

T
616.35
L 439 p
1960
F. de Med.

079790

53

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Proctosigmoidoscopías

Basado en los reportes de Proctosigmoidoscopías encontrados en los libros de la Sala de Operaciones del Hospital Rosales desde el 1o. de enero de 1955 al 31 de diciembre de 1959.

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

REINALDO CONRADO LAZO

PREVIA LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

AGOSTO DE 1960



U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

Rector:

DR. NAPOLEON RODRIGUEZ RUIZ.

Secretario General:

DR. ROBERTO EMILIO CUELLAR MILLA.

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

Decano:

DR. JOSE KURI.

Secretario:

DR. MARIO RIVAS TORRES.

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

CLINICA MEDICA:

Presidente: Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal: Dra. Adela Cabezas de Alwood
Segundo Vocal: Dr. Luis J. Escalante.

CLINICA QUIRURGICA:

Presidente: Dr. Luis A. Macías
Primer Vocal: Dr. Roberto A. Jiménez
Segundo Vocal: Dr. Roberto Cuéllar.

CLINICA OBSTETRICA:

Presidente: Dr. Antonio Lazo Guerra
Primer Vocal: Dr. José I. Mayén
Segundo Vocal: Dr. Raúl Argüello Escolán.

JURADO DE DOCTORAMIENTO PUBLICO:

PRESIDENTE: Dr. Roberto Masferrer.
PRIMER VOCAL: Dr. Juan N. Hasbún.
SEGUNDO VOCAL: Dr. Alejandro Gamero Orellana.

O F R E C I M I E N T O

A mi esposa Emma Hernández de Lazo.

A mi Madre Consuelo Parada vda. de Lazo.

A mis Hermanos.

DEDICATORIA

A la memoria de mi Padre Gilberto Lazo.

Q. D. D. G.

A mi familia.

A G R A D E C I M I E N T O

Al Dr. Roberto Masferrer.

Al Dr. Juan N. Hasbún.

Al Dr. Luis Edmundo Vásquez.

Al Dr. Alejandro Gamero Orellana.

Al Dr. Jorge Bustamante.

Y de manera especial a Don Jesús Portillo.

PLAN DE TRABAJO

- I - INTRODUCCION.-
- II - CONSIDERACIONES GENERALES.-
INDICACIONES DE PROCTOSIGMOIDOSCOPIA.-
- III - REVISION DEL MATERIAL.-
- IV - ANALISIS DE LOS CASOS.-
- V - CONCLUSIONES.-
- VI - BIBLIOGRAFIA.-

I N T R O D U C C I O N

La Proctología es una ciencia que forma parte de la Medicina; está dedicada al estudio de las afecciones ano-rectales y últimamente, gracias a los avances de la endoscopia, ha extendido la capacidad de investigación hasta los límites del colon sigmoide, de ahí que el aparato destinado al examen de este tipo de patología en clínica reciba el nombre de Proctosigmoidoscopio.

Dentro del amplio campo de la Medicina, la Proctología constituye una especialidad; incluso el médico general precisa de ella, ya que para que un examen físico completo el clínico debe efectuar, como mínimo, un tacto rectal, para la valoración del cual se precisa una serie de conocimientos indispensables acerca de la patología de la región.- Esta afirmación así asentada, adquiere mayor énfasis cuando se examina a un paciente adulto o viejo del sexo masculino en el cual el Médico siempre debe permanecer en guardia ante la posibilidad de la neoplasia prostática. Faltas de diagnóstico de cuadros patológicos de esta naturaleza tuve ocasión de observar en el curso de mi práctica en el Hospital Rosales, en los cuales, un simple tacto rectal, pudo haber dado en muchos casos el diagnóstico definitivo.

El primer aparato usado en la investigación que estudiamos fué el anoscopio, especie de proctosigmoidoscopio muy simplificado, más corto, con un campo de investigación mucho más reducido. Decir quién lo creó y en qué año apareció no se puede determinar, y en esto sucede como en muchas cosas que constituyen patrimonio de la humanidad de las cuales disfrutamos sin saber quién ha sido su creador. Actualmente el anoscopio aún está en uso, pero en los exámenes más precisos y que se quiera visualizar la mucosa del sigmoide se emplea el proctosigmoidoscopio. Este es un tubo rígido que mide 25 cms. de longitud y 1.6 cms. de diámetro, por término medio.- Las modificaciones entre uno y otro tipo fundamentalmente se refieren a los sistemas de iluminación;

ron inconveniencias en ambos casos. Modernamente se ha adoptado el doble sistema de iluminación con fuente proximal y distal.- A esto se agrega un sistema de aspiración para mantener limpio el campo de observación.- Algunos aparatos están provistos de un sistema que permite la visualización del campo por dos observadores simultáneamente. Siempre debe de iniciarse el examen con el tacto rectal cuidando de mantener la tranquilidad del paciente para impedirle manifestaciones de nerviosidad.- Según la posición que se haya adoptado, siendo la más frecuente la genu-pectoral, se aplican al aparato distintos movimientos para facilitar su introducción y orientados por un conocimiento preciso de la región.

Para la verificación del examen la preparación pre-operatoria consiste en la administración de lavados rectales, generalmente en número de dos, el primero la noche anterior al día del examen y el segundo una o dos horas antes de conducirlo al sitio en donde se practicará el examen. La posición más corrientemente usada es la genu-pectoral, en algunos casos se puede usar también la posición de Sims, o alguna otra adecuada. Corrientemente el examen se hace sin anestesia; en algunas ocasiones se hace uso de anestesia de tipo local o regional, entre ellas la de Saddle-Block, debido al dolor extremo, como sucede en casos de hemorroides trombosados o afecciones tumorales. En estos casos como es de suponer, los lavados rectales, aún cuando sean de agua simple, ocasionan dolor; debido a ello puede limitárseles a uno sólo, dos horas antes del examen o bien omitirlos y solamente hacer un reconocimiento en tanto mejoran las condiciones locales.

El material sobre el cual versará mi trabajo de Tesis Doctoral comprende los registros de proctosigmoidoscopías anotados en los libros que registran el trabajo en el Departamento de Operaciones del Hospital Rosales durante los últimos cinco años, es decir, desde el 1.º de Enero de 1955 al 31 de Diciembre de 1959.

.....
Para tener una idea clara acerca de las condiciones anatómicas y fisiológicas

cos. Se sabe que el ano es formado a expensas de tejidos de origen ectodérmico, proctodeo embrionario, en tanto que el recto es de origen endodérmico, derivando intestino posterior. La placa anal que limita ambas formaciones en el embrión no solamente se desintegra alrededor de la séptima semana de vida fetal.- De ahí la variada gama de posibilidades en cuanto a afecciones congénitas, desde la imperforación o fisura anal hasta los trayectos fistulosos o desembocaduras anormales.

En el adulto el ano es un conducto que mide 1.5 cms., revestido de piel fina, dividido hacia arriba por el borde dentado a nivel del cual se verifica el encuentro de dos epitelios, el pavimentoso y el cilíndrico glandular de la mucosa del recto, órgano de una longitud cuyo promedio en un individuo adulto es de 15 cms. La irrigación tanto arterial como la de retorno o venosa está distribuida en tres territorios, superior, medio e inferior recibiendo el nombre de arterias y venas hemorroidales, superior, media e inferior.

La inervación del ano está a cargo de nervios sensitivos somáticos, hasta el borde dentado, lo cual brinda a dicho órgano una sensibilidad exquisita; no así el recto cuyos elementos nerviosos son del tipo sensitivo visceral, proporcionada por el sistema vegetativo; este hecho es de gran importancia clínica y patológica, por ello las afecciones anales propiamente dichas son tempranamente reconocidas por el paciente y las rectales sólo lo sean en el curso del examen médico al consultar el paciente por hemorragia, estreñimiento u otro síntoma vago.

De estas nociones se desprende que al practicar la proctosigmoidoscopia con el instrumento corriente que generalmente mide 25 cms., se dedican 15 cms. aproximadamente al estudio de la mucosa del colon sigmoide. De ahí que el estudio de la patología de este último sólo tenga un valor relativo, haciéndose necesario practicar enemas repetido del colon cuando las circunstancias lo requieran.

