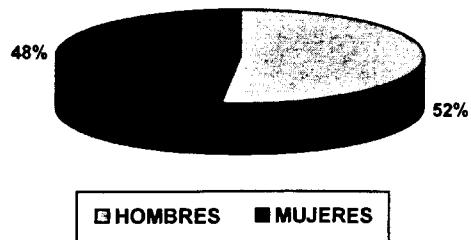
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	2
21 a 40 :	9
41 a 60 :	5
+ de 60 :	1
TOTAL	17



FISURA

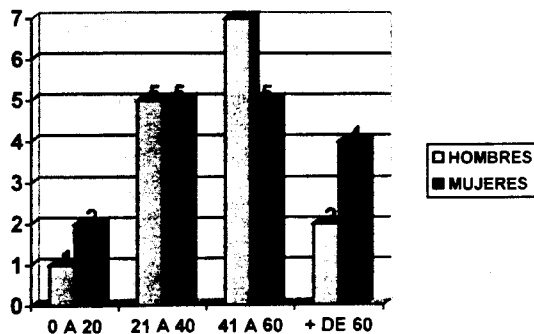
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	1
21 a 40 :	5
41 a 60 :	7
+ de 60 :	2
TOTAL	15



Sexo: Femenino

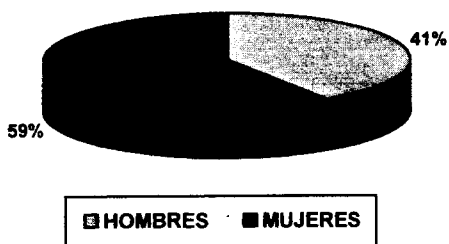
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	2
21 a 40 :	5
41 a 60 :	5
+ de 60 :	4
TOTAL	16



PROCTITITS

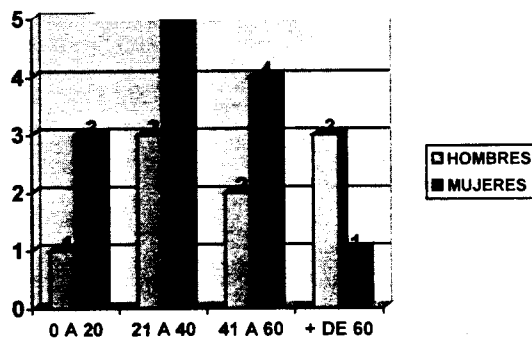
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	1
21 a 40 :	3
41 a 60 :	2
+ de 60 :	3
TOTAL	9



Sexo : Femenino

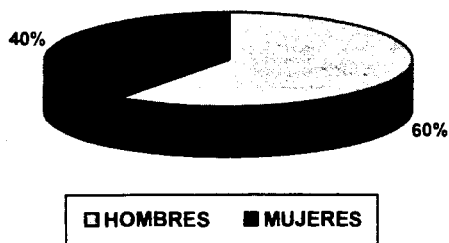
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	3
21 a 40 :	5
41 a 60 :	4
+ de 60 :	1
TOTAL	13



CONDILOMAS

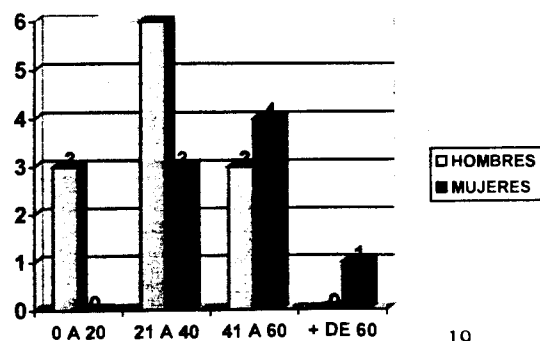
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	3
21 a 40 :	6
41 a 60 :	3
+ de 60 :	0
TOTAL	12



Sexo : Femenino

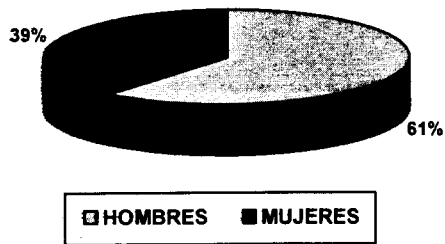
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	3
41 a 60 :	4
+ de 60 :	1
TOTAL	8



