

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the Universidad de San Carlos de Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a seated woman, likely representing the Virgin Mary, holding a child. The figure is surrounded by various symbols, including a lion, a castle, and a cross. The Latin inscription around the border reads "S. CAROLINA ACADEMIA COACATEMALIENSIS INTER OCELLERAS ORBIS CONSPICUA".

**“PROCTOSIGMOIDOSCOPIA COMO
DIAGNOSTICO CLINICO”**

JOSE ALFREDO GUZMAN OROZCO

PLAN DE TESIS

- I. Introducción
- II. Objetivos
- III. Material y Métodos
- IV. Consideraciones generales sobre Proctosigmoidoscopia
 - a) Indicaciones
 - b) Contraindicaciones
- V. Proctosigmoidoscopia en relación con ciertas especialidades
 - a) Medicina
 - b) Pediatría
 - c) Geriatria
 - d) Ginecología
 - e) Urología
 - f) Cirugía General
- VI. Revisión Histórica
- VII. Instrumentos
- VIII. Preparación
- IX. Anestesia
- X. Posición
- XI. Técnica
- XII. Complicaciones
- XIII. Presentación de Trabajo de Campo
- XIV. Conclusiones
- XV. Recomendaciones
- XVI. Bibliografía

INTRODUCCION

Es indudable que la clínica unida a la anamnesis siguen siendo los procedimientos con los cuales el médico puede llegar a la comprobación de un diagnóstico.

Estos se han llegado a precisar con mayor exactitud con el apareamiento de métodos de diagnóstico que como el que es objeto de este estudio, cuenta la medicina actual.

Con la evolución de la medicina, se han descubierto métodos para llegar a un conocimiento más preciso de la patología, cuya finalidad principal es acortar el tiempo entre la impresión clínica y el diagnóstico definitivo, tan importante para el médico como para el paciente ya que para este último es un período de mucha tensión, pensando casi siempre negativamente respecto a su diagnóstico.

La proctosigmoidoscopia, como procedimiento nos da una visión amplia del ano recto y colon sigmoide. En términos de importancia clínica y patológica, el colon sigue al estomago en lo que se refiere a aparato digestivo (14).

El presente trabajo lleva la inquietud de recordar la importancia que la proctosigmoidoscopia tiene, no sólo para el gastroenterólogo, sino también para el cirujano, el internista y para el médico en general.

OBJETIVOS

- 1o. Cumplir con el requisito de la Facultad de Ciencias Médicas con la elaboración de tesis previo a optar el título de Médico y Cirujano.
- 2o. Obtener conclusiones que puedan fácilmente ponerse en práctica en beneficio de la medicina.
- 3o. Hacer énfasis en un procedimiento que como la proctosigmoidoscopia tiene utilidad básica.
- 4o. Dar a conocer la facilidad con la cual se puede efectuar el examen.
- 5o. Relacionar el poco tiempo en el que se efectúa el procedimiento y el beneficio que da al paciente y médico tener resultado cuantiosos.
- 6o. Conocer los hallazgos más significativos de este procedimiento en nuestro medio.
- 7o. Formar conciencia en el médico sobre la utilidad que tiene el procedimiento, posterior al tacto rectal.

MATERIAL

- 1o. Revisión bibliográfica (5 años).
- 2o. Archivo clínico del Doctor Mario García Bravatti.

METODO

Se revisó la literatura de cinco años hasta enero de 1977.

Se revisan los expedientes médicos de 500 pacientes de la clínica del Doctor Mario García Bravatti, a los cuales se les había practicado proctosigmoidoscopia, de éstos se descartaron 118 por no tener los datos que se tomaron como variables en este estudio.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE PROCTOSIGMOIDOSCOPIA

En realidad el procedimiento no requiere de un médico especialista para su ejecución, un médico general con cierta práctica puede hacerlo, se podría decir que prácticamente forma parte del examen físico rutinario, todo médico debe saber efectuarlo.

Algunos gastroenterólogos (6) recomiendan el procedimiento cada dos años a pacientes mayores de 40 años y lo sugieren como complemento del examen cervico vaginal y del Papanicolaou.

Además en la práctica privada puede darnos a conocer lesiones benignas o malignas del colon y recto que no se obtienen por otro tipo de examen. Podemos obtener visualización, biopsia-escisión de pequeños tumores, biopsias segmentales de grandes neoformaciones, electrocauterización o remoción de tumores benignos, que pueden llevarse a cabo en las clínicas (12); o bien como resolución de un problema.

En Canadá (2) se calcula que un 14o/o de los médicos la practican, el Colon puede ser como Watergate, contener muchos secretos que son descubiertos con la visión; el procedimiento con práctica se puede llevar a cabo en menos de cinco minutos. El 70o/o de los canceres intestinales están en el campo de la sigmoidoscopia.

