

Dr. Juan Francisco Orellana
Profesor Auxiliar de la Cátedra de
Semiología

El Síndrome Colítico

Con mucha frecuencia, por no decirlo a diario, encontramos en la práctica médica que, síntomas que corresponden a afecciones ano-recto: sigmoideas pasan confundidos con síntomas que forman parte del SINDROME COLITICO, por la única razón en omitir la investigación de sus signos diferenciados, por medio de la endoscopia intestinal. Por lo tanto, con la falta de esta clase de investigación, tenemos forzosamente que aceptar — empíricamente desde luego — la acepción pseudocientífica de COLITIS, cuando las materias fecales están en mayor número que lo normal o cuando se encuentra en su composición mayor cantidad de agua. Las Colitis desde, un punto de vista estrictamente científico, se comprueban cuando existe un estado anatomopatológico de la mucosa, estado que no lo podremos comprobar si no se recurre a. El examen endoscópico del último tramo del grueso, a fin de que, el empirismo vaya cediendo el campo a lo que en realidad debe ser lo estrictamente científico.

La Colitis Pseudo Membranosa llamada antiguamente > considerada en la actualidad. como un proceso alérgico digestivo, siendo en esencia una MIXORREA PROCTOCOLICA como le llama Ja Escuela*, Alemana, ha sido definitivamente catalogada como una falsa colitis porque la emisión de moco o de membranas se hace por una mucosa intestinal normal vista a la endoscopia.

La Radiología misma de la que no es posible dudar de su inmenso aporte científico no puede demostrar alteradores intestinales, su mucosa sino cuando hay destrucción de ella o modificación, estructura de sus paredes. Un estado de fragilidad o de congestión de su mucosa, no puede demostrarlo; pero sí, lo hace la endoscopia intestinal.

Aún más, el síndrome, disenteriforme como tal, no puede, no debe determinar la acepción científico-clínico de CO-

LITIS mientras no se descubran los signos que ésta lo ha determinado, y si tales signos encontrados en la endoscopia demuestran la existencia de una colitis; éstas, endoscópicamente, tienen signos claros y precisos para ser diferenciadas entre sí. La existencia de ulceraciones, su forma, aspecto y localización son suficientes para el diagnóstico diferencial.

Por lo tanto, la Rectosigmoidoscopia es el recurso científico de primer orden para la comprobación de una verdadera o falsa colitis y en el último de los casos, para su diagnóstico diferencial.

Estos son los fundamentos, por los que en la Cátedra de Semiología además de enseñar el síntoma, se obligue a reconocer el signo o signos, en los cuales se apoyarán para formar un concepto claro y científico de las diferentes alteraciones de orden intestinal.

Lo mismo sucede, cuando en el síndrome intestinal, en lugar de predominar como síntoma directriz la diarrea, existe el estreñimiento, porque no pocas veces se comprueba que pequeñas fisuras anales, hemorroides congestionadas, rectitis catarrales provocan el espasmo anal y favorecen el estreñimiento, o son el resultado de obstrucciones de la luz intestinal por malformaciones, que no han sido siquiera sospechadas, peor descubiertas.

Guiados por las razones anteriores y siguiendo un procedimiento sistemático, en todos nuestros enfermos de cátedra afectos de alteraciones intestinales, se procede a practicar la endoscopia ano-recto-sigmoidea con la sola preparación previa del enfermo, como es corriente en todos los casos, de una limpieza del intestino grueso por medio de un lavado evacuante intestinal.

Así, en el paciente que presento, el examen del canal anal por medio del anoscopio no reveló nada de anormal. En la endoscopia por medio del rectosigmoidoscopio no se encontró nada de anormal en la ampolla rectal; pero, a una distancia de veinte centímetros, se apreció una tumoración de aspecto vegetante, de color rojo subido, que sangraba con suma facilidad y que comprendía toda la luz del tubo, impidiendo la progresión del mismo hacia arriba.

El color, la falta de pedículo, su friabilidad exagerada, su aspecto sangrante, fueron signos suficientes y seguros para determinar el carácter neoplásico de carácter vegetante de la lesión. El hecho de comprender toda la luz del tu-



Nótese el anillo tumoral que constriñe el recto en el Iº estadio.



Nótese el anillo tumoral que constriñe el recto en esta imagen más avanzada.

bo y el impedir la progresión del mismo hacia arriba, nos indujo a pensar que esta neoplasia comprendía todas las paredes del sigma en forma circular, formando una estenosis que impedía la progresión del aparato hacia arriba, y la distancia del tubo de veinte centímetros del ano correspondía de la región supra-recto-sigmoidea. Con estos fundamentos se determinó la existencia de un neoplasma de aspecto vegetante que comprendía todas las paredes del recto formando una estenosis de la luz intestinal y que correspondía a la región supra-rectosigmoidea, cumpliéndose así el aforismo de Morrison de que de cien cánceres del intestino noventa de ellos se manifiestan con diarreas alternadas con constipación y de que 69 corresponden a la región recto-sigmoidea, 29 a la ampolla rectal y 2 al canal anal.

Practicada la biopsia de la lesión para el estudio histo- patológico dió como resultado un adenocarcinoma.

Por todo lo que antecede, es fácil concluir que en complemento de la gastroenterología, en estos últimos años ha venido con bases firmes y seguras en su ayuda, el conocimiento de la PROCTOLOGIA.