POLIPOS

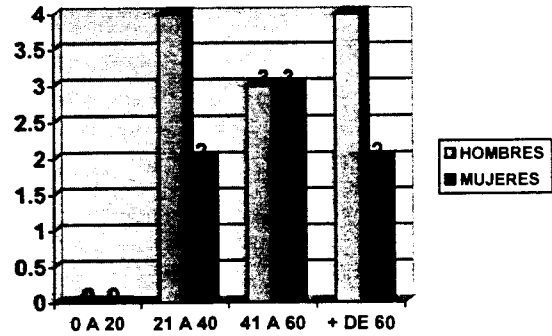
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	4
41 a 60 :	3
+ de 60 :	4
TOTAL	11



Sexo: Femenino

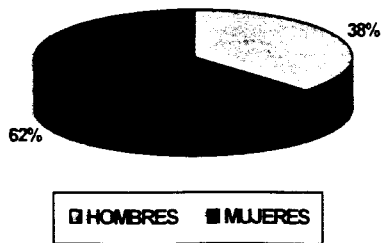
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	2
41 a 60 :	3
+ de 60 :	2
TOTAL	7



ANGIODISPLASIAS

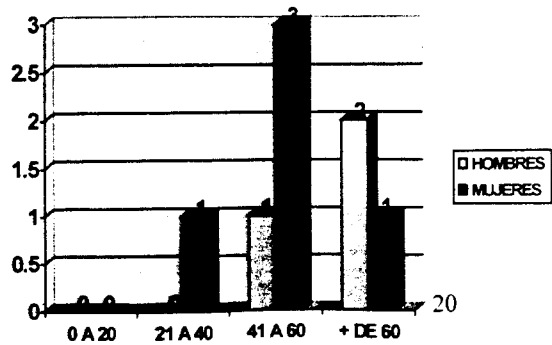
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	0
41 a 60 :	1
+ de 60 :	2
TOTAL	3



Sexo: Femenino

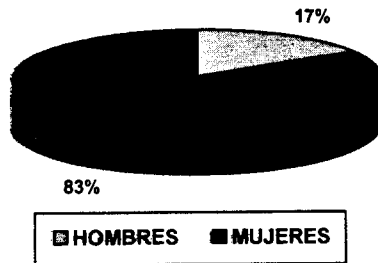
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	1
41 a 60 :	3
+ de 60 :	1
TOTAL	5



INCONTINENCIA

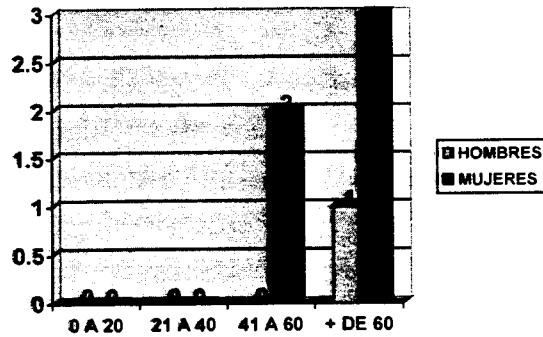
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	0
41 a 60 :	0
+ de 60 :	1
TOTAL	1



Sexo: Femenino

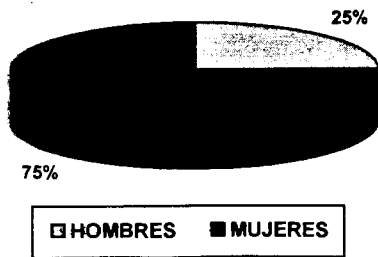
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	0
41 a 60 :	2
+ de 60 :	3
TOTAL	5



PRURITO ANAL

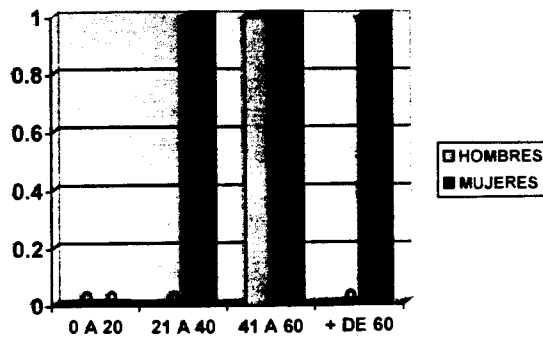
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	0
41 a 60 :	1
+ de 60 :	0
TOTAL	1



Sexo: Femenino

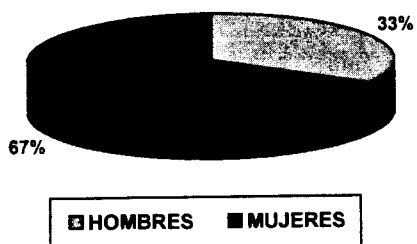
Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	1
41 a 60 :	1
+ de 60 :	1
TOTAL	3