Weiss estudió en un análisis comparativo que el descubrimiento de un CA rectal durante una proctosigmoidoscopia de rutina puede ahorrarle hasta 20,000 dólares (Canadá) en gastos posteriores. Muchas veces la hemorragia no anal es atribuida a hemorroides, pueden no haber cambios en el hábito intestinal o

considerarse éstos como funcionales.

INDICACIONES

- a) Melena o enfermedades anales.
- b) Protusión anal.
- c) Diarrea nueva o recurrente de más de 5 días.
- d) Descargas de Pus y Moco por el ano.
- e) Dolor en la región ano-perineal.
- f) Dolor en abdomen y región lumbar.
- g) Cambios de hábitos intestinales.
- h) Previo a operaciones de ano y recto.
- i) Para observación o regresión de enfermedades de colon y recto.
- j) Para estudios bacteriológicos o histológicos.
- k) Fiebre o anemia sin conocer la etiología.
- l) Terapia intraluminal para hemorroides internas; electrofulguración o resección de polipos.
- m) Diagnóstico y resolución de un volvulus.

CONTRAINDICACIONES

La única contraindicación es la presencia de obstrucción que puede ser una masa o una angulación anormal del canal anorecto-colónico, así como objetos no removibles en la oscuridad del lumen, por lo que hay que prevenir la introducción del instrumento.

No está indicado tampoco en pacientes sumamente nerviosos, aprehensivos o no colaboradores, aunque esto es relativo, ya que una buena explicación al respecto del procedimiento puede hacernos variar el estado emocional del paciente.

PROCTOSIGMOIDOSCOPIA EN LA RELACION CON CIERTAS ENFERMEDADES

MEDICINA

El papel de este examen en medicina preventiva es obvio ya que una serie de lesiones que se pueden descubrir precozmente previniéndole al paciente complicaciones más serias, ejemplo la poliposis familiar potencialmente pre-cancerosa o bien el diagnóstico temprano de lesiones asintomáticas. Veinticinco años de estudio de los resultados de Proctosigmoidoscopia periódica en el Centro de Detección de Cáncer de la Universidad de Minnesota, demostraron marcada reducción de la incidencia de cáncer del intestino distal (4).

Otro estudio (12) sobre 1597 proctosigmoidoscopías de los cuales 694 no tenían sintomatología, 78 tenían uno o más polipoadenomas 911o/o) y 2 revelaron cáncer asintomático (0.3o/o).

Otro grupo de 830 sintomáticos en los cuales lo más común eran cambios en los hábitos intestinales, alteraciones en el carácter de las evacuaciones (sangre o estrías) y disminución de peso, se encontraron Polipos en 67 pacientes para un 8o/o y 24 tenían cancer 2.9o/o.

Y un tercer grupo de 73 pacientes a quienes previamente se les había efectuado polipectomía o cirugía radical de tumores malignos o benignos, 11 tenían polipos recurrente (15o/o). No se observó cáncer.

Además la Proctosigmoidoscopia es de alto valor para el

diagnóstico diferencial y determinación de progreso o remisión de enfermedades inflamatorias como colitis ulcerativa crónica, disentería bacilar, amebiasis, enterocolitis tuberculosa e inflamaciones rectales. Es frecuentemente empleada para el diagnóstico de diverticulitis y diverticulosis de la porción distal del colon sigmoides.

PEDIATRIA

En la práctica pediátrica las lesiones anales pueden ser fácilmente inspeccionadas y el recto explorado digitalmente, a menudo puede ocurrir sangrado y la proctoscopia está indicada definitivamente. Los sangrados dolorosos en niños son originados por polipos, en colitis ulcerativa crónica y en megacolon, la proctoscopia es parte importante del estudio diagnóstico.

GERIATRIA

Muchos cambios funcionales y degenerativos ocurren en estos pacientes. Hay que tener en mente la posibilidad de enfermedades inflamatorias y neoplasias.

GINECOLOGIA

Con la palpación bimanual el ginecólogo está acostumbrado a describir masas pélvicas. Cuando el tacto lo hace por vía rectal puede haber confusión al encontrar masas y se preguntará: ¿La masa está en la luz rectal? ¿La masa está envuelta por la mucosa rectal? ¿Es o no es rectal?

UROLOGIA

Las estructuras anorectales, la vejiga y los genitales están íntimamente ligados en el desarrollo anatómico, tienen en común nervios y arterias; y los drenajes venosos y linfáticos son similares. Por esto es que ocurre retención urinaria después de cirugía anorectal y disturbios en la función de la vejiga luego de cirugía

mayor rectal, así como cambios intestinales asociados con hipertrofia prostática y ocasionalmente con carcinoma prostático.