.....
Ciertas afecciones bastante frecuentes en otros países casi no se presentan en

el nuestro o son muy raras, tales como la colitis ulcerativa crónica, la poliposi del colon o intestinal en general, la diverticulosis y diverticulitis.

En el presente trabajo no hay ningún caso señalado, aún radiológicamente se l encontrado, casos de diverticulosis y diverticulitis ampliamente estudiados, y el es debido a que los divertículos se encuentran a una altura mayor, en la mayoría (los casos, a la alcanzada por el proctosigmoidoscopio.

C A P I T U L O I I

Consideraciones Generales.- Indicaciones de Proctosigmoidoscopia.-

El examen médico más acucioso siempre ofrecerá los mejores frutos; el clínico que al examinar a su paciente valore detenidamente todos sus hallazgos llegará a tener más acertadas conclusiones.- Naturalmente, nuestro médico general, sobre todo vive en pueblos y ciudades del interior de la república, no podrá hacerla de rutina pero sí podrá hacer un tacto rectal en la mayoría de los casos.

La Proctosigmoidoscopia es un examen que prácticamente no tiene contraindicaciones, excepto en casos de obstrucción ano-rectal que no permita el paso del instrumento, afecciones muy dolorosas o cuando el paciente no le permite adoptar ninguna posición adecuada para el examen.

Indicaciones: en casos selectivos, cuando el examen se verificará como resultado de la consulta del paciente; presentando relación directa con una afección ano-rectal debe hacerse siempre cuando haya diarrea crónica o bien que haya durado más de 10 a 20 días; dolor en la región peri-anal; tenesmo rectal; enterorragias; prurito anal; lesiones tumorales o disqueratóticas; traumatismos de cualquier naturaleza en la región perineal o ano-rectal; prolapso rectal; disenterías en general, y previa toda operación quirúrgica de la región ano-rectal.

Cuando se sospecha una peritonitis, la administración de enemas preparatorio debe ser vigilada, obligando en ocasiones a limitarse a un lavado o bien omitirlos por el riesgo que ocasionan; igualmente cuando se sospeche cuadros obstructivos o perforaciones intestinales se debe ser muy cuidadoso y si el examen es imprescindible se limitará a un reconocimiento con el anoscopio o el tacto rectal.

La entidad patológica más frecuente en nuestro medio son los hemorroides, los cuales presentan 3 variedades según su localización; hemorroides externos cuando están por debajo del repliegue mucocutáneo ano-rectal, hemorroides internos, por a

ba de dicho repliegue y los casos de hemorroides externos e internos. Su etiología prácticamente semejante, siendo más frecuentes los internos; cuando la afección es crónica éstos pueden llegar a provocar prolapso de la mucosa, volviéndose externos; frecuencia, además se acompañan de prolapso rectal; la sintomatología varía desde tenesmo o simple prurito hasta la hemorragia abundante o repetida con frecuencia; dolor es un acompañante casi obligado y el estreñimiento es un agente concomitante casi siempre previo a la formación de hemorroides, que aumenta el sufrimiento del paciente.

C L A S I F I C A C I O N

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| a) Enfermedades Congénitas: | } | Imperforación anal
Atresia rectal
Fístulas recto-uretrales, etc. |
| b) Enfermedades Infecciosas: | } | Rectitis o proctitis - Criptitis -
pilitis.
Ulceraciones
Abscesos peri-rectales o peri-anales
Fístulas peri-anales. |
| c) Enfermedades Parasitarias: | } | Amibiasis: ulceraciones, granulaciones
Oxiuros, etc. |
| d) Enfermedades Vasculares: | } | Hemorroides: internos, externos o
mixtos, angiomas.
Congestionamientos de la mucosa. |
| e) Enfermedades Estenosantes: | } | Linfopatía venérea
Bridas extraintestinales. Leucoplasias
Tumores extrínsecos. |

f) Tumores	}	Benignos	}	Adenoma o pólipo rectal
				Papilomas.
		Malignos	}	Adenocarcinoma
				Carcinoma epidermoide. Sarcoma
				Linfosarcoma, etc.

g) Cuerpos extraños.-

Se presenta además una circunstancia patológica condicionada por la debilidad de los elementos de sostén y de suspensión del recto que ocasionan el prolapso rectal en las mujeres puede dar lugar al rectocele.

a) Las enfermedades congénitas son más bien problemas pediátricos cuyo tratamiento tiene que efectuarse en la infancia ya que en su mayoría, este tipo de anomalía es incompatible con la vida si no se le trata con prontitud; hay aparatos especiales para uso en Pediatría, pero el género mismo de estas afecciones no justifica su empleo con frecuencia. En el presente trabajo sólo se considera un caso de proctoscopia en un niño debido a un termómetro dejado en el recto.

b) Las enfermedades infecciosas ano-recto-sigmoideas están representadas por las llamadas criptitis y proctitis, ya sea aisladas o en relación con un proceso de enterocolitis cuyos agentes son mayormente bacterias del tipo *Scherichia coli*, *Proteus* y *Shighellas*.- Al examen directo se aprecia enrojecimiento de la mucosa, que microscópicamente revela congestión y edema local más o menos marcado. Son elementos predisponentes de los hemorroides y frecuentemente se complican con abscesos por propagación directa de la infección, o más frecuentemente, por vía linfática; estos abscesos pueden ser peri-anales y aún isquiorectales; a veces pueden llegar a constituir procesos de pelviperitonitis, mucho más serios. Los abscesos, tratados o no, generalmente pueden complicarse por fístulas, las cuales pueden ser únicas o múltiples, muy rebeldes

zados por acompañarse de dolor muy intenso.

c) Las enfermedades parasitarias, motivo de varias tesis en nuestro medio, son de consideración obligada, por su gran frecuencia, en El Salvador. La proctosigmoidoscopia no ofrece un método de diagnóstico práctico siendo más útil el examen de heces pero en casos de hemorragias o procesos granulomatosos locales, que bien pueden ser ocasionados por amibas está indicado el examen proctológico con la finalidad si es posible, de obtener una biopsia.- En el curso de este trabajo hemos observado que con frecuencia nunca se puede hacer un diagnóstico histológico definitivo de amibiasis, a pesar de que en algunos casos se han hecho coloraciones especiales para amibas. Con alguna frecuencia, al examen directo, se han podido observar oxiuros y tricocéfalos.

d) Enfermedades Vasculares: la más frecuentemente observada son los hemorroides los cuales como se ha dicho, pueden ser externos, internos o presentarse en las diversas variedades, simultáneamente.- El antecedente de un proceso infeccioso crónico preexistente, es un factor casi obligado. Digno es de ser señalado por su singularidad llamado hemorroide centinela, asociado a la fisura peri-anal, en cuya extremidad interna constituye a manera de un apéndice.

Los hemorroides frecuentemente son múltiples, formando los llamados paquetes hemorroidales distribuidos en anterior derecho, posterior derecho e izq. Anatomopatológicamente se halla dilatación de los vasos venosos de la región, más o menos marcada hasta un grado tal que pueden simular prolapsos del recto. Su etiología, como se ha dicho, casi siempre obedece a un factor infeccioso, al cual a veces se agrega hipertensión venosa a dicho nivel, como en las tumoraciones locales, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca congestiva; estados de emaciación o caquexia, como la tuberculosis, carcinomatosis, etc., irritación local crónica, estreñimiento, oxiuros, etc. La persistencia de la posición sedente en individuos con cierta predisposición somática, en personas senectas y desnutridas. Se debe señalar una especie de predeterminismo biológico que hace más susceptibles a ciertas personas.