LACERACIONES

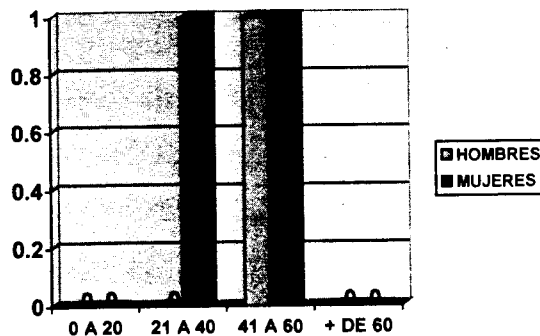
Sexo: Masculino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	0
41 a 60 :	1
+ de 60 :	0
TOTAL	1



Sexo : Femenino

Edad	Num. de casos
0 a 20 :	0
21 a 40 :	1
41 a 60 :	1
+ de 60 :	0
TOTAL	2



CONCLUSIONES

Las enfermedades anorectales tienen su importancia para el cirujano ya que a menudo nos encontramos , pacientes con quejas de "hemorroides" llamándole así a toda la patología anorectal, por lo que la clave es el diagnostico preciso para el tratamiento eficaz de estas enfermedades.

En todo caso comentaremos que la enfermedad anorectal generalmente es vista en primera instancia por el medico general o familiar y este casi siempre envía al paciente con un diagnostico bajo la misma condición que le es manejada por el paciente, por lo que debemos comprender que la principal manifestación de hemorroides es una "patología anorectal "

La mayoría de los pacientes que se le realizaron la rectosigmoidoscopia se les encontró la causa de su patología, por lo que se continuaron observando por la consulta externa por su medico tratante. los malos diagnósticos en su inicio es prácticamente llevar al paciente a la cronicidad, ya que aun así estos padecimientos son considerados crónicos. Se presentan generalmente a un edad promedio de 40 años y de acuerdo a sus hábitos higiénicos dietéticas disminuye la aparición de la enfermedad, por lo que se debe aumentar el consumo de fibras, disminuir el sedentarismo, la ingesta de alcohol, tabaco, etc.

La persistencia de los síntomas y signos de estos pacientes, después de haber recibido manejo medico se debe planear un procedimiento quirúrgico previo protocolo para realizar rectosigmoidoscopia y de esta manera se tiene una perspectiva del manejo del padecimiento.

Para concluir cabe mencionar que un buen resultado, depende mucho de un paciente obediente y de un medico compresivo.

Todo paciente que presente síntomas y signos de patología anorectal es conveniente que se le realice una rectosigmoidoscopia.

DISCUSIÓN

La enfermedad anorectal es un padecimiento en su mayoría crónico y representa aproximadamente el 46 % de todas las patologías colorrectales, en otros estudios mencionan las compleciones de la rectosigmoidoscopia hasta del 1: 10000 y de 1 en 20 000, para las enfermedades anorrectales esta es un arma de gran poder para diagnosticar en forma precisa lesiones desde un cm. del borde del ano y así determinar la conducta para iniciar manejo medico o planear la estrategia para la cirugía.

Esto hace que sea un diagnostico de primera elección

Solo un pequeño margen del 2.4 % no es concluyente,

La rectosigmoidoscopia es mas precisa que la colonoscopia, los diagnósticos emitidos por la rectosigmoidoscopia son prácticos y concisos. Las patologías mas frecuentemente encontradas fueron de un total de 257, Enfermedad hemorroidal con 102 casos, fistulas con un total 43 casos, Proctitis bacteriana 22, cóndilo más 20 Angiodisplasia 8 casos, Incontinencia 6 casos, Prurito anal 4, Laceraciones 3 casos.