Procesos prostáticos pueden ser determinados por el tacto rectal y confirmados por endoscopia.

CIRUGIA GENERAL

El examen proctosigmoidoscópico es requisito indispensable cuando se va a efectuar cirugía de colon y cuando existe sintomatología abdominal y pélvica difusa ya que esto puede orientar mejor, dar mayor información y criterio en decidir acerca de la conducta quirúrgica.

En algunas obstrucciones se ha usado proctosigmoidoscopia para hacer pasar un pequeño cateter y tener una descompresión parcial, mientras se prepara al paciente para un tratamiento quirúrgico definitivo.

REVISION HISTORICA

Phillipe Razzini (1733-1809), alemán, fue el primero en efectuar endoscopías iluminadas, utilizó una candela como fuente de luz.

En 1826 Pierre Ségalas (1792-1875), francés, descubrió uno de los primeros cisto-uretoscopios con iluminación, el cual fue disputado por d'Heurtleoup y Fisher en 1827.

En 1857 Desormeaux improvisó la luz utilizando una mezcla de alcohol y trementina. En 1865 Sir Francis Richard Cruise obtuvo luz con una mezcla de petróleo y alcanfor.

En 1879 Macz Nietza, alemán, introdujo la lámpara incandescente, en 1895 Howard Kelly introdujo un moderno y práctico proctosigmoidoscopio con tubos de metal de diferentes calibres y longitudes.

La luz reflejada de la cabeza también ayudó pero solamente para distancias cortas, dificultándose para tubos de 25 centímetros.

En 1899 Penington de Chicago, hizo posible la insuflación del sigmoides a través de la parte proximal del tubo herméticamente cerrado, introdujo la luz distal pasando electricidad al final del tubo de Kelly.

En 1905 Herman Strauss, alemán, llevó el sigmoidoscopio a Europa. Usó un endoscopio con iluminación distal variable similar al descrito por Lows hacia 1899. Tenía la facilidad de insuflación del colon terminal similar al de Penington.

Para 1912 Yeoman de New York fue el primero en utilizar la luz proximal para iluminación.

A través de todos estos años se han tratado de perfeccionar los instrumentos hasta llegar a la última década.

Entre estos proctosigmoidoscopios tenemos los cuales en su pared llevan el cordón de luz, usando bulbos pequeños que han probado ser frágiles y caros, por lo que han sido reemplazados por los de fibra óptica que encaja dentro del mismo canal. Desde que la fuente de luz está lejos del paciente, tienen la ventaja de estar libres de calor y cortocircuitos.

Además la luz transmitida es de mejor calidad y la intensidad uniforme, un solo bulbo de luz puede durar por muchos años con el uso ordinario.

Se han modificado también los visores, pues los hay de 1.2 cm de diámetro, ventajosos cuando es estrechez anal o rectal.

Visores de Fibra Optica:

Son una innovación cuya finalidad es la transmisión de iluminación por medio de fibras de esta clase. Existen de dos clases: Aquellos cuya fuente de luz externa se adapta al instrumento, la luz es transmitida a la rama de fibra optica construida dentro de la pared del instrumento y estas fibras transmiten la luz a la parte distal hasta aproximadamente dos centímetros.

Un segundo tipo de instrumentos utiliza una rama única de fibra óptica descartable, que se le coloca en el canal similar a la que se usa en el tubo incandescente.

Sigmoidoscopios Descartables:

Son de dos tipos; uno transmite luz y el otro no, el que la transmite es simple no hay necesidad de tener aditamentos para su iluminación y la variedad que no transmite, requiere una fuente de luz que sea colocada en su pared.

INSTRUMENTOS

Estos varían en su diámetro pero regularmente son de 1.6 cm. de diámetro, siendo de menor diámetro los que son usados en recién nacidos y en niños pequeños. Teniendo el inconveniente los instrumentos pediátricos de tamaño especial que dan un margen reducido de visibilidad.

Instrumentos Cortos:

Los anoscopios son útiles para los exámenes del canal para observación de hemorroides, papilas hipertróficas, fisuras y su localización exacta, también usados en el tratamiento de lesiones en la línea pectinea.

El extremo distal del anoscopio tiene una abertura oblicua en vez de redonda con una fuente de luz colocada en su extremo proximal.

Los proctoscopios miden alrededor de 15 cm. de largo, permiten la visualización de la ampolla rectal y de la mucosa por arriba de la línea anorectal.