En algunos casos se presentan angiomas a este nivel. Las congestiones vasculares que dan un aspecto de mucosa enrojecida, se presentan en ocasión de inflamaciones tales como respuesta a la injuria.

e) Enfermedades estenosantes: a excepción de las causadas por procesos neoplásicos, las afecciones que disminuyen la luz del recto-sigmoide son las bridas, generalmente post-operatorias, por hemorroidectomías, aún cuando pueden existir sin necesidad de maniobras quirúrgicas previas; las angulaciones, a veces sin causa aparente sin manifestación patológica, muy frecuentes a nivel del sigmoide, que son causa de obstrucción intestinal baja y pueden ser parciales o totales; presión de una masa, tumor en la generalidad de los casos, del útero o sus anexos; durante el embarazo, son estenosis relativas, que generalmente pasan desapercibidas al paciente; leucoplasia es causa de estenosis, que puede muchas veces considerarse debida a linfopatía venérea y que a la larga acarrea las mismas molestias y la condición señalan algunos de ser una variedad de lesión precancerosa; finalmente la linfopatía venérea, que no ha logrado ser controlada totalmente; la biopsia no puede ser calificada en afirmar dicha etiología pues las lesiones más típicas están en la serosa de la muestra histológica no alcanza.

f) Tumores: como en cualquier sitio puede haberlos benignos y malignos. Entre los benignos, los más frecuentes son los denominados pólipos, que histológicamente son pólipos rectales o del sigmoide; se hallan a veces lesiones de diverticulosis a nivel del sigmoide, los cuales, pueden inflamarse y ocasionar diverticulitis; los papilomas perianales que se creen causados por un virus no bien catalogado, son muy frecuentes en nuestro medio, sobre todo en mujeres embarazadas o sujetos que practican relaciones sexuales; son tratados fácilmente con toques de tintura de podofilina y en los casos extremos se recurre a fulguraciones o cuando su tamaño es bastante apreciable, lo cual no es muy raro.

tastásicos.- Los que con más facilidad se extienden hasta el recto-sigmoide son las neoplasias del cuello uterino en la mujer y los de la próstata en el hombre.

Entre los tumores malignos primitivos, el más frecuente es el adenocarcinoma que se origina en el tejido glandular de la mucosa rectal; sin embargo, pueden verse de todo tipo, desde los melanosarcomas, linfosarcomas, carcinomas epidermoides hasta los casos más raros. Pueden presentarse en cualquier edad, incluso en la infancia; presentan la característica de que en sus inicios, son bastante limitados, y una extirpación local puede dar una curación definitiva, siendo relativamente escasas las posibilidades de recidiva; muchas veces se presentan como tumores pediculados adoptando la forma de pólipos lo cual facilita su exéresis.- La sintomatología, en sus inicios se presenta como un cuadro de tenesmo, estreñimiento a veces; dolor local, hemorroides hemorragias, todos los cuales no son constantes, pudiendo variar según el caso.- En los casos avanzados las lesiones pueden extenderse originando obstrucciones intestinales, hematuria, dolor intenso, anorexia, caquexia.

g) El capítulo de los cuerpos extraños ocupa uno de los renglones más variados. Se encuentran desde los termómetros introducidos en el recto de manera accidental hasta las más inverosímiles aberraciones sexuales.- En este estudio hay un caso de Pedetría en que un termómetro tuvo que ser extraído del recto por medio de proctosigmoidoscopia; de la otra variedad se presentó el caso de un individuo que consultó al Hospital por haberse introducido una linterna o lámpara de mano en el recto con fines confesables; este caso no está dentro de mi estadística por no habersele practicado proctosigmoidoscopia.

El prolapso rectal es una condición relativamente frecuente en nuestro medio; diagnóstico no requiere usualmente estudio proctosigmoidoscópico, aún cuando debiera hacerse siempre, y por ello el número de pacientes afectados de él, es escaso en este trabajo. Fundamentalmente es debido a debilidad de los elementos de sostén y suspensión del recto, de ahí que muchas veces se vea acompañando al prolapso genital en l

mujer en la cual, además, se agrega el excesivo esfuerzo del parto; muchas veces se trata de prolapso de la mucosa; y en otros, lo que hay, es un prolapso hemorroidal. Raramente invaginaciones intestinales altas pueden aparecer a nivel del recto. Se debe señalar también la prociencia de la mucosa rectal, la cual a la larga puede llegar a constituir prolapso de la mucosa siendo una etapa en el desarrollo del mismo.

Los traumatismos son relativamente raros pero se presentan frecuentemente con toda la variedad imaginable de formas. En este estudio no hay ningún caso.

La proctosigmoidoscopia, casi no presenta complicaciones.- No hay ninguna en los casos presentados en este estudio. Pueden, sin embargo, presentarse; desde la perforación del recto, ya sea instrumental al tomar una biopsia o por excesiva friabilidad de los tejidos, o bien hemorragias o irritaciones peritoneales; otra posibilidad es la ruptura de un hemorroide.

En suma, la variada patología ano-recto-sigmoidea ameritaba ya un estudio en nuestro medio que permitiera enfatizar la importancia de este medio de diagnóstico. Esa es la finalidad perseguida y que espero presentar en las siguientes páginas.

C A P I T U L O I I I

Revisión del Material.

En el año 1955 se atendieron en las salas de operaciones del Hospital Rosales 7.134 pacientes.

En el año 1956 se atendieron 7.285 pacientes de Cirugía mayor y 3.046 pacientes de Cirugía menor, siendo el total 10.331.

En 1957 se atendieron 3.937 pacientes de Cirugía mayor y 9.628 de Cirugía menor, siendo en total 13.565 pacientes.

En el año 1958 se atendieron 5.255 de Cirugía mayor y de Cirugía menor 9.545; siendo en total 14.800.

En 1959 se atendieron 3.802 de Cirugía mayor y 10.935 de Cirugía menor, siendo en total 14.737 pacientes.- 684 casos fueron de observación.

Cuadro No. 1.-

Años	1955	1956	1957	1958	1959
Pacientes	7.134	10.331	13.565	14.800	14.737

En el presente trabajo se consideran los casos de Proctosigmoidoscopia anotados en los libros de la Sala de Operaciones del Hospital, en el lapso comprendido entre el 1.º de Enero de 1955 y el 31 de Diciembre de 1959; se encuentran anotados 286 casos los cuales serán analizados en el presente trabajo.

Estos casos se presentaron así:

1955.....	9 casos
1956.....	8 casos
1957.....	54 casos
1958.....	91 casos

De estos pacientes en el año de 1957 hubo un caso del Hospital de Maternidad; en el año de 1959 hubo 10 casos también de dicho Hospital. La patología encontrada los casos según el año en que se verificaron los exámenes es la siguiente:

Año 1955: 9 casos.

2 casos no se encontraron datos.

2 casos no se encontró reporte, pero se señala prolapso rectal.

1 caso no se encontró reporte pero se señala hemorroides internos.

2 casos: el examen no mostró ninguna particularidad, en el lo. se sospechó amibiasis colitis espasmódica, y después Psiconeurosis. En el segundo se sospechó vólvulo del sigmoide, absceso del sigmoide. El tratamiento de este caso fué ano contra natura.

1 caso de pólipo rectal.

1 caso de linfosarcoma del recto comprobado por biopsia; no fué tratado por exigir alta.

Año 1956: 8 casos.

1 caso no se encontraron datos.

1 caso no se encontró el reporte del examen; el diagnóstico fué prolapso rectal y hemorroides internos.

4 casos no se encontraron lesiones; los diagnósticos finales fueron en el primer caso un síndrome pseudo=oclusivo, en el segundo caso síndrome disenteriforme, en el tercero diarrea inespecífica, y en el cuarto anemia marcada.

1 caso de hemorroides internos.

1 caso de pequeño tumor de la margen del ano; no se encontró contestación de biopsia fué dado de alta con el diagnóstico de colon espástico.

En 1957 se hallaron 54 casos reportados; 1 caso del Hospital de Maternidad.

10 casos no se encontraron datos.

13 casos, el resultado del examen fué prácticamente negativo, es decir, no se encon

dundancia de la misma.

13 casos de hemorroides incluyendo internos y externos, ya sea aislados o asociados en otras ocasiones se acompañan de otra patología, siendo digna de mencionar la de trición y el prolapso rectal.