Por consiguiente toda patología anorectal, se le tiene que realizar rectosigmoidoscopia para establecer la terapéutica a seguir.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Brenetaud JM, Maunoury V Cochelard D, et al: Laser palliation for rectosigmoid cancers. Int J Colorectal Dis 4:6-8,1989.
- 2.- Brennan FN, Lawrence BH, Levitt S: Nd: YAG laser therapy for colorectal polyps. Aust NZ J Surg 61:415-518,1991.
- 3.- Corman ML: Hemorrhoids. In colo and rectal surgey. Philadelphia, JB Lippincott,1993 pp 54-115.
- 4.- Daikuzono N, Joffe SN: Artificial Sapphire probe for photocoagulation and tissue vaporization with Nd: YAG laser. Med Instrumen 19:173-178,1985.
- 5.- Ferguson JA, Heaton JR: closed hemorrhoidectomy. Dis colon rectum 2:176,1959
- 6.- Abcarian H. Surgital correction of chronic anal fissure: result of the lateral internal sphincterotomy vs fissurectomy- midline sphincterotomy. Dis colon rectum 23:Dis 31,1980.
- 7.- Senagore AJ, Mazier WP, Luchtefeld MA, Treatmant of advanced hemorrhoidal disease: A prospective, randomized comparison of cold scapel vs contact Nd: YAG laser. Dis Colon rectum 36: 1042,1993.
- 8.- Wolkomir AF, Luchtefeld MA : Surgery for symptomatic hemorrhoids and anal fissures in Crhon's disease. Dis Colon Rectum 36:545,1993.
- 9.- Gordon PH, Nivatvongs S: Principles and pratice of surgey for the colon, rectum, and anus. St. Louis, Quality Medical Publishing, 1992.
- 10.- McLeod RS: Magement of fistula in ano 1990 Roussel lecture. Can J surgery 34:581-585,1991.
- 11.- Pearl RK, Andrews JR, Orsay CP, et al: Role of the seton in the management of anorectal fistulas. Dis Colon rectum 36:573-579,1993.

- 12.-Sanwan YP, Rosen L,Riether RD, et al: Is simple fistula in ano simple? Dis Colon rectum 37:885-889,1994.
- 13.-Corman ML: Cutaneous condions .In Colon & Rectal Surgery ,ed 3 Philadelphia, JB Lippincott 1993, pp 374-435.
- 14.-Gorfine SR: Pilonidal disease. In Bauer JJ,Gorfine SR, Kreeel I,et al (eds): Colorectal Surgery Illustred: A Focused Approsch. St. Louis, Mosby-Year book,1993, pp 371-378.
- 15.-Nivatvons S: Pilonidal disease. In Gordon PH, Nivatvons S (eds): Principles and Practice of Surgey for the Colon, Rectum, and Anus. St Louis,Quality Medical Publishing,1992,pp 267- 279.
- 16.- Fleshner PR, Freilich MI : Adjuvant interferon teraphy for anal condyloma acuminata-have we found the magic bullet? Dis Colon Rectum 36:A43,1993
- 17.- Sultan AH ,Kamm MA,Hudson CN et al: anal-sphincter disruption during vaginal delivery . N Engl J Med 329:1905-1911,1993.
- 18.-Muñoz M,Nelson Harrington J,et al management of acquired rectourinary fistulas: oucome according to cause. Dis Colon rectum 1998; 41:1230-1238.
- 19.-Zúñiga DA Viñuela FE,López KF et al Enfermedad diverticular de colón, resultados de tratamiento electivo. Revista Chilena de Cirugía. 2001,53:342-346.
- 20.-Shilling M, Mauer C, Kollmar O, et al Primary vs Secondary anastomosis alter sigmoid colon resection for perforeted diverticulitis . Dis Colon Rectum 2001,44 699-705.
- 21.-Dunaway M,Webb W. Rodnin c. Intraluminal measurement of distance in the colorectal region employing rigid and flexible endoscopes,Surg Endosc. 1998,2:81
- 22.-Buckley R. Smith M M, Katner A. Use flexible of rigid sigmoidoscopy by family physicians in the United States. J. Fam 1998; 27 (2) : 197-200.
- 23.-Winaver SJ, Fletcher RH, Miller L. Et al. Colorectal cancer screening : Clinical Guidelines and rationales,gastroenterology 1997;112:594-642.

24.- Byers T. Levin B. Rothenberg D. Et al American Cancer Society Guidelines for screening and Surveillance for early detection of colorectal polyps and cancer. Update 1997. CA Cancer J. Clin 1997;47: 154-160.

25.- Hoff G. Sauar J, et al. Polypectomy of adenomas in the presentation of colorectal cancer :10 years follow- up of telemark polyp study 1996;31:1006-1010.

26.- Frommer D. Cleansing Ability and tolerance of three bowel preparations for coloscopy disease of the colon and rectum . 1997;40: 100-104.

27.- Zwas FR Cirillo NW. Et al Colomucosal abnormalities associates with oral sodium phosphate solution. Gastrointestinal Endoscopy 1996;43 463.