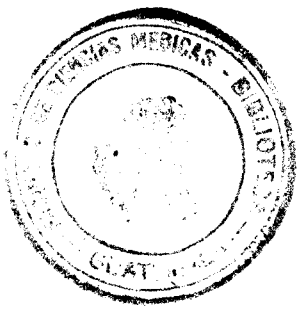
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA



PROCTOSIGMOIDOSCOPIA

SU IMPORTANCIA EN EL DIAGNOSTICO - ESTUDIO COMPARATIVO

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

JOSE VICENTE MAZARIEGOS GARCIA

En el Acto de su Investidura de
MEDICO Y CIRUJANO

ASESOR: Dr. Miguel Frech y Frech

REVISOR: Dr. Julio Pineda

Guatemala, Mayo de 1,966.

PLAN DE TESIS

CAPITULO I.- Introducción

CAPITULO II.- Antecedentes

CAPITULO III.- Objetivos

CAPITULO IV.- Material

CAPITULO V.- Métodos

1.- Proctosigmoidoscopio

2.- Hoja de Record Proctosigmoidoscopico

3.- Preparación previa

4.- Técnica del Examen Proctosigmodiscópico

5.- Fórmula para Simplificar la Proctosig-- moidoscopía.

CAPITULO VI.- Presentación de Casos

A) 145 Casos Vistos en Consulta por Antecedentes Ano-rectales.

1) Sexo

2) Edad

3) Lugar de residencia

4) Ocupación

5) Manifestaciones Clínicas

6) Número de Diagnósticos en cada pa-- ciente.

7) Diagnósticos.

B) 100 Pacientes Tomados al Azar

1) Sexo

2) Edad

3) Lugar de ~~residencia~~

4) Ocupación

5) Manifestaciones clínicas

6) Número de Diagnósticos

7) Diagnósticos

CAPITULO VII.- Conclusiones

CAPITULO VIII.- Bibliografía.

- - - - - -

CAPITULO I

INTRODUCCION

Este trabajo evalúa la Proctosigmoidoscopía como método de diagnóstico, presentando además el estudio y resultados obtenidos en la investigación de un grupo de pacientes rutinarios en hospitales públicos, tomados al azar.

Presento además una estadística de pacientes con síntomas Ano-rectales. Obtenidas por consultas hechas especialmente.

En muchas ocasiones se subestima la importancia de la Proctosigmoidoscopía en el diagnóstico precoz de las enfermedades del Cólon Sigmoide, Recto y Ano, siendo fácil, poco traumática y sin mayores costos.

El objeto de este trabajo es hacer resaltar el valor de la Proctosigmoidoscopía (en el diagnóstico) que puede y debe usarse de manera rutinaria en nuestro medio hospitalario, ya que nos ayuda a establecer la presencia de afecciones del Cólon Sigmoide, Recto y Ano.

La Proctosigmoidoscopía no constituye un examen nuevo, ni difícil y a pesar de ello no ha tenido la verdadera atención que le corresponde.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

Con relación a este trabajo tenemos las siguientes tésis:

1.- Estudio Clínico y Patológico del Cáncer del Intestino - Grueso. 1,957. Dr. Francisco J. Arroyave.

2.- Estudio Clínico Patológico y Radiológico de la Poliposis del Intestino Grueso en la Infancia. 1,960. Roberto -- Schneider.

3.- Procidencia Rectal, Un Problema Quirúrgico. 1,960. Luis E. Anderson.

4.- Enfermedad Pilonidal. 1,963. Héctor Orozco.

5.- Prolapso Recto Sigmoide y Sigmoide en el Adulto. 1,963. Rigoberto Pellecer.

6.- Estudio Clínico Radiológico y Anatomo-Patológico del Cáncer del Cólon y Recto en Guatemala. 1,966. Carlos García K.

7.- Consideraciones sobre el Diagnóstico de la Amebiasis. - 1,965. José León Arango Portillo.

8.- Evaluación de la Fístula Anal y su Tratamiento. 1,966. Oscar Rolando Castillo Montalvo.

9.- Adenomas del Intestino Grueso, Cólon y Recto. 1,966. - Enrique Napoleón Díaz A.

CAPITULO III

OBJETIVOS

Los objetivos de este trabajo son:

1.- Investigar el tipo de lesiones que se presentan en el medio guatemalteco, su localización y relación con la edad, sexo y otros factores individuales y colectivos.

2.- Establecer las variantes de frecuencia con que se presentan estas enfermedades en Guatemala.