Instrumentos Largos:

El sigmoidoscopio o proctosigmoidoscopio es un instrumento rígido, hueco, de más o menos 25 cm. de longitud y de 1 cm. a 1.6 cm. de diámetro. Se encuentran de dos tipos, uno con fuente de luz en la parte distal (cerca de la mucosa) y el otro con la luz en la parte proximal.

El primero proporciona una iluminación excelente pero

frecuentemente se opaca con partículas de heces las cuales se adhieren. Esta desventaja no aparece en el que tiene luz en la parte proximal, pero sin embargo la luz no es tan brillante. Desde la década del 50 se han diseñado sigmoidoscopios con iluminación perfecta distal y proximal, los cuales últimamente han sido simplificados.

El endoscopio consiste en una porción de metal liviano no corrosivo, también se encuentran de material plástico especialmente Teflón. El extremo distales de material más liviano, redondeado y liso, para su introducción fácil y no traumática en el canal anal.

El aire se introduce mediante una bomba de hule, hay un tubo de succión en la parte distal que permite introducir o remover fluidos o gases; pudiéndose introducir medios de cultivo y luego extraerse con la ayuda de jeringas estériles para estudios bacteriológicos. Otro perfeccionamiento es el lente de aumento que cubre la mitad de la parte distal permitiendo por la otra mitad el paso de un forceps para biopsia.

Como se hizo notar anteriormente, ninguno de los instrumentos tiene una longitud mayor de 30 cm. Un 65o/o de tumores de colon y recto pueden ser vistos a 15 cm. solamente 12 o 13o/o de tumores son detectados por tacto rectal (12).

En contraposición a lo anterior otro estudio (13) indica que es posible detectar por tacto rectal hasta un 50o/o de lesiones.

PREPARACION:

Frecuentemente se pone un enema evacuador previo de más o menos 500 cc de agua simple o salina, unas horas antes, el cual limpia y permite una visión aceptable del recto y colon sigmoides.

A pacientes con diarrea que se les da laxante resulta redundante y dañino si la enfermedad inflamatoria del intestino está presente.

Enemas y lavados producen eritema que puede oscurecer la verdadera apariencia de úlceras, además lavados previos pueden borrar huellas como sangre o pus. La presencia de heces blandas o impactación hacen insatisfactorio el procedimiento. En estos casos se pide al paciente que regrese luego de una preparación adecuada que puede ser un enema salino que es una solución hiperosmolar que no irrita la membrana colonica como los jabones y supositorios.

Preparaciones se usan en pacientes que van a ser anestesiados, una buena preparación consiste en dos enemas de 1000-1500 cc de agua simple o salina entibiadas. El primer enema se aplica 10-12 horas antes del examen y el segundo enema se aplica aproximadamente 3-4 horas antes. Con frecuencia el enema limpia la porción terminal de colon y recto y es suficiente para practicar la endoscopia durante un período no mayor de 8 horas.

La preparación más importante es sin duda alguna la explicación clara y concisa que se le da al paciente acerca del procedimiento, ya que con palabras sencillas se le hacen ver los aportes que nos brinda la proctosigmoidoscopia como diagnóstico.

ANESTESIA

Anoscopia, anopoctoscopia y proctosigmoidoscopia se llevarán a cabo sin anestesia exceptuando cuando hay lesiones dolorosas, como fisuras, también es aconsejado usarla en niños poco colaboradores o en menores de 5 años.

Algunos objetan el uso de anestésicos porque aumenta el riesgo de perforación intestinal, ya que el paciente no puede referir dolor.

Se usan anestésicos tópicos combinados con lubricantes para aliviar la molestia que produce el proctoscopio al pasar por el esfinter anal.

POSICION

Son varias las posiciones en que se puede efectuar este examen como las posiciones rodilla-pecho o rodilla codo. La posición rodilla-pecho permite una mejor evaluación del área anal o perianal.

La posición de Litotomia o dorsosacral es ideal para pacientes obesos, para estudio de lesiones posteriores del recto o para mayor exposición de fistulas perineales, se combina con la evaluación abdominaginal.

La mesa de Ritter es muy útil porque da una posición invertida del paciente y más cómoda, resultando el procedimiento más fácil para ambos.

Hay que recordar que al paciente con hipertensión arterial no debe bajársele mucho la cabeza.

TECNICA

1. Es imprescindible platicar con el paciente acerca de los pasos que se van a seguir durante el examen.
2. Inspección y palpación.
3. Examen digital. (Hay que evitar la resistencia del esfínter).
4. Anoscopia con instrumento no muy frío y bien lubricado.
5. Sigmoidoscopia: En los jóvenes y adultos primero se dirige ligeramente anteriormente hacia el ombligo, hasta llegar al recto. Luego hacia el sacro investigando excreciones anormales, características de las heces o sangre. Se debe tomar muestra de heces para sangre oculta sobre todo cuando hay sospecha de carcinoma. De aquí en adelante el endoscopio se introduce lenta y suavemente sólo bajo visión directa. La luz intestinal se mantiene abierta por medio de presión atmosférica ayudando a desdoblar la mucosa, descubriendo ulceraciones o polipos.