4 casos de pólipo rectal asociados o no a otra patología; histológicamente catalogados como adenomas en dos casos; papilomas en otro caso y tejido de granulación en el cuarto.

6 casos de congestión o enrojecimiento de la mucosa, asociados o no a otra patología; en casi todos estos casos la biopsia mostró mucosa histológicamente normal.

3 casos de fístula peri-anal asociados o no a otra patología.

2 casos de adenocarcinoma del recto.

1 caso de megacolon.

1 caso de termómetro introducido por error en el recto (caso de Pediatría).

1 caso de tuberculosis rectal que dió estrechez relativa.

1 caso de hipertrofia de las papilas de la línea dentada ano-rectal.

1 caso de parásitos abundantes, se sospechó oxiuros.

1 caso de estrechez rectal catalogado como posible linfopatía venérea.

1 caso del Hospital de Maternidad mostró mucosa rectal no invadida por carcinoma cervical.

Año 1958: se hallaron 91 casos, todos del Hospital Rosales.

12 casos no se hallaron datos; 3 casos no se hizo por inadecuada preparación del paciente.

19 casos el resultado del examen fué prácticamente negativo, encontrándose elementos sin valor clínico determinante.

33 casos de hemorroides ya sea internos, externos y asociados, acompañados o no de otra patología.

15 casos en los cuales la lesión macroscópica más señalada fué congestión de la mu

éste señaló mucosa histológicamente normal.

4 casos de tumoración rectal maligna, en 3 casos el estudio histológico demostró adenocarcinoma, en el tercer caso el reporte histológico reportó que no había evidencia de malignidad, pero el diagnóstico clínico asentado fué carcinoma del recto.

6 casos de estenosis rectal; 3 casos catalogados como resultado de un proceso de lipofomatosis venérea con resultado histológico no concluyente; 3 casos se trataba de foliculitis extra=rectales o submucosas y el reporte histológico señaló ausencia de elementos neoplásicos a nivel de la mucosa.

2 casos de pólipo rectal; histológicamente se reportan como adenomas.

1 caso de fístula recto-vésico-vaginal; no se encontró reporte histológico.

1 caso de fisura anal.

2 casos de mucosa ulcerada y con exudado purulento; no hay reporte de biopsia.

4 casos de formaciones granulomatosas a nivel de la mucosa rectal; en todos ellos el reporte histológico señaló tejido inflamatorio inespecífico.

3 casos de adenocarcinoma del sigmoide, uno de ellos, sospecha clínica; 2 comprobadas quirúrgica e histológicamente; el reporte proctoscópico en estos 3 casos no mostró lesiones.

Año 1959: se encontraron 124 casos, 10 casos pertenecieron al Hospital de Maternidad. A algunos pacientes se les practicó la proctosigmoidoscopia varias veces.

10 casos no se encontró datos.

10 casos el examen no mostró lesiones de importancia clínica.

49 casos de hemorroides, internos, externos, o asociados; 4 de éstos pertenecen a los pacientes del Hospital de Maternidad.

5 casos de neoplasia recto-sigmoidea maligna; 5 casos de adenocarcinoma ya sea del recto o del colon sigmoide y un caso de carcinoma espino=celular ano=rectal; uno de éstos casos fué estudiado en laboratorio particular; otro caso, no aparece reporte

4 casos de lesiones estenosantes del recto; en 3 de ellos el reporte histológico mostró tejido inflamatorio inespecífico; en 2 casos se sentó compatibilidad con el diagnóstico de leucoplasia; en 2 casos el diagnóstico clínico final fué de linfopatía nérea.

2 casos de fisura anal.

9 casos de granulaciones de la mucosa rectal, atribuibles en su mayoría a origen ambiano; histológicamente no se halló el parásito en ningún caso, pero en varios de ellos se reportó cuadro histológico compatible.

7 casos de ulceraciones de mucosa recto-sigmoidea, más manifiesta a nivel del recto; el reporte histológico no fué concluyente de origen ambiano.

1 caso de megacolon sigmoide.

1 caso de abundantes parásitos, se sospechó oxiuros y uncinarias.

14 casos se señaló congestión de la mucosa; en los casos en que se hizo biopsia se reportó mucosa histológicamente normal.

2 casos de adenocarcinoma: del colon izquierdo; derecho el otro.- El examen proctoscópico en ambos casos fué negativo por encontrarse más allá del alcance del instrumento.

2 casos de prolapso rectal.

2 casos de papilas ano-rectales hipertrofiadas.

C A P I T U L O I V

Análisis de los Casos.

Los 286 casos estudiados se repartieron de la siguiente manera: 98 casos de hemorroides, internos, externos o mixtos.

Año 1955: 1 caso de hemorroides internos y externos; edad 27 años, este caso se acompañó de Linfosarcoma del Recto; no aceptó tratamiento.

Año 1956: 2 casos.- 1 caso de hemorroides internos, 53 años de edad, tratamiento médico.- 1 caso de hemorroides externos, 65 años de edad, tratamiento médico.

Año 1957: 13 casos; 6 casos de hemorroides internos; 6 casos de hemorroides externos; 1 caso de hemorroides externos e internos.- La menor edad fué de 27 años y mayor de 76 años. De ellos 3 casos entre 30 y 40 años de edad, 3 casos entre 40 y 50 años de edad, 5 casos entre 50 y 60 años de edad.- El tratamiento en 6 de estos casos fué quirúrgico y en los 7 restantes fué médico.

Año 1958: 33 casos de hemorroides; el caso de menor edad fué de 26 años, el mayor de 76. La mayor frecuencia fué entre 50 y 70 años, presentándose 14 casos.

De estos 33 casos 19 fueron hemorroides internos, 4 de hemorroides externos y 10 casos de hemorroides externos e internos.- En 30 casos el tratamiento fué de tipo conservador, consistiendo en el uso de supositorios, baños de asiento, laxantes; en 3 casos el tratamiento fué quirúrgico: hemorroidectomía.

Año 1959: 49 casos de hemorroides; el caso de menor edad tenía 17 años, el mayor de 86 años. Hubo 14 casos entre 20 y 30 años; 6 entre 31 y 40 años; 11 entre 41 y 50 años; 8 entre 51 y 60; 8 entre 61 y 70; 0 casos entre 71 y 80.- De éstos, 4 casos fueron hemorroides externos, 31 casos de hemorroides internos y 14 de hemorroides internos y externos. De los 49 casos 5 recibieron tratamiento quirúrgico y 42 casos recibieron tratamiento conservador.

En resumen, en 98 casos de hemorroides encontrados en 286 exámenes proctosigmooscópicos practicados durante 5 años en la Sala de Operaciones del Hospital Rosale e han encontrado 57 casos de hemorroides internos, 15 de hemorroides externos y 26 casos de hemorroides externos e internos; 14 casos recibieron tratamiento quirúrgico 84, tratamiento conservador; se observa además, que 54 han sido hombres y 44 mujeres. La causa de que se presente mayor número de casos tratados conservadoramente se debe a que se trata de cuadros en que la afección dominante es de tipo cardíaco, cirrótico, nutricional, y la presencia de hemorroides está condicionada a dicha patología.

a) Según Sexo:

Cuadro No. 2.-

Sexo	No. de Pacientes	% por Sexos
Masculino	54 casos	55.10%
Femenino	44 casos	44.89%
Total	98 casos	100%

b) Según Tratamiento:

Tratamiento	No. de Pacientes	% Según Tratamiento
Quirúrgico	14 casos	14.28%
Médico	84 casos	85.71%
Total	98 casos	100%

c) Según Variedad de la Lesión:

	No. de Pacientes	% Según Variedad
Hemorroides externos.	15 casos	15.30%
Hemorroides Internos.	57 casos	58.16%
Hemorroides Ext. e Internos.	26 casos	26.53%
Total	98 casos	100%

Se encuentran 14 casos que se acompañan de cirrosis hepática.

plasias:

exo masculino, de 27 años de edad, no aceptó tratamiento.

