

Ledo. OSWALDO RODRIGUEZ M.

**"IMPORTANCIA DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA EN EL
DIAGNOSTICO DE LAS AFECCIONES DEL ULTIMO TRAMO
INTESTINAL"**

C O N C L U S I O N E S

Sobre 40 casos estudiados

Nuestra corta experiencia, en el terreno de la Proctología, nos ha permitido sintetizar una serie de conclusiones, unas de orden técnico y otras de orden clínico.

El número de observaciones llega sólo a 40, debido a que hemos escogido, entre los numerosos enfermos, aquellos que más se prestaban para la demostración práctica. A continuación exponemos la lista diagnóstica que corresponden, por su orden, a las historias clínicas adjuntas.

- N⁹ 1.—Adeno-sarcoma del recto .
- N⁹ 2.—Ano-rectitis hemorroidaria, con fisura.
- N⁹ 3.—Ano-rectitis hemorroidaria, con papilomas.
- N⁹ 4.—Ano-rectitis hemorroidaria, con prurito.
- N⁹ 5.—Hemorroides de 2⁹ y 3er. grado.
- N⁹ 6.—Hemorroides de 2⁹ con fisura.
- N⁹ 7.—Hemorroides de 3er. grado y diarrea tóxica.
- N⁹ 8.—Fisura simple.
- N⁹ 9.—Fisura simple y diarrea tóxica.
- N⁹ 10.—Fisura simple con pólipo centinela.
- N⁹ 11.—Fístula isquio-rectal completa.
- N⁹ 12.—Trombosis hemorroidaria externa.
- N⁹ 13.—Trombosis hemorroidaria interna.
- N⁹ 14.—Síndrome de hipertensión portal.
- N⁹ 15.—Sífilis intestinal (Chancro anal).
- Nros. 16 - 17.—Rectitis aguda catarral.

- N^o 18.—Recto-sigmoiditis.
Nros. 19 - 20 - 21 - 22 - 23.—Recto colitis amebiana. Nros. 24 - 25.—Recto colitis amebiana, complicada. Nros. 26 - 27.—Colitis ulcerosa grave inespecífica.
N^o 28.—Colitis ulcerosa grave con fístula.
N^o 29.—Linfogranuloma del recto.
N^o 30.—Oclusión por fecaloma rectal (Disquinecia) . N^o 31.—Prolapso rectal completo extrangulado.
N^o 32.—Recto-rragia por escara (inyección esclerosante) .
N^o 33.—Tuberculosis intestinal - rectal.
N^o 34.—Cicatriz viciosa proliferante del recto.
N^o 35.—Dolico-mega del recto y sigma.
N^o 36.—Enfermedad de Addison.
N^o 37.—Vólvulo por dólido-sigma .
N^o 38.—Tumoración del sigma.
N^o 39'.—Tuberculosis intestinal (alta) .
N^o 40.—Sífilis intestinal?

Los enfermos examinados han presentado uno o varios síndromes asociados.—El resumen es el siguiente:

Tumor: 8 casos.
Dolor: 13 casos.
Hemorragia: 26 casos.
Secreción: 15 casos.
Prurito: 8 casos.
Estreñimiento: 4 casos.
Diarrea: 9 casos.
Diarrea falsa: 13 casos.

De los 40 examinados, 5 han dado datos negativos al examen endoscópico; es decir, que en el 12,5% el segmento rectá-sigmoide ha estado normal.

CONCLUSIONES TECNICAS:

1?—Los tubos que hemos empleado, son de fabricación nacional, de luz reflejada y están adicionados de una lente y un aparato insuflador.

2[?]—En ningún caso hemos sufrido ningún accidente doloroso y nunca ha sido necesaria la anestesia general ni local.

3[?]—Como preparación previa hemos acostumbrado enema de agua hervida 4 horas antes del examen, repetido en los casos de falta de limpieza.

4[?]—Sólo en los casos de grandes diarreas, hemos dado dosis pequeñas de opio, la víspera del examen.

5*—La posición que hemos preferido, por facilitarnos el examen ha sido la genu-pectoral; pero en la mayoría de las mujeres hemos empleado la posición de Taila.

6[?]—Siempre hemos efectuado el tacto rectal, antes de introducir el tubo, a fin de darnos cuenta del tono del esfínter, de la temperatura local, de posibles lesiones del ano y de su canal y de la dirección que debíamos darle al instrumento .

7@—La insuflación es un recurso inocuo, que ha facilitado notablemente nuestros exámenes.

8[?]—Siempre asociamos las imágenes endoscópicas a los cuadros clínicos observados y siempre que hemos podido y que el caso lo ha requerido, recurrimos a las investigaciones bacteriológicas, citológicas y radiológicas.

9[?]—De los cuarenta casos examinados, 28 han sido diagnosticados simplemente por el examen endoscópico; los 12 restantes han necesitado del concurso de los especialistas.

CONCLUSIONES CLINICAS:

—Los enfermos del tubo digestivo, en su porción terminal, son bastante numerosos. El hecho de que la mayoría de estos pacientes no necesitan ser atendidos en servicios hospitalarios, hace indispensable la creación de centros especializados que permitan el correcto diagnóstico y la atención médica ambulatoria.