Este procedimiento ha revelado que un 10o/o de todos los pacientes sintomáticos tienen lesiones premalignas del intestino. Y cerca de un 20o/o de todas las personas mayores de 60 tienen lesiones premalignas como regla general asintomáticas. Un 33o/o de la población en general padece de enfermedades anorectales de alguna clase.

El cancer del recto y colon es el segundo en frecuencia en hombres y el cuarto en mujeres.

COMPLICACIONES

- 1o. Reacción peritoneal o irritación.
- 2o. Perforación
- 3o. Bacteriemia

-Reacción Peritoneal:

La reacción o irritación puede evidenciar una forma persistente o recurrente de enfermedad abdominal baja, variando en grados de distensión abdominal o alza de temperatura. En la práctica estos síntomas son por cortos períodos de tiempo. En algunos de estos casos a través de radiografías se revela aire libre por debajo del diafragma, sobre todo del lado derecho y aunque pudieran ser causados por una pequeña perforación, no han sido bien demostrados.

-Perforación:

La perforación puede ser extraperitoneal o intraperitoneal, los casos de ruptura extraperitoneal del recto pueden ser por dilatación de estructuras tubulares, causadas por linfogranuloma venereo, por coagulación en neoformaciones cuando esto se hace con poca experiencia.

Burt (3) ha descrito cuatro etapas de la perforación del colon por aumento progresivo de la presión intraluminal. 1.- Fisura de la serosa. 2.- División de las fibras propias de la muscular. 3.- Herniación de la mucosa a través. 4.- Ruptura de la herniación de la mucosa.

La mayoría de las rupturas ocurren en la unión

recto-sigmoides, pudiéndose decir que el sigmoides es la primera barrera al avance del instrumento o a la insuflación.

Algunos de estos casos progresan a la formación de abscesos isquioresctales, pueden ser predispuestos por incisiones perirectales. Un porcentaje alto de abscesos drenan al recto y está indicado el uso de antibióticos.

Las perforaciones ocurren en manos inexpertas que no conocen con exactitud la angulación natural del colon.

En infecciones el uso de antibióticos intraperitoneales no está indicado. El tratamiento de las laceraciones depende de la severidad de las mismas y el tratamiento de las lesiones mayores se decide en 4 o 10 horas después que se ha causado la lesión.

-Bacteriemia:

No había sido descrita o no se le daba importancia, pero un estudio reciente (8) entre 200 pacientes a quienes se les practicó proctosigmoidoscopia. De ellos 106 presentaban algún tipo de molestia y 94 eran asintomáticos, se encontró que 19 presentaron positividad en los cultivos con los siguientes microorganismos:

Enterococo 11
Eschericha Coli 4
Klebsiella Pneumonica 3
Bacteroides 1

No se encontró flora mixta. Tres presentaron cultivo positivo 15 minutos después de la sigmoidoscopia, tres tuvieron un solo cultivo positivo y trece dos o tres cultivos positivos.

Se le ha dado importancia al enterococo ya que éste podría ser causa de endocarditis. Se supone que la vía de introducción es hemorroidal superior-Porta.

Otras complicaciones

-Hemorragia:

La hemorragia post-polipectomía se atribuye a mala manipulación o por uso inapropiado del cauterio.

-Gases:

Esto es descrito sin mayor importancia.

Estudio de 382 exámenes proctosigmoidoscópicos

Y CORRELACION EDAD Y SEXO

Edad	Masculino	o/o	Femenino	o/o
0-10	2	1.23	7	3.15
11-20	5	3.05	24	10.80
21-30	33	20.13	64	28.80
31-40	41	25.01	46	20.70
41-50	41	25.01	28	12.60
51-60	29	17.69	28	12.60
61-70	9	5.49	16	7.20
71-80	2	1.23	6	2.70
81 +	0	0.	1	0.45
Total	162	100.	220	100.

Entre pacientes del sexo masculino el mayor número de pacientes estaban comprendidos en 31-40 y 41-50 años con 41 casos cada grupo.

En el sexo femenino 46 casos estaban comprendidos en la década 31-40 años.

TOTAL DE PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS NORMALES

Edad	Masculino	o/o	Femenino	o/o
0-10	2	4	3	5.01
11-20	2	4	9	15.03
21-30	13	26	21	35.07
31-40	12	24	12	20.04
41-50	10	20	5	8.35
51-60	7	14	6	10.02
61-70	3	6	2	3.24
71-80	1	2	1	1.62
80 +	0	0	1	1.62
Total	50	100	60	100.