Año 1957: 2 casos de adenocarcinoma del recto; el primer caso, mujer de 35 años de edad, fué operada, no hay controles post-operatorios; el segundo caso, hombre de 4 años de edad, fué operado, no hay controles; en ambos casos la biopsia mostró adenocarcinoma del recto.

Año 1958: 4 casos; el primero, mujer de 38 años, no aceptó operación; el segundo caso, mujer de 39 años de edad, la biopsia únicamente mostró elementos inflamatorios no aceptó operación; salió con el diagnóstico de neoplasia rectal, posiblemente maligna; el tercer caso, hombre de 55 años de edad, no aceptó operación; el cuarto caso, mujer de 74 años de edad; se le practicó ano contra natura, controles satisfactorios de la colostomía. En resumen, 3 casos comprobados por biopsia, que reportó adenocarcinoma rectal.

Año 1959: 6 casos; el primer caso, mujer de 28 años de edad, tratamiento quirúrgico; no controles; biopsia mostró adenocarcinoma de segundo grado del recto; el segundo caso, hombre de 53 años de edad biopsia en laboratorio particular mostró adenocarcinoma del recto, tratamiento quirúrgico, controles satisfactorios; tercer caso, mujer de 75 años, no aceptó operación, biopsia mostró adenocarcinoma del recto; cuarto caso, mujer de 74 años de edad, fué operada, controles satisfactorios; quinto caso, mujer de 50 años de edad, se le hizo colostomía, caso inoperable, biopsia mostró carcinoma espino-celular ano-rectal; sexto caso, mujer de 27 años de edad, adenocarcinoma grado II del colon sigmoide, tratamiento quirúrgico, controles satisfactorios.

En total 10 casos de adenocarcinoma del recto, 1 del colon sigmoide; 1 caso de carcinoma espino-celular ano-rectal: 1 caso de adenocarcinoma rectal comprobado por biopsia efectuada fuera del Hospital. 1 caso de linfosarcoma del recto comprobado por biopsia. De éstos, 4 hombres y 8 mujeres excluyendo el caso no comprobado por biopsia. Los casos de 27 años de edad, que presentaron linfosarcoma rectal el uno, adenocarcinoma

rectal; 4 casos de pacientes cuya edad osciló entre 30 y 40 años de edad: 1 entre 50; 2 entre 51 y 60, ninguno entre 61 y 70; 3 entre 61 y 75.

Cuadro No. 3.-

Sexo	No. de Pacientes	Edad Promedio	Porcentaje por Sexos
Hombres	4 casos	42.25 años	33.33%
Mujeres	8 casos	50.12 años	66.66%
Total	12 casos	47.50 años	100%

Linfopatía Venérea.-

Se encontraron 7 casos de estenosis rectal atribuibles a linfopatía venérea: el año de 1957, 1 caso, mujer de 39 años de edad; el año 1958, 3 casos, todos del sexo masculino, de 33, 35 y 70 años de edad; el año 1959, 1 mujer de 38 años de edad y 1 hombre de 35 años de edad; 1 caso del Hospital de Maternidad, mujer de 40 años de edad.

Cuadro No. 4.-

Sexo	No. de Pacientes	Edad Promedio	Porcentaje por Sexos
Hombres	4 casos	43.25 años	57.14%
Mujeres	3 casos	39 años	42.85%
Total	7 casos	41.12 años	100%

Prolapso Rectal.-

El año 1955 se hallaron 2 casos de prolapso rectal en los cuales no aparece en el cuadro examen proctosigmoidoscópico; el primer caso, hombre de 35 años de edad, se le hizo cerclaje del recto; el segundo, hombre de 48 años de edad, tratamiento médico. El año de 1956, un caso, hombre de 74 años, tratamiento conservador, no se halló reporte proctosigmoidoscópico.

Año 1957, 5 casos; el primer caso, hombre de 39 años, se le hizo tratamiento quirúrgico completo, se acompañó de hemorroides internos; el segundo caso, mujer de 60 años de edad, tratamiento quirúrgico, no se halló reporte proctosigmoidoscópico; tercer caso, mujer de 53 años, de cuarto grado, tratamiento conservador; cuarto caso

er de 16 años, se le hizo cerclaje; quinto caso, hombre de 59 años, tratamiento cc
ervador; en total, 3 mujeres, 2 hombres; 3 casos quirúrgicos; en 2 casos tratamien
édico.

Año 1958: 3 casos: primer caso: hombre de 66 años, no aceptó operación; segundu
aso: mujer de 50 años, tratamiento quirúrgico, se acompañó de hemorroides; tercer c
o, mujer de 65 años de edad, tratamiento quirúrgico; en total, 2 mujeres y 1 hombre
casos quirúrgicos.

Año 1959: 2 casos: primer caso, hombre de 50 años, tratamiento conservador, con
rol satisfactorio; segundo caso: hombre de 66 años de edad, no aceptó tratamiento;
a total, 2 hombres, tratamiento conservador.

Cuadro No. 5.-

Sexo	Porcentaje de Casos	Tratamiento	Porcentaje Tratamiento
8 hombres	61.53%	6 casos quirúrgi- cos.	46.15%
5 mujeres	38.46%	7 casos médicos	53.84%
13 casos	100%	13	100%

De pólipos rectales: durante el año de 1955 hubo un caso, niña de 12 años de e-
ad; el estudio histológico mostró adenoma.

Durante el año 1956 no se presentó ningún caso.

En el año 1957 se encontraron 4 casos; primer caso: mujer de 20 años de edad, s
tirpó; segundo caso: hombre de 23 años de edad, resección; en ambos casos el estu-
o histológico señaló adenoma. El tercer caso, hombre de 23 años, la biopsia mostró
piloma del recto y ano; el cuarto caso se trató de un hombre de 50 años, el estudi
atomopatológico demostró tejido de granulación y elementos necróticos.

Año 1958: 2 casos; el primero: hombre de 53 años; el segundo caso: hombre de 66
s de edad; en ambos casos se extirpó el pólipo y el reporte del patólogo fué aden

Durante el año 1959 no hubo ningún caso.

En total 7 casos; en 5 de ellos se reportó adenoma, en 2 de ellos la biopsia reportó otro tipo de lesión, aún cuando morfológicamente, correspondía a pólipos.

Se han encontrado 2 casos de megacolon sigmoide; el primer caso, hombre de 15 años de edad, se le hizo colectomía; la dilatación se halló a 10 cms. del ano, la biopsia reportó un cuadro histológico normal; el segundo caso: hombre de 58 años de edad se le hizo colectomía; elementos histológicos normales; controles satisfactorios. En algunos casos consultaron por cuadros obstructivos en los que se encontró impactación fecal e histología de estreñimiento.

.....
Casos Inflamatorios o Infecciosos.-

Los casos de fístula peri-anal, absceso peri-anal o peri-rectal y fisura anal, de etiología infecciosa común, se presentaron así:

Año 1957: 1 caso de fístula única acompañando un cuadro de linfogranuloma venéreo, en una mujer de 39 años de edad; tratamiento médico; el segundo caso, hombre de 45 años, presentó fístula y absceso peri-anal acompañándose de hemorroides, tratamiento conservador, controles mostraron persistencia de la fístula; tercer caso: hombre de 50 años, fístula perineal con hemorroides y pólipo, tratamiento quirúrgico, no controles.- En total 3 casos, todos acompañados de otra patología.

Año 1958: 2 casos: el primero: mujer de 18 años, fístula véstico-vagino-rectal, no se encontró reporte del examen; fué caso ginecológico; segundo caso: mujer de 45 años, fístula peri-anal, no hay reporte del examen, tratamiento quirúrgico; en total, 2 casos fueron tratados quirúrgicamente, el primero considerado más como problema ginecológico y urológico; al segundo se le hizo fistulectomía.

Año 1959: un caso de fisura anal, mujer de 23 años, tratamiento médico; segundo caso, hombre de 44 años de edad, 2 fístulas peri-anales acompañándose de hemorroides;

al, fistulectomía; no hay reporte proctosigmoidoscópico; cuarto caso: hombre de 31 años, presentó fisura anal, tratamiento médico.