2[?]—Como en el segmento terminal del intestino grueso, las afecciones revisten, con relativa frecuencia, caracteres de malignidad (el cáncer del recto comprende el 80% de los cánceres de todo el intestino) es preciso efectuar precozmente los exámenes necesarios — especialmente endoscópico— que permitan sentar diagnósticos correctos y precoces .

Es lamentable la observación de que todos los cánceres del recto diagnosticados hasta la fecha en nuestro medio, han llevado meses de evolución y por lo tanto, ninguno ha estado en condiciones de ser intervenido. Este fracaso doloroso para nuestra medicina, es la demostración más gráfica del descuido y la repugnancia con que la mayoría de los médicos observa a las lesiones recto-sigmoideas.

Naturalmente, que los enfermos tienen también parte de la culpa, ya que por un mal entendido pudor o decidía, temor o ignorancia, no se prestan a los exámenes proctológicos.

3*—El valor absoluto de la rectoscopia para el diagnóstico del cáncer de recto, debe inducirnos a nunca prescindir de esta forma de exploración, en todos los exámenes del tubo digestivo.

4²—En las colitis ulcerosas graves inespecíficas, que seguramente no son raras en nuestro medio (7% de nuestros casos) la exploración endoscópica es el medio más útil y seguro para llegar al diagnóstico; permitiendo además seguir las diferentes fases evolutivas de la enfermedad y descubrir sus complicaciones.

5^a—En las recto-colitis amebianas, el valor diagnóstico de la rectosigmoidoscopia es muy grande, ya que nos permite observar el aspecto, intensidad y extensión de las lesiones.

El síndrome disenteriforme, por demás conocido: diarrea, sangre, moco, pujo, es por lo general etiquetado entre nosotros, como una colitis amebiana y para ésto, basta que el examen de las heces haya revelado la presencia de amebas o de sus quistes. Muchas veces el resultado del tratamiento emetínico es nulo, pero nuestro criterio no varía a pesar del fracaso. Todavía no queremos comprender que ese cuadro sindrorrtático, puede tener y tiene muchas otras explicaciones etiopatogénicas.

6*—En presencia de todo síndrome disenteriforme, de proctorragias que pongan de manifiesto lesiones confusas y de diarreas sintomáticas de origen incierto, es indispensable efectuar: 1^o el tacto ano-rectal y 2^o la endoscopia exploradora .

7—Las Hemorroides pueden escapar a la exploración digital y muchas veces, sólo podemos ponerlas en evidencia por medio de la rectoscopia. Esta no sólo permite localizarlas con precisión, sino también revelar el estado de la mu

cosa que las cubre. La rectitis hemorroidaria es la complicación más frecuente (5 casos nuestros).

Estas hemorroides, que estamos acostumbrados a tomarlas muy simplemente, son causa a veces, de errores muy graves como en el caso N^o 1 en el que se confundió un Cáncer por paquetes hemorroidales. Seguramente el síndrome: tumor, dolor y sangre hizo pensar, sin mayor examen, en esta sencilla lesión y la enferma fué sometida al tratamiento acostumbrado.

Otras veces, al comprobar la presencia de verdaderas hemorroides, se les atribuye a él las todo el cuadro clínico, sin pensar que concomitantemente pueden existir otras lesiones de mayor importancia.

8^a—En el caso de las fístulas, la investigación del orificio interno es difícil y sólo con el anoscopio podemos localizar la salida del pus, al presionar el orificio externo (caso N^o II). Esta forma de examen es particularmente eficaz en las fístulas internas llamadas ciegas; en las que el origen del pus que se derrama en el momento de la defecación no puede revelarse sino por el examen directo.

9^a—En los cuadros de estreñimiento pertinaz, acompañados de meteorismo, dolor y retortijones, el examen endoscópico presenta grandes ventajas, porque constituye el medio más rápido y simple para el diagnóstico del dolico-mega del recto y sigma (caso N^o 35). En otras ocasiones en los cuadros de oclusiones bajas, por disquinesia rectal, no sólo sirve para asegurar el diagnóstico, sino para efectuar la extracción del fecaloma.

10^a—Junto a los casos en los que la rectosigmoidoscopia hace evidente el diagnóstico, hay otros en los que la investigación está dificultada; pero aún entonces, valiéndonos de este medio, podemos obtener trozos del material dudoso, secreciones, raspados, etc. y efectuar los exámenes histológicos y bacteriológicos necesarios.

11^a—Cuando la endoscopia alcanza su objetivo, es mejor que la radiografía, porque ésta, sólo da el perfil de la lesión sin indicar su naturaleza. Pero en cuanto a la apreciación de la extensión de la lesión, la radiografía es muy superior a la rectoscopia que a veces no puede vencer estenosis inflamatorias o neoplásicas.

12^a—Maestros consagrados, como Bensaude, Bacon y Bonorino, opinan así de la objetivación proctológica:

"La experiencia ha demostrado que la rectosigmoidoscopia, es un complemento indispensable, para el diagnóstico de gran número de afecciones no sólo de esta zona, sino de todo el tubo digestivo".

"El médico igual que el cirujano, deben tener un amplio conocimiento de su valor y técnica; porque hoy día es inadmisibile el hecho de que se formulen regímenes y medicamentos en las afecciones gastro intestinales,, sin este examen previo".

"La endoscopia es sin duda alguna, el procedimiento explorativo más perfecto, para el reconocimiento de las lesiones de los segmentos bajos del intestino grueso, que por otra parte son los más afectados, en el mayor número de los casos".