De las 50 proctosigmoidoscopías normales 13 se encontraban comprendidos entre 21-30 años para el sexo masculino, a pesar que no fue el grupo de edad en quienes más proctosigmoidoscopías se efectuaron, sucedió exactamente lo mismo en el sexo femenino ya que en el grupo de 21-30 años fueron 21 proctosigmoidoscopías normales.

**HALLAZGO DE QUISTES Y TROFOZOITOS DE AMEBA
HYSTOLITICA EN TOMA DIRECTA DURANTE LA
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA**

EDAD	MASCULINO				FEMENINO			
	Quiestes	o/o	Trofozoitos	o/o	Quiestes	o/o	Trofozoitos	o/o
0-10	0	0	5	0	1	2.27	0	0
11-20	0	0	0	0	8	18.16	0	0
21-30	8	20	0	0	6	13.62	1	33.3
31-40	11	27.5	0	0	15	34.05	2	68.7
41-50	9	22.5	1	33.3	7	15.89	0	0
51-60	10	25	1	33.3	6	13.62	0	0
61-70	1	2.5	1	33.4	3	6.81	0	0
71-80	0	0	0	0	1	2.27	0	0
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	39	100	3	100	44	100	3	100

En el sexo masculino se encontraron 39 casos positivos para quistes, once de los cuales pertenecían al grupo 31-40 años. En el sexo femenino 44 casos de los cuales 15 pertenecían al grupo 31-40 años.

En lo que respecta a Trofozoitos solamente se encontraron 6 casos 3 en el sexo femenino e igual número para sexo masculino.

HALLAZGO DE HEMORROIDES EXTERNAS E INTERNAS

EDAD	MASCULINO				FEMENINO			
	Internas	o/o	Externas	o/o	Internas	o/o	Externas	o/o
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0
11-20	1	1.9	0	0	2	4	1	2.9
21-30	5	9.5	4	12.4	11	22	8	23.6
31-40	12	22.8	6	18.6	11	22	13	27.7
41-50	16	30.4	11	34.1	10	20	5	14.5
51-60	12	22.8	8	24.8	10	20	4	11.6
61-70	5	9.5	2	6.2	3	6	3	8.7
71-80	0	0	1	3.1	3	7	0	0
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	51	100	32	100	50	100	34	100

Se encontraron 51 casos de hemorroides internas para el sexo masculino, 16 de los cuales pertenecían al grupo de 41-50, en el sexo femenino 50 casos, en los grupos 21-30 y 31-40 11 casos cada uno.

Hemorroides externas, en el sexo masculino 32 casos, 11 de éstos en el grupo de 41-50 años. En el sexo femenino 34 casos el grupo de 31-40 años 13 casos.

HALLAZGOS DE POLIPOS Y TUMORES EN 382 PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS

Edad	POLIPOS				TUMORES			
	Mas.	o/o	Fem.	o/o	Mas.	o/o	Fem.	o/o
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0
11-20	0	0	0	0	0	0	0	0
21-30	0	0	1	100	0	0	0	0
31-40	1	25	0	0	0	0	0	0
41-50	2	50	0	0	0	0	1	50
51-60	1	25	0	0	0	0	1	50
61-70	0	0	0	0	0	0	0	0
71-80	0	0	0	0	0	0	0	0
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	4	100	1	100	0	0	2	100

24

POLIPOS: Se encontraron sólo 4 casos de polipos, dos de los cuales en pacientes entre 41-50 años para el sexo masculino

En sexo femenino solamente 1 caso comprendido entre 21-30 años.

TUMORES: En pacientes del sexo masculino no se encontraron tumores, en el sexo femenino dos casos en los grupos de 41-50 y 51-60 años con un caso cada grupo.

FISURAS Y ULCERAS

EDAD	MASCULINO				FEMENINO			
	Ulceras	o/o	Fisuras	o/o	Ulceras	o/o	Fisuras	o/o
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0
11-20	0	0	0	0	2	28.56	1	11.1
21-30	2	40	2	28.2	2	28.56	1	11.1
31-40	2	40	2	28.2	2	28.56	3	33.3
41-50	0	0	2	28.2	2	28.56	3	33.3
51-60	1	20	1	14.5	0	0	1	11.1
61-70	0	0	0	0	1	14.28	0	0
71-80	0	0	0	0	0	0	0	0
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	5	100	7	100	7	100	9	100

25

FISURAS: En el sexo masculino se encontraron 7 casos, la mayoría comprendidos en las tres décadas que van de los 21 a los 50 años. En el sexo femenino 9 casos, con mayor número en las décadas del 31-40 y 41-50 con tres casos cada una.