En total, 6 casos de fístula peri-anal; 2 casos de fisura anal, 1 caso de absceso peri-anal; 1 caso de fístula recto-vagino-vesical.- Las fístulas, en general, son tributarias de un tratamiento quirúrgico, excepto en casos complicados, como ha quedado señalado en los casos revisados, se consideran conservadoramente.- El absceso perianal es relativamente muy frecuente en nuestro medio, pero su diagnóstico y tratamiento generalmente son urgencias quirúrgicas por lo cual no se practica el examen proctosigmoidoscópico aconsejable. Por ello, esta revisión no es en manera alguna un reflejo de su incidencia.

.....
La incidencia de la tuberculosis de la porción intestinal distal considerada en este estudio, es relativamente escasa si se aprecia la enorme frecuencia de sus otras localizaciones.

El año 1957 se presenta 1 caso, mujer de 44 años de edad, estrechez de 2 a 3 cms de diámetro, granulomatosa, ulceración de 10 cms., la biopsia reportó tuberculosis focal; había además tuberculosis pulmonar fibro-cavitaria; es caso único en el material revisado.

.....
Casos de cuerpos extraños, se presenta un niño de Pediatría de 1 año 6 meses, se extrajo un termómetro arriba de la ampolla rectal.

.....
Se presentaron casos de estrechez rectal, excluyendo linfopatía venérea de la siguiente manera:

1958: hombre de 48 años de edad, estrechez rectal, se le hizo biopsia, se contes- negativamente a elementos neoplásicos, vino con ano contra natura; 1959, mujer de años con estrechez rectal a 10 cms. del ano, la biopsia mostró tejido inflamatorio específico y abundantes eosinófilos, no se vieron amibas, no tuberculosis, no nec--

lasia; se trató como amibiasis; controles: notable mejoría de la estenosis.

.....
En 44 casos se practicó proctosigmoidoscopia por causas variadas, en ellos el diagnóstico final propuesto fué parasitismo intestinal y en 32 de ellos colitis amibiana; en gran número de ellos se ha tomado biopsia pero no se ha podido encontrar amibas, respondiéndose en estos casos compatibilidad con el diagnóstico señalado sin poder afirmarse con certeza de la presencia de amibas en las heces, lo cual presenta su vez muchas dificultades, depende generalmente el diagnóstico. Su hallazgo en cortes histológicos es factible y así se han visto autopsias practicadas por el Departamento de Anatomía Patológica en las cuales se han encontrado amibas en cortes intestinales y de hígado, cuando hay absceso o hepatitis amibiana. En algunos casos de los incluidos en este trabajo, de tejidos recto-sigmoideos, tomados por rectosigmoidoscopia se han hecho coloraciones especiales para amibas sin que pueda afirmarse haberlas encontrado.

Hay una serie de reportes que señalan ulceraciones de la mucosa, mucosa congestionada, a veces con exudado purulento; en los casos de biopsia el estudio histológico reveló mucosa sana y en otros casos tejido inflamatorio o granulomatoso inespecífico, sin poder establecer diagnóstico definido. En ningún caso se diagnosticó colitis ulcerativa.

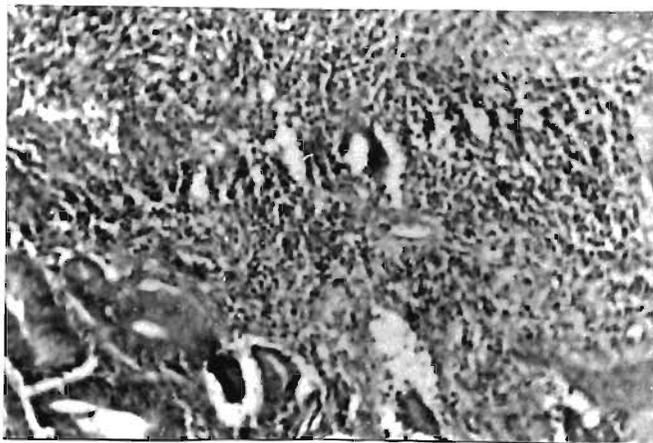
Historias de Casos Considerados en el Presente Trabajo.

Casos de Neoplasias Malignas.-

Caso No. 1.- Paciente del sexo masculino, de 27 años de edad, consultó por primera vez por una afección de la piel catalogada como dermatitis por contacto (calzoneta nylon); posteriormente consultó por dolor de cabeza; 7 meses después consultó por vómitos con sangre. Refirió que había consultado particularmente y se le había diagnosticado colitis, hemorroides desde hacía 2 meses, y en la presente ocasión vómitos con sangre desde hacía dos días. Una radiografía del estómago y duodeno

veló úlcera péptica duodenal. Proctosigmoidoscopia: hemorroides internos y externos trombosados; zona dura a 7 cms. del ano, de 1 cm. de diámetro. La biopsia reveló linfosarcoma, debiéndose hacer constar que histológicamente la diferenciación con la leucemia del tipo linfocítico es muy difícil, debiéndose recurrir a los exámenes de laboratorio para asentar el diagnóstico definitivo. Un hemograma mostró: hemoglobina: 12.8 gr.%, eritrocitos empacados: 36 x 100 cc., reticulocitos: 0.2%. Leucograma: 9. x m.m., linfocitos: 27, Monocitos: 0, Neutrófilos: 71, Eosinófilos: 1, Basófilos: 1. Examen de heces: prácticamente negativo.- Varios otros exámenes, 2 hemogramas completos, similares a los anteriores.- El paciente no aceptó ser operado; no se ha vuelto a saber de él.

Caso No. 2. Mujer de 74 años de edad; consultó por trastornos de la defecación de 6 meses de evolución, consistentes en tenesmo rectal, pujos, cámaras pequeñas con sangre; anorexia. Al tacto rectal, tumoración dura, pediculada, móvil, en la ampolla rectal; se encontró además flujo serosanguinolento fétido.- Estos hallazgos se compararon por medio de la proctosigmoidoscopia, durante la cual se resecó la tumoración considerándose como una operación paliativa en tanto mejoraban las condiciones de la paciente.- Posteriormente se practicó resección abdomino-perineal del recto con colostomía.- Los controles verificados han sido completamente satisfactorios, 2 años después de operada.- En este caso la biopsia reportó adenocarcinoma rectal.



Caso No. 3.- Mujer de 45 años de edad: consultó por retortijones y asientos con sangre de 10 días de evolución. Al tacto rectal se encontró una tumoración irregular en la zona baja de la ampolla rectal. Se planeó una resección abdomino-perineal del recto, la cual no se realizó por considerarse inoperable la lesión debido a la extensión alcanzada por el proceso. Se le hizo colostomía. El reporte anatomopatológico reveló carcinoma espino-celular ano-rectal.

Caso No. 4.- Paciente del sexo masculino de 36 años de edad, consultó por retortijones. Refirió que sufría de dolor sacro-lumbar, difuso, acompañado de cámaras al dantes, glerosas y sanguinolentas. Estado febril moderado. Entre sus antecedentes se relató haber padecido disentería hacía 15 años; alcoholista desde la edad de 25 años. Al examen físico se encontró un paciente pálido, sin ninguna particularidad notable en el examen de aparatos y sistemas; no se hizo tacto rectal. Se diagnosticó disentería, probablemente amibiana, y fué tratado con Emetina y Carbarsone, ambulatoriamente.

En los días y meses subsiguientes el paciente efectuó 17 consultas por heces con sangre, estreñimiento, dolor sacro-lumbar; siendo catalogado como neurópata y tratado con Ecuamil y Aspirina. En ninguna de estas consultas se le hizo tacto rectal. Un examen de heces y una serología de sífilis practicadas en el curso de estas consultas mostraron particularidades.

Finalmente, cinco meses después de su primera consulta, y continuando con los mismos síntomas, se presentó nuevamente al Hospital, haciéndose en esta ocasión tacto rectal, en el cual se tocó unas nodulaciones firmes, múltiples, en la parte alta de la ampolla rectal. Se sospechó poliposis del recto y posiblemente del colon y se le ordenó proctosigmoidoscopia, la cual reveló masa polipoide, sésil, que sangraba fácilmente, a 7 cms. del ano. Se tomó biopsia que reportó adenocarcinoma rectal.