3.- Demostrar que el Examen Proctosigmoidoscópico es factible, necesario y fácil, aporta una gran cantidad de diagnósticos positivos.

4.- Divulgar la importancia de la Proctosigmoidoscopía, como examen de rutina en pacientes hospitalarios, en el diagnóstico precoz.

5.- Estimular a la profesión médica para que puedan realizar estudios más especializados de las enfermedades del Recto Sigmoide y Ano.

CAPITULO IV

MATERIAL

El material de la casuística presentada, corresponde a trecientes pacientes que ingresaron a distintos servicios del Hospital General, sin embargo en 55 pacientes el Examen - Proctosigmoidoscópico fue infructuoso por múltiples razones - ajenas a nuestra voluntad (mala preparación del intestino, - paciente poco colaborador, el sigmoidoscopio no pudo pasarse más de diez centímetros, etc.).

Los pacientes examinados fueron:

145 que tenían antecedentes de síntomas ano-rectales, vistos durante el lapso de mayo 1,962 a da fecha en la 4a. Cirugía de Mujeres; y

100 pacientes escogidos al azar en diferentes servicios del Hospital General.

CAPITULO V

METODOS

1.- Para un examen completo se necesita un equipo consistente en:

1) Anoscopio.
2) Sigmodiscopio de 15 cm. (optativo).
3) Sigmoidoscopio de 25 cm; los hay de varios tipos, - con luz proximal o distal, visor con lente de aumento o simple, que se adapta a la parte proximal del aparato.
4) Perilla para administrar aire.
5) Tubo o cánula de succión.
6) Pinza de biopsia. (8) (3) (2).

(Ver figura No. 1).

2.- Para el record clínico de cada paciente usamos la - hoja proctológica que se describe a continuación.

RECORD PROCTOSIGMOIDOSCOPICO

Nombre:

Edad:

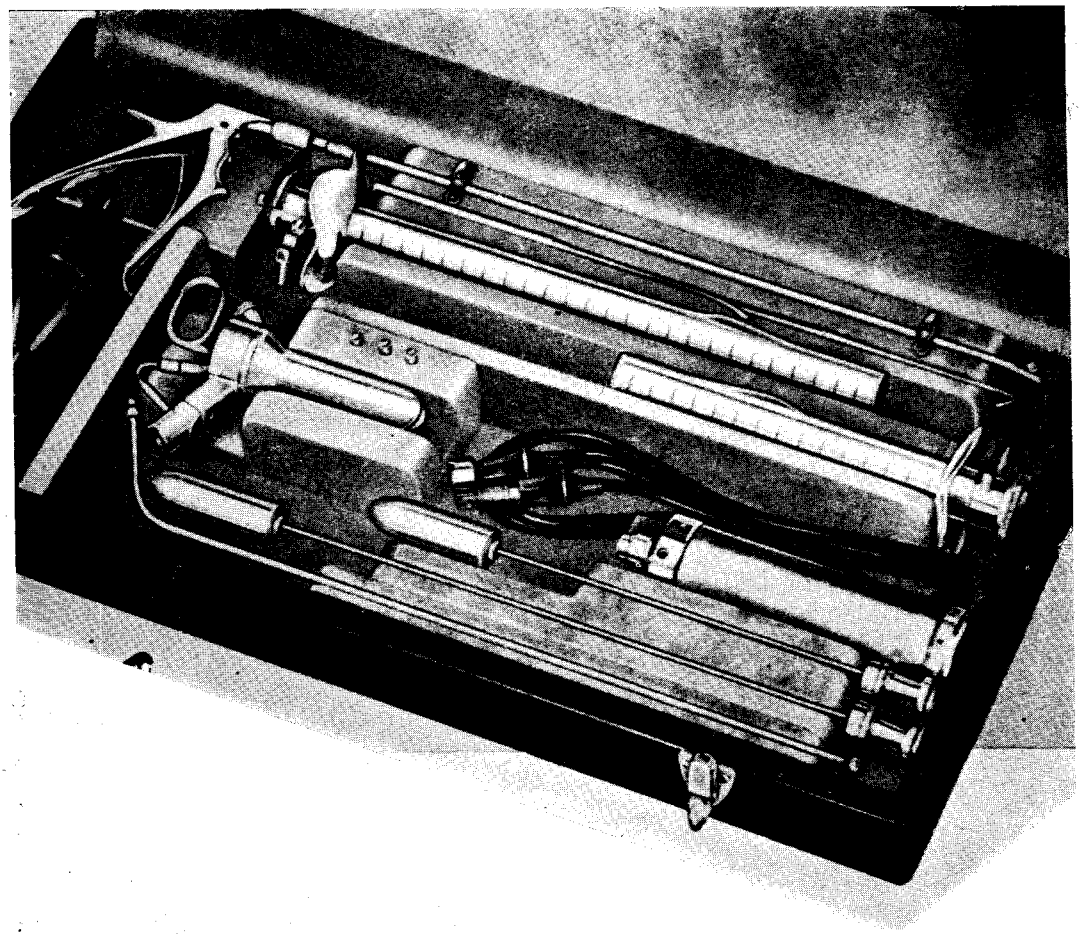
Dirección:

Teléfono:

Estado Civil:

Fecha: Ocupación:

No. de Historia Clínica:



DIBUJO No. 1

Historia Presente:

Queja principal:

1) Sangre por el recto:
2) Dolor: Características (rectal o abdominal), duración.
3) Prolapso.
4) Constipación, diarrea -características- cambios durante el último año.
5) Pus o mucus.
6) Prurito anal.
7) Trastornos urinarios.
8) Apetito.
9) Peso: ahora hace 6 meses hace un año.
10) Tratamiento por otras enfermedades.

ANTECEDENTES:

1.- Médicos
2.- Hábitos (alcohól, laxante, etc.).
3.- Quirúrgico
4.- Embarazos
5.- Molestias rectales previas
6.- Historia familiar.

EXAMEN:

1.- Abdominal.
2.- Rectal

a) Externo.

b) Digital.

c) Anoscopía.

d) Sigmoidoscopía.

Exámenes complementarios (Rayos "X", Biopsia, Sangre, etc.

IMPRESION

SUGERENCIAS

EVOLUCION

PREPARACION DEL INTESTINO GRUESO:

La mayoría de los pacientes debe tener alguna preparación del intestino grueso antes de un examen instrumental. Ciertas condiciones contraindican una preparación. Pacientes que se quejan de dolor rectal, síntomas sugestivos de estreñimiento u obstrucción y ciertas condiciones inflamatorias del sistema gastrointestinal, en muchos casos deben tener un examen preliminar sin ninguna preparación. En la ausencia de estos síntomas, la mayoría de los pacientes serán examinados más satisfactoriamente si el intestino grueso es vaciado antes, la visualización será obtenida. (7).

En la usual clínica del Médico administrar enemas - ha sido muy frecuentemente difícil porque envuelve muchos pro-

cedimientos. Este ha sido el principal factor para desanimar el uso de preparación antes del examen y ha resultado en el - descenso del número de los exámenes sigmoidoscópicos hechos.

En nuestro trabajo usamos como preparación previa - 24 horas antes, un laxante suave y 3 ó 4 horas antes, la limpieza adecuada del Cólon sigmoide y recto, lo cual se consigue con dos, tres o cuatro enemas de agua.

EXAMEN:

Un Examen Proctosigmoidoscópico para que tenga éxito requiere dos factores esenciales. 1) El Médico debe ser suave. 2) El paciente debe estar relajado. El modo de relajamiento que ha sido establecido durante la toma del historial, debe ser reforzado en el cuarto de examen.

POSICION DEL PACIENTE:

1) Posición de Sim's.
2) Posición Ginecológica.
3) Posición Genupectoral.
4) Posición en mesa especial.

Un examen rectal puede ser llevado a cabo en diferentes posiciones. Si el paciente debe ser examinado en la - cama, la posición inclinada puede ser empleada con los muslos y piernas elevados con almohadas duras o sacos de arena, como para permitir al abdomen ceder hacia la cama. Para pacientes

muy enfermos la posición derecho lateral (Sim's) es relativamente satisfactoria pero no dará una buena vista del Sigmoide. Más aún el examen en esta posición es muy incomodo para el médico. La posición Ginecológica puede ser usada para Ano y -- Recto, pero es inadecuada para Sigmoidoscopía.

La posición Genupectoral dá una visibilidad amplia pero pocos pacientes pueden ser inducidos a relajarse.

La posición ideal para el examen es la invertida, - cabeza para abajo que permite a la curva del Cólon Sigmoide - caer fuera de la pelvis y al recto y sigmoide llenarse de aire tan pronto como el proctoscopio sea insertado. Esta posición puede ser mantenida únicamente con cierto grado de con-- fort mediante el uso de una mesa especial provista de una sección vertical que tiene un depósito en el cual el paciente se puede arrodillar confortablemente descansando la cabeza, tórax y abdomen a lo larto de la sección horizontal, la parte posterior es provista con un segundo depósito donde el paciente puede descansar sus antebrazos. Cuando esta mesa es invertida el peso del paciente descansa confortablemente en sus muslos, antebrazo y cabeza y si el examen es conducido suavemente con - consideración, casi completo relajamiento es posible (5) (2) - (3).