ULCERAS: Cinco casos en pacientes del sexo masculino 4 de las cuales entre los 21 y 40 años. En el sexo femenino siete casos seis de los cuales en pacientse de los 21 a los 50 años.

**MOCO Y ESPASMO ENCONTRADOS EN No. 382
PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS**

EDAD	MASCULINO			FEMENINO				
	Moco	o/o	Espasmo	o/o	Moco	o/o	Espasmo	o/o
0-10	0	0	0	0	0	0	0	0
11-20	0	0	1	66.6	3	12	5	16.5
21-30	2	18.18	3	19.8	7	28	4	13.4
31-40	3	27.27	6	39.6	4	16	4	13.4
41-50	3	27.27	3	19.8	4	16	4	13.4
51-60	2	18.18	2	13.4	4	17	3	9.9
61-70	1	9.09	0	0	2	8	2	6.6
71-80	0	0	0	0	1	4	2	6.6
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	11	100	15	100	25	100	30	100

26

ESPASMO: El sexo masculino con un total de 15 casos, seis de los cuales comprendidos entre 31-40 años. En el sexo femenino el más afectado el grupo 21-30 con 10 casos.

MOCO: El sexo masculino con 11 casos, seis comprendidos en las décadas 31-50 años. En el sexo femenino 25 casos, siete de los cuales comprendidos entre los 21-30 años.

**ENROJECIMIENTO Y EDEMA EN 382
PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS**

EDAD	MASCULINO			FEMENINO				
	Enroj.	o/o	Edema	o/o	Enroj.	o/o	Edema	o/o
0-10	0	0	0	0	2	2.4	0	0
11-20	2	3.86	0	0	7	8.4	3	42.3
21-30	10	19.20	1	14.3	24	28.8	0	0
31-40	19	36.48	3	42.9	16	19.2	0	0
41-50	9	17.28	3	42.9	8	9.6	1	14.3
51-60	10	19.20	0	0	12	14.4	2	28.6
61-70	2	3.86	0	0	8	9.6	0	0
71-80	0	0	0	0	4	4.8	1	14.3
81 +	0	0	0	0	0	0	0	0
	52	100	7	100	81	100	7	100

27

ENROJECIMIENTO: Se encontró en 52 pacientes del sexo masculino, 19 de los cuales comprendidos 31-40 años. En sexo femenino 81 casos, en el grupo 21-30 años con 24 casos.

EDEMA: Se encontró edema en 7 pacientes del sexo masculino, tres pacientes en cada uno de los grupos 31-40 y 41-50. En el sexo femenino 7 casos, en el grupo 11-20 años tres casos.

**HALLAZGOS DE PAPILAS Y FRAGILIDAD EN
382 PROCTOSIGMOIDOSCOPIAS**

Edad	PAPILAS			FRAGILIDAD			o/o
	Mas.	Fem.	o/o	Mas.	Fem.	o/o	
0-10	0	0	0	0	1	0	10.1
11-20	0	0	0	0	0	0	0
21-30	0	0	0	1	4	50	44.4
31-40	1	1	100	0	2	0	22.2
41-50	0	0	0	1	1	50	11.1
51-60	0	0	0	0	1	0	11.1
61-70	0	0	0	0	0	0	0
71-80	0	0	0	0	0	0	0
81 +	0	0	0	0	0	0	0
	1	1	100	2	9	100	100

PAPILAS: En el sexo masculino al igual que en el sexo femenino se encontró un caso y en ambos sexos estaba comprendido entre los 31-40 años.

FRAGILIDAD: El sexo femenino presentó 9 casos, cuatro de los cuales estaban comprendidos entre los 21-30 años. En el sexo masculino sólo dos casos, entre 21-30 años y 41-50 años.

CONCLUSIONES

1. La proctosigmoidoscopia es un procedimiento complementario del examen físico.
2. En la muestra estudiada se encontró un 72o/o de anormalidad o reacción, siendo el enrojecimiento lo que se encontró en el mayor porcentaje de pacientes, un 34o/o.
3. Reviste especial importancia que a través de las muestras de heces tomadas directamente un 21.9o/o de exámenes fueron positivos para quistes de Ameba hystolítica.
4. Como en otros estudios, el sexo masculino es el más afectado en lo que respecta a hemorroides internas y externas.
5. Espasmo, moco, fisuras, edema, úlceras, polipos, tumores y papilas dieron porcentajes no significativos.
6. En la serie estudiada no encontraron complicaciones por el procedimiento en sí.

RECOMENDACIONES

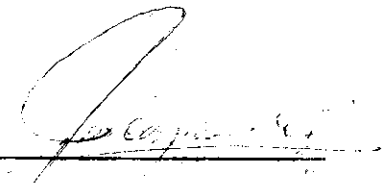
1. Es imprescindible el tacto rectal como parte del examen físico, recomendado efectuar proctosigmoidoscopia al sospechar patología en esta región anatómica.
2. Se recomienda este examen en pacientes mayores de 40 años sobre todo.
3. Siempre que se efectúe proctosigmoidoscopia debe explicársele al paciente adecuadamente el procedimiento, incluso con varios días de anticipación.
4. Cuando se efectúe proctosigmoidoscopia debe tomarse muestra directa para examen de heces.
5. Todo médico debe tener conocimiento de este examen y poder efectuarlo en cualquier momento que se requiera.

BIBLIOGRAFIA

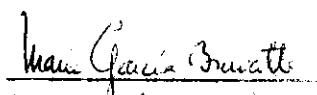
- 1.- Bacon, Harry. Stuart Ross. Porfirio Mayo Proctology- Volumen único Copyright 1956 by J.B. Lippincott Company. Pags. 21-36.
- 2.- Canadian Medical Association Journal. March 16, 1974 Volumen 110 Pags. 683-5.
- 3.- Cav. Burt. Ruptura neumática del canal intestinal el mecanismo de la perforación. Arch. Surgery volumen 22 Pags. 875-902 1931.
- 4.- Gilbertsen, Víctor M.D. Proctosigmoidoscopia y Polipectomía en la reducción de la incidencia de Ca rectal. Cancer volumen 39 Pags. 936-9 Sept. 74.
- 5.- García-Bravatti, Mario Doctor. Consultas personales.
- 6.- Gorden T. Burns M.D. Daniel J. Abramson M.D. JAMA volumen 236. Pag. 935 23 Aug. 76.
- 7.- Krupp, Marcus A. M.D. Medical Diagnosis Treatment. Copyright 1977 Lange Medical Publications. Pags. 364-74.
- 8.- Le Frock Jack. M.D. et al. Bacteriemia asociada con Sigmoidoscopia. New England J. Med. vol. 289 pags. 467-9. 30 Aug. 73.
- 9.- Livinstone, Elliot M.D. Laceración diastática de la serosa como complicación de colonoscopia. Gastroenterology volumen 67 Pags. 1245-7 Dec. 74.
- 10.- Manning Delp M.D. volumen único 7a. Edición. Editorial

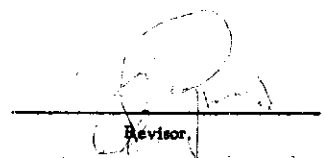
Interamericana S.A. México 1968 Pag. 233.

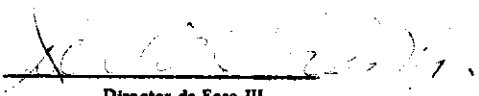
- 11.- Nesselrod, Peerman M.D. Clinical Proctology 1957 by W.B. Saunders Company. Pags. 28-64.
- 12.- Powers John M.D. Cáncer del tracto gastrointestinal. Colon, recto y ano. JAMA vol 231 Pag. 750-1. 17 Feb. 75.
- 13.- Mazariegos García, José Vicente Doctor. Proctosigmoidoscopia en diagnóstico estudio comparativo. Guatemala Mayo 1966.
- 14.- Robbins, Stanley M.D. Vol único Editorial Interamericana 1967. Pags. 788.
- 15.- Rhoads, Allen, Harkins Cirugía. Editorial Interamericana México 1967.
- 16.- Sabiston Jr. David, M.D. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis-Christopher. Editorial Interamericana 1974. Pags. 897-8.
- 17.- Turrel, Robert M.D. Diseases of the colon and anorectum Volumen 1. Edit. Saunders Philadelphia Usa. 1959 Pags. 188-217.
- 18.- Berry, Leonidas. MS., MD. Gastrointestinal Pan-Endoscopy. Charles C. Thoms Publisher. Springfield Illinois Usa 1974. Pags. 444-6.

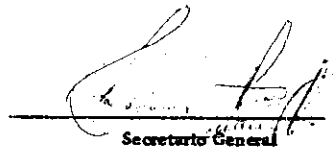
BR. 

José Alfredo Guzmán Orozco

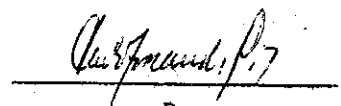

Asesor.
Dr. Mario García Bravatti


Asesor.
Dr. Oscar Aníbal Pozuelos


Director de Fase III.
Julio de León


Secretario General
Dr. Mariano Guerrero

Vo. Bo.


Decano
Dr. Carlos Armando Soto