Fuó operado, practicándosele resección abdomino-perineal del recto. Posteriormente se apreciaron lesiones metastásicas en los ganglios inguinales, practicándose re-

regularidad y su estado general ha ido empeorando progresivamente.

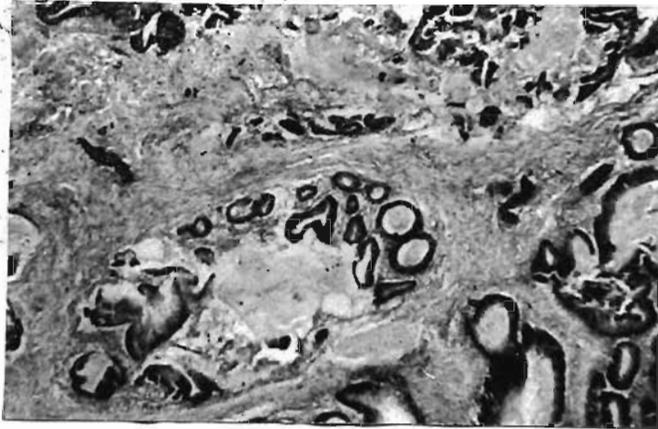


Fig. No. 2.- Cuadro histológico del caso anterior.

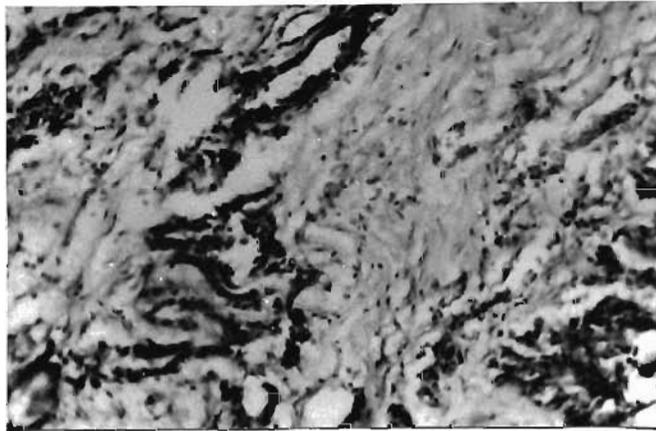


Fig. No. 3.- Cuadro histológico de carcinoma consi
derado en este estudio.-

Casos de Linfopatía Venérea.-

Caso No. 1.- Hombre de 70 años de edad, consultó por adormecimiento del cuerpo inflamación del ano desde hacía 1 año. Entre sus antecedentes relataba haber padecido chancro en 2 ocasiones. Se ingresó por sospecha de linfopatía venérea, causante de estenosis rectal. Se le practicaron 3 reacciones de Frei con resultado negativo.- hacerle proctosigmoidoscopia en dos ocasiones, se tomó muestra de tejido a nivel la estenosis; la primera mostró gran engrosamiento de epitelio con disqueratosis;

segunda, tomada posteriormente, 5 meses después, señaló hiperqueratosis; inflamación banal en el corion.- Se le hizo serología de sífilis en 2 ocasiones dando resultados dudosos. Exámenes de sangre, heces y orina no mostraron particularidades.- El paciente exigió el alta y no ha vuelto al Hospital.- El diagnóstico final de este caso linfopatía venérea, con interrogación, a pesar de que, como se ha visto, no es un caso bien definido.

Caso No. 2.- Hombre de 35 años de edad, consultó por molestias en el ano, que refería a un traumatismo sufrido un mes antes, a nivel de la región glútea; poco tiempo después de este accidente sintió unas tumoraciones a nivel del recto que le dificultaban defecar, cámaras cada dos días, materias fecales acintadas, barnizadas de sangre; secreción sanguinolenta que le mojaba la ropa. Tacto rectal: muy doloroso palpan irregularidades en la mucosa rectal endurecida.- La proctosigmoidoscopia reveló granulaciones numerosas a 4 cms. del ano.- La biopsia reveló infiltración inflamatoria inespecífica, discreta, en la submucosa.- El diagnóstico de linfopatía venérea tuvo más base con una reacción de Frei positiva † † †.- Fue tratado médicamente con triple sulfa y acromicina. No hay controles.

Casos de Adenoma.-

Caso No. 1.- Niña, de 12 años de edad, consultó por asientos con sangre, de meses de evolución, acompañándose de dolor abdominal; después de su evacuación le quedaba dolor hipogástrico tipo cólico, de poca duración; durante días, asientos sin sangre. Afebril, apetito conservado. Al tacto rectal parecía tocarse una masa pediculada saliendo el dedo del guante manchado de sangre. La proctosigmoidoscopia reveló pólipos a 6 cms. del ano, el cual fue extirpado por torsión.- La biopsia reportó adenoma.

Casos de Amibiasis.-

Caso No. 2.- Paciente del sexo masculino, de 40 años de edad, consultó por diarrea. Relató que desde hacía un mes venía padeciendo diarreas disenteriformes, asientos con sangre a veces, casi siempre con gleras; náuseas, no vómitos; febril casi

tinuamente.- Se le hizo proctosigmoidoscopia encontrándose congestión de la mucosa sin otras particularidades; se tomó una biopsia la cual fué reportada como cuadro histológico compatible con el diagnóstico de colitis amebiana. No se logró identificar amebas a pesar de coloraciones especiales.- Posteriormente, en un examen de heces se aisló la *Endameba histolítica*. Fué tratado médicamente, pero el paciente exigió la alta. No hay controles.

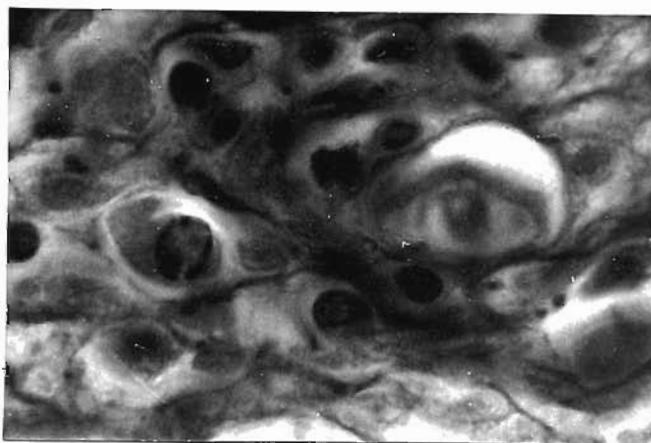


Fig. No. 4.- Cuadro histológico que presenta una ameba entre células epiteliales de la mucosa rectal.-

C A P I T U L O V

CONCLUSIONES

Las dividiré en dos grupos:

- a) Según cuadros patológicos.
- b) Conclusiones generales.

1o.) De los hemorroides.-

a) De 286 casos considerados consultando por patología ano-recto-sigmoidea han encontrado 98 casos de hemorroides, o sea, un 34.26%.

b) El tratamiento ha sido del tipo conservador en el 85.71% de los casos; gico en el 14.28%. La causa, muy pequeñas, asociadas a otras enfermedades más i tantes.

c) En cuanto al sexo, el 55.10% de los casos fueron del sexo masculino, y 44.89% del sexo femenino; debe tenerse en cuenta que la consulta femenina hospi ria es más alta que la masculina, por lo cual este dato revela que ciertamente morroides son una afección que ataca predominantemente a los individuos del sex culino.

d) La variedad de hemorroides internos aislados los cuales sólo con procto doscopia se pueden diagnosticar es más frecuente que las otras dos variedades j se aprecia así que de hemorroides externos hubo 15.30%; hemorroides internos 58 hemorroides internos y externos: 26.53% de los casos.

e) La mayor frecuencia de la afección se presenta entre los 40 y 60 años, bargo hubo 1 caso en un paciente de 17 años de edad, y el caso de mayor edad te años.

f) La ausencia de controles nos impide afirmar en ningún sentido la bondad no u otro tratamiento; pero la observación nos dice que son cuadros rebeldes a más variados tipos de tratamiento; la condición espia tual de nuestro pueblo le

curren a nueva consulta.

g) Puede apreciarse que los tipos de tratamiento usados anteriormente con materiales que tenían por finalidad la destrucción o atresia vascular con esclerosantes no se usan en nuestro medio hospitalario.