ACCESO AL PACIENTE:

Como indicado con anterioridad, el médico debe in-- formar a su paciente con anticipación del procedimiento que -

será hecho. Por ejemplo: cuando se baja la cabeza de la mesa, él puede decir "ahora voy a bajar su cabeza para examinarlo más fácilmente.. Usted no se va a caer ni le dolerá. Ahora descanse su abdomen hasta que se hunda en la mesa". El Médico aprieta en la parte pequeña de la espalda. "Eso está - bien". Las palabras "Suave" "Fácil" y "Descanse" repetidas - frecuentemente con una voz reconfortante con comentarios divertidos en cualquier tema de interés popular son muy efectivos - para descansar un paciente ansioso. Por otra parte la más pequeña brusquedad, irritación o mandato autoritario puede hacer un examen difícil o imposible. "Ahora voy a poner mis manos - en sus nalgas y suavemente separarlas para poder ver mejor -- dónde está el problema. Las nalgas son suavemente separadas dando una vista satisfactoria del ano. Vamos a poner un poco de lubricante para poder deslizar mi dedo adentro. Dependiendo del paciente, una pequeña frase agregada así como, "para ver si sus amigdalas están adentro" puede causar una sonrisa ya que el paciente ha sido informado de cada paso que se dará y él vé que no le causa ningún dolor su confianza aumenta y - el relajamiento es mejor (5).

POSICION DEL EXAMINADOR:

Si el Médico es derecho se parará a la izquierda -- del paciente. En esta posición la mano derecha puede ser usada para insertar el sigmoidoscopio y llevar a cabo cualquier procedimiento endoscópico que sea requerido.

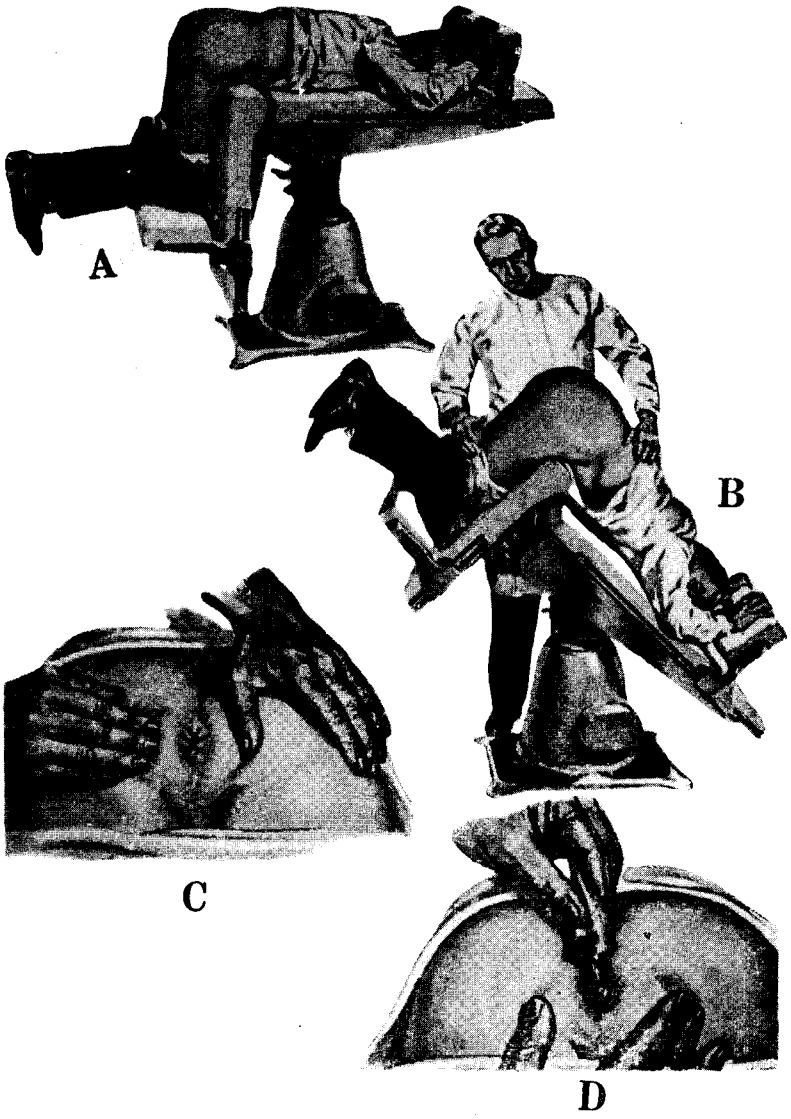
EXAMEN DIGITAL:

Este examen hecho con el dedo meñique tiene tres propósitos: Primero: Determinar si hay o no cualquier obstrucción de otra patología que pueda interferir con el endoscopio. Segundo: Permite palpación del interior del recto y estructuras alrededores, como el cérvix, coocis y musculaturas perineal e intrapélvica (aún tensión del músculo piriformis indicando fibromatosis de la estructura, puede ser asegurada). Tercero: Relaja los esfínteres y acondiciona el paciente para la inserción del sigmoidoscopio. Como indicado en la placa No. 2, el examen es bidigital en naturaleza, la capa palpada entre el dedo índice en el recto y el pulgar en la superficie externa. Esto le permite a uno determinar el carácter y tono de los tejidos; el grado de firmeza de las cicatrices, la posible presencia de nódulos, la tensión del esfinter interno y respuesta del esfinter externo cuando el paciente es requerido apretar la parte exterior del recto.

SIGMOIDOSCOPIA:

Una vez que el examen endoscópico es completado, el paciente tiene la sensación que quizá la peor parte pasó, y si el operador simplemente dice "Ahora voy a insertar un tubo no más grande que mi dedo para poder ver dónde está el problema". El paciente siente más seguridad.

A este punto uno puede insertar el anosoopio sin embargo, el sigmoidoscopio de 25 cm. de largo, no tiene una cir



IBUJO No. 2

A. Paciente en posiciòn en la mesa de examen proctológico antes de ser invertida.

B. Mesa invertida. La cama de la mesa, baja para permitir al abdomen relajarce libremente. El peso de los intestinos caídos permiten al recto y sigmoide ser dilatados por presiòn atmosférica durante la sigmoidoscopía; el médico se para a la izquierda.

C. El paciente tapado; las nalgas suavemente separadas para exponer el ano y alrededores.

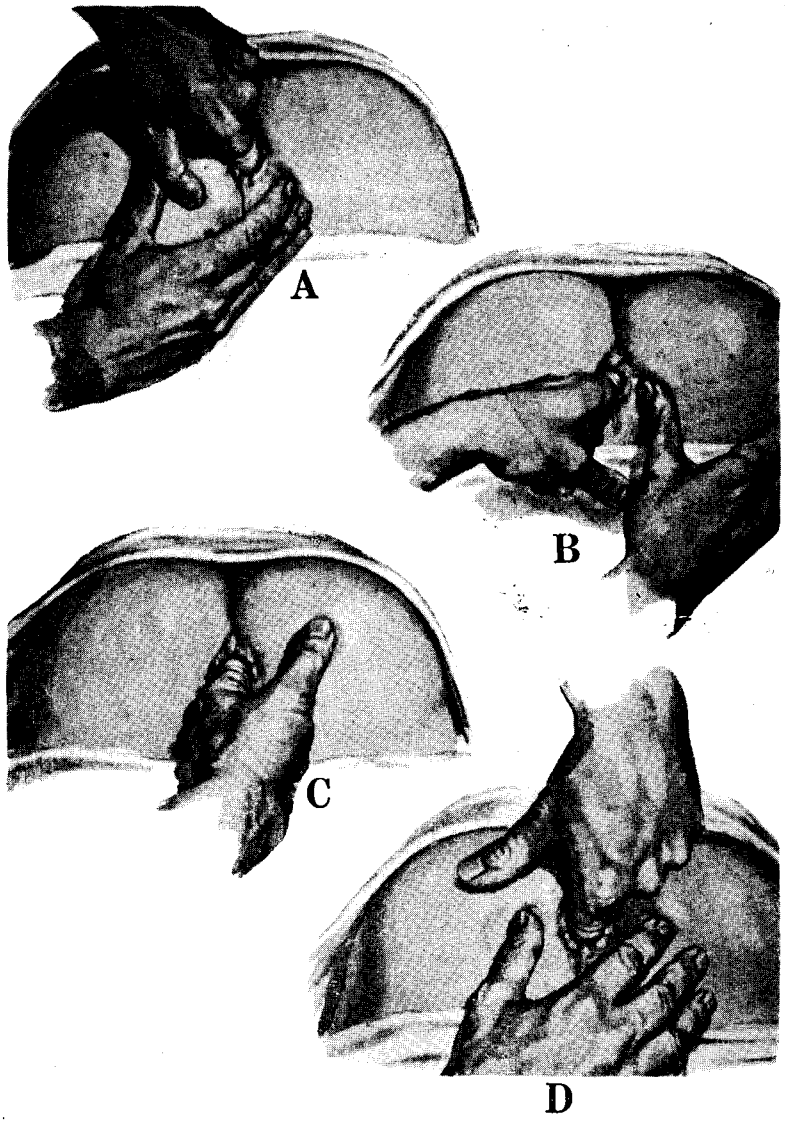
D. El lubricante es aplicado preparado para el examen digital y examen proctológico.