.....
20.) Neoplasia ano-recto-sigmoideas Malignas.

a) De 286 casos se hallan 12 casos comprobados por biopsia o sea 4.19%.

b) De estos 12 casos en 6 ocasiones se practicó tratamiento quirúrgico ampliado consistente en resección abdomino-perineal del recto y ano con extirpación más o menos completa de los grupos ganglionares satélites seguida de colostomía permanente. Estas cifras nos presentan así un 50% de tratamiento quirúrgico selectivo, pero solamente en 3 casos hay controles post-operatorios catalogados como satisfactorios; 3 pacientes restantes no han vuelto a presentarse al Hospital a pesar de que siempre se les recomienda hacerlo así.

c) Del total de 12 pacientes, 4 de ellos no aceptaron el tratamiento quirúrgico a pesar de toda clase de explicaciones relacionadas a su enfermedad, la cual señalan un 33.33%; gran parte de la población humilde le tiene temor a toda intervención quirúrgica aún a riesgo de perder la vida, como se aprecia en este dato.

d) En dos ocasiones la operación practicada consistió en colostomía o ano con carácter de emergencia, debido sobre todo a lo avanzado de las lesiones y la condición general sumamente precaria de los pacientes.

e) De estos pacientes, 8 casos pertenecieron al sexo femenino, 66.66%, y 4 casos al 33.33% al sexo masculino; se deduce de ello un franco predominio, de miembros del sexo femenino, sin que haya causa satisfactoria que lo explique.

f) Es interesante apreciar que en 6 ocasiones o sea el 50% de los casos se trata de pacientes menores de 50 años de edad, siendo la edad promedio para ambos sexos 47.50 años.

g) Muchos pacientes consultan tarde o bien lo hacen por síntomas alejados a

lesión principal, lo cual dificulta su estudio y menores son las probabilidades de éxito en el tratamiento.

h) La única manera de efectuar una investigación satisfactoria es practicar tosigmoidoscopia en pacientes de cualquier edad que acusen sintomatología ano-rec persistente especialmente en los mayores de 35 años.

i) Predominan las neoplasias malignas del tipo adenocarcinoma, hallándose únicamente 2 casos que no lo fueron; uno de ellos linfosarcoma, el otro, carcinoma epitelial.

.....

30.) Linfopatía Venérea:

a) Se encontraron 7 casos lo cual arroja un porcentaje de 2.44%.

b) Considerando el período de 5 años sobre el cual se ha basado el trabajo, aprecia que la mayoría de los casos se han presentado últimamente, 6 casos en el período 1958 - 1959; esta circunstancia no es un reflejo fiel de la mayor incidencia de enfermedad, pues debe tomarse en cuenta el aumento de la población que consulta y mayor confianza en la actualidad de las personas indigentes en los conocimientos médicos.

c) Debe considerarse, sin embargo, su relativo aumento, tanto más importante se compara con la disminución progresiva de las demás enfermedades venéreas.- Posiblemente también mejores métodos de diagnóstico.

d) La dificultad de efectuar campaña entre el público para finalidades preventivas.

e) La mayor incidencia ha sido en hombres, 4 casos, lo cual arroja un 57.14% contrariamente a lo señalado en todos los textos acerca del predominio en individuos del sexo femenino.

f) El diagnóstico histológico con elementos de biopsia tomados de la mucosa vel de la porción estenosada a veces no fué concluyente; a los casos presentados en este trabajo se les practicó reacción de Frei, la cual fué positiva en todos los

g) El tratamiento, generalmente con trisulfas y aureomicina debe mantenerse largos períodos y aún así sus resultados no son completamente satisfactorios; los troles son escasos, debido a la falta de cooperación de nuestro pueblo.

h) En casos extremos es necesario recurrir a la colostomía pudiéndose mantener largos períodos a los pacientes en condiciones más o menos satisfactorios.

40.) La incidencia de casos de prolapso rectal, no es fiel a la realidad, pues en pocos de estos casos se practicó proctosigmoidoscopia; posiblemente su frecuencia es mayor. En algunos de estos casos se practicó el examen en la consulta externa, cuales no están considerados en este trabajo.

50.) Los casos de megacolon sigmoide, 2 casos en 286 casos considerados, es comparable a la publicada en otros estudios. Pero no se incluyen pacientes de 2 años que se asisten en el Hospital Bloom.

60.) Los pólipos rectales son relativamente raros pero siempre que se les encuentran deben ser extirpados y estudiados histológicamente.- Algunos creen que hay relación con malignidad pero está en discusiones.

70.) La amibiasis intestinal no puede ser estudiada y diagnosticada desde el punto de vista de la proctosigmoidoscopia; sigue teniendo predominio el cuadro clínico auxiliado por el laboratorio, el cual es quien expresará la última palabra cuando encuentre la amiba. En casos de granulomas u otras lesiones que obligan a tomar muestra histológica en el curso de la exploración, el hallazgo de amibas en dichas muestras es muy difícil, aún cuando perfectamente posible, y en todos los casos considerados en mi trabajo no se ha logrado verificarla a pesar de coloraciones especiales colaboración de personas versadas en esta labor.

80.) La incidencia de proctitis, criptitis y otros procesos es bastante marc

tosigmoidoscopías siempre que el caso lo requiera, así como la conveniencia de la familiarización de todos los médicos con esta práctica para en casos necesarios.

50. Se debiera dotar al Hospital Rosales de una mesa proctológica, la de Ritz para el caso en el Consultorio Externo, para practicar más frecuentemente este examen sin necesidad de ingresarlo o llevarlo a la Sala de Operaciones, ya que este es un procedimiento de Consultorio Externo y en pacientes ambulatorios.

60. La práctica del tacto rectal debe establecerse de manera definitiva por una medida inocua, fácil y de suma utilidad a la profesión.

C A P I T U L O V I

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Allan Moore, Robert.- Anatomía Patológica.- 1a. Edición, en español, traducida de la primera en inglés. México D. F.- Talleres Gráficos Editorial Intercontinental. 1944. Páginas 368 á 369: Linfopatía Venérea; páginas 707 á 714: Enfermedad del Tubo Digestivo.
- 2.- Anderson, W. A. D.- Pathology. 1a. Edición en inglés. St. Louis. E.E.U.U.- C. B. Mosby Company. 1948. Páginas 316 á 320: Lymphogranuloma Venereum; páginas á 853: The Gastrointestinal Tract.
- 3.- Bacon, Harry E., M.D. ANUS-RECTUM SIGMOID COLON.- Tercera Edición, en inglés. Philadelphia.- J.B. Lippincott Company.- 1949.- Páginas 1 á 540.
- 4.- Granet, Emil, M.D. Manual of PROCTOLOGY. The Year Book Publishers, Chicago, Págs. 13 á 333.
- 5.- Patton, Bradley M. Human Embrology, 1a. Edición, en inglés. Philadelphia - C. B. Mosby Company. 1947. Páginas 569 á 575. Urinary System.
- 6.- Peerman Nesselrod, J.- Tratado de Patología Quirúrgica: Dr. F. Christopher. Traducción de la 6a. Edición.- México D.F.- Editorial Interamericana.- 1958.- Páginas 662 á 679: Ano y Recto.
- 7.- Testut et Latarjet.- Traite d'Anatomie Humaine.- 9a. Edición, París, Francia: Doin & Cie. 1949. Páginas 488 á 537: Rectum - Anus.
- 8.- Turell, Robert, M.D.- THE SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA. 1a. Edición.- Philadelphia.- London.- W.B. Saunders Company.- Octubre de 1957.- Páginas: 1261 á 1262: Sigmoidoscopy (Conventional).-