cunferencia más grande, no causará más incomodidad inicial, y extenderá la visión inmensamente. Como será mencionado más - tarde, el 50% de la malignidad del intestino grueso y recto - está al alcance del dedo y con el sigmoidoscopio puede ser -- visto el 50% restante.

Como ilustrado en la figura No. 3, el sigmoidoscopio es insertado con la mano derecha, el obturador detenido en su lugar por el pulgar y dedos de la mano izquierda. A modo de - seguir el largo eje del ano, el sigmoidoscopio es dirigido hacia el ombligo. Tan pronto como los esfínteres son pasados, - el obturador es removido con la mano derecha, ahora una vista de la pared rectal es ganada.

Esta área hemorroidal anterior interna es particularmente sujeta a trauma cuando el obturador es removido la presión atmosférica tiende a distender el recto y el paciente -- tiene reflejos, como deseo de defecar. Más seguridad es necesaria ahora "Usted sentirá como si sus intestinos se van a mover pero no es así".

De aquí en adelante el instrumento es contínuamente hacia arriba bajo visión directa, nunca a ciegas. Si el examinador descansa su antebrazo izquierdo en el área sacra del paciente y usa su muñeca para maniobrar el sigmoidoscopio, cierto grado de control del paciente es obtenido. También el antebrazo del examinador o Médico ejerciendo presión en la parte baja de la espina dorsal del paciente ayuda a mantener el



DIBUJO No. 3

El médico incerta el dedo índice cubierto por un dedil en el ano. La pared izquierda del canal anal y porción proximal del recto son palpados.

La mano del médico es rotada para palpar la pared anterior.

Con más rotación la pared derecha es examinada.

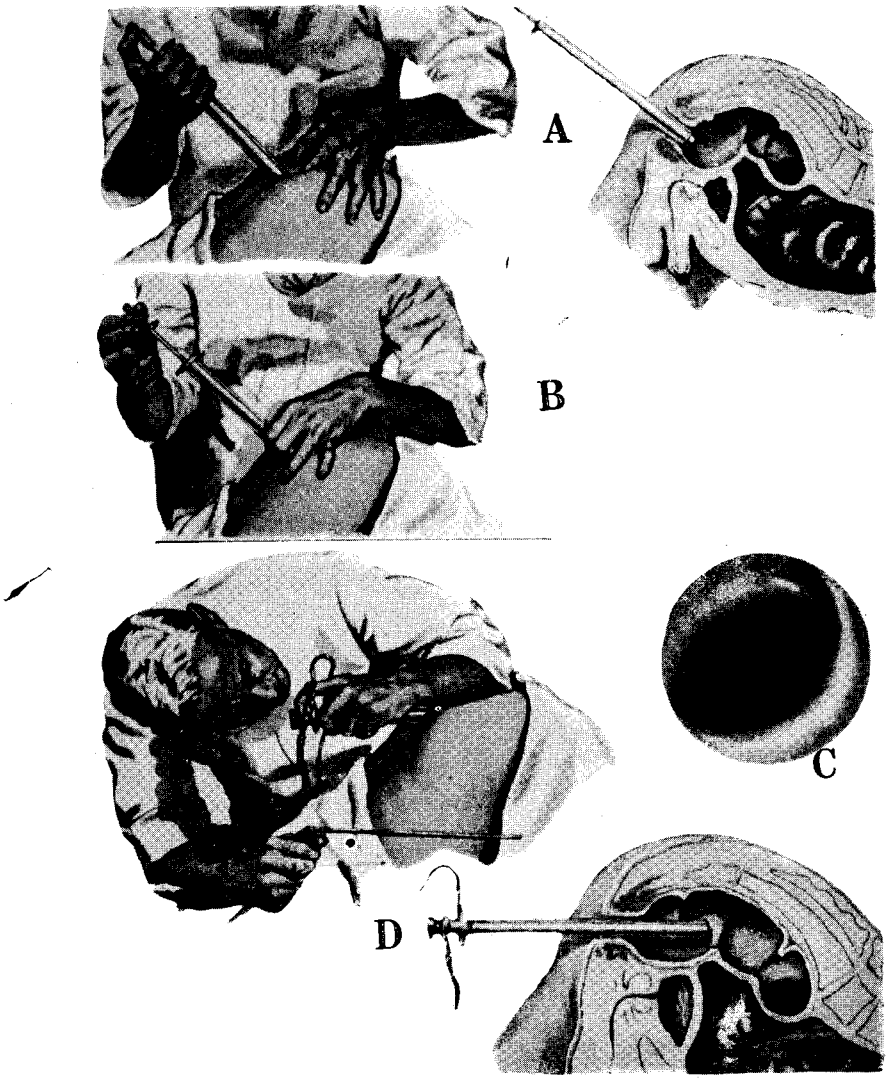
Finalmente la pared posterior es palpada.

abdomen en la posición deseada.

Más aún, con este contacto directo el instrumento - tenderá a seguir cualquier movimiento inesperado hecho por el paciente. Por otro lado si el instrumento fuera manejado con mano libre, cualquier movimiento inesperado del paciente po-- dría resultar en una rotura del intestino. Aún con la mano - guía colocada en la forma descrita, uno debe estar listo para dejar libre el instrumento instantáneamente si el paciente ha ce un movimiento inesperado. Ya que el recto se curva hacia atrás en un ángulo de 90 grados, tan pronto como el instrumen to ha pasado los esfínteres anales es dirigido hacia el sacro. (Placa 3). Ahora es avanzado despacio buscando lesiones, -- siendo su curso alterado como sea necesario para seguir el lú men hasta unos 12 ó 15 cms. arriba de la línea dentada.

Arriba de 12 ó 15 cms. el instrumento debe ser dirigido más en el eje vertical del abdomen, para pasar el promontorio del sacro y entrar al cólon sigmoide (Placa 4). Esto - es identificado por el cambio de la membrana mocosa suave del recto a la concéntrica transversa característica del cólon -- rectosigmoide, ésto casi siempre produce calambres el relajamiento puede ser obtenido si el Médico dice "Ahora va a sen-- tir pequeños calambres en su bajo vientre pero no durarán mucho".

A este punto, sinó antes uno tendrá la impresión -- que ha llegado al final del cólon puede haberse estirado ade



DIBUJO No. 4

A. El sigmoidoscopio con el obturador son sostenidos en su lugar por la mano derecha y es incertado en el ano dirijido hacia el ombligo del paciente.

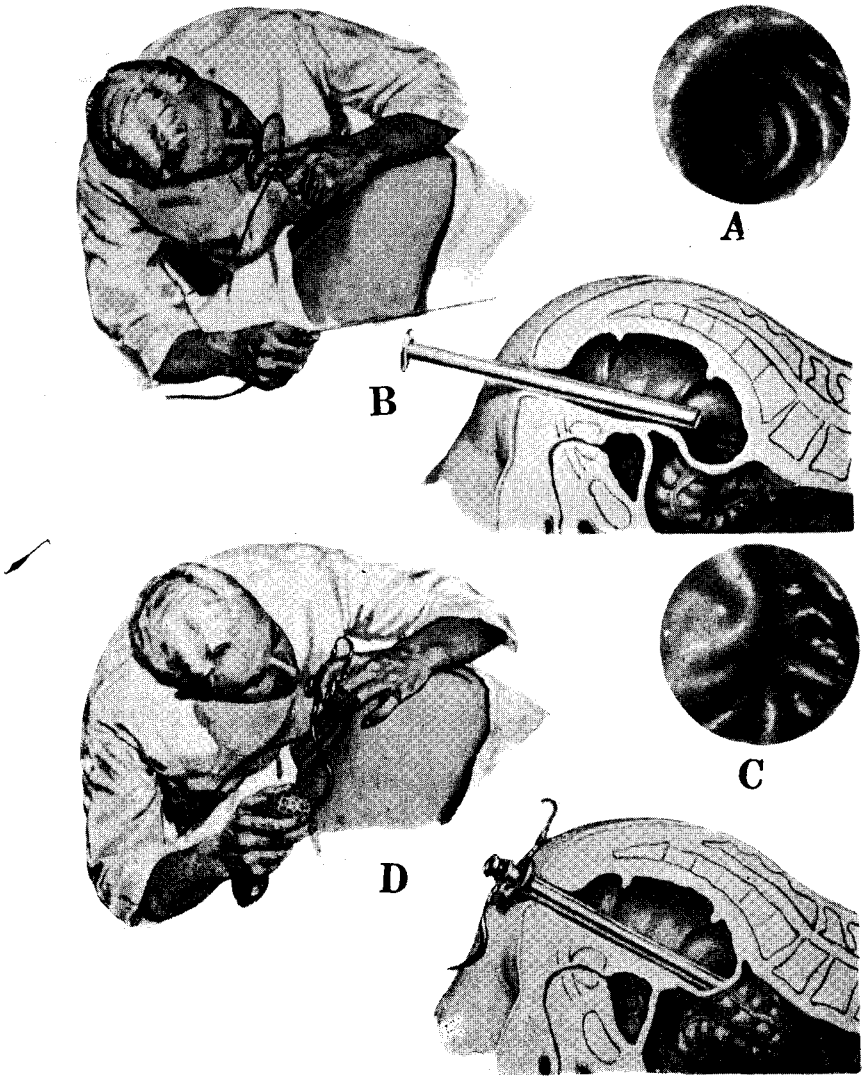
B. Tan pronto como los esfínteres han sido pasados, el obturador es remobido con la mano derecha, el sigmoidoscopio sostenido por la izquierda; se continúa introduciendo bajo visiòn directa.

C. Válvulas media y superior de Houston.

D. Bajo visiòn directa, el aparato es ahora dirijido hacia el sacro y avanza despacio, su curso es alterado como sea necesario para seguir el lúmen.

lante del instrumento, dando la falsa impresión de que el exa
men está completo, cuando una larga porción está todavía sin
ser vista el sigmoide estará todavía sin ser observado. Como
regla general, se ha dicho que cuando son encontradas dificul
tades el lúmen será encontrado atrás del doblez más prominen-
te que está delante.

En cualquier caso, si el instrumento es sacado unos
2 ó 3 cms. y la punta movida lateralmente o traída lateralmen
te, la curva perdida puede salir a la vista. Ocasionalmente
uno puede mover un doblez molesto con una suave tracción con
la punta de succión, que aúnque primeramente usada para aspi-
ración de contenidos es también una ayuda importante en divi-
sar el lúmen. Como último recurso un poco de aire puede ser
usado para abrir el paso. Mientras uno ha estado alerta por
la presencia de lesiones patológicas en el camino de entrada,
más atención ha sido dirigida a encontrar el lúmen intestinal.
Sin embargo, durante la sacada gradual del aparato, la aten-
ción puede ser concentrada en la mucosa y la posibilidad de -
cambios patológicos. Es aquí donde un poco de aire para ex--
tender suavemente las paredes e irrigación y aspiración (pa-
ra limpiar de moco y detritus) son más necesarios. Un punto
que no debe ser pasado por alto es el factor que la presión -
negativa en la punta de succión puede halar la mucosa en con-
tacto produciendo edema o pequeños pólipos, que no desapare--
cen rápidamente. Esto, los sin experiencia reportan como pe-
queños adenomas.



BUJO No. 5

Unión rectosigmoide.

Sigmoidoscopio en la unión rectosigmoide. ahora casi en el eje del cuerpo, el tubo de succión en la mano derecha del médico.

Cólon Sigmoide (Un gran doblez mucoso obstruyendo el lúmen).

Sigmoidoscopio en el Cólon sigmoide; tubo dirijido a la izquierda. El doblez mucoso obstructor puede ser pasado elevandolos con la punta del scope o succionando, o por medio de suave enflaciòn.

ONDUCTA POST EXAMEN:

El paciente siendo regresado a la posición original e rodillas debe ser retenido en esta posición por unos momen os hasta que su calma regrese y su hipotensión orthostática nducida sea corregida. Este tiempo no debe ser perdido. Me- or que dejar al paciente sólo con sus pensamientos y miedo, ste espacio puede ser ocupado con una discusión de las condi iones encontradas y recomendaciones para acciones futuras.

Ya que la mayor preocupación del paciente es usual- ente, la posibilidad de malignidad, su mente debe ser primero inmediatamente liberada de estos temores si es posible ha-- erlo. Después durante el período de discusión, el médico de e asegurarse que el paciente entiende completamente el pro-- blema y está completamente satisfecho con el diagnóstico y - curso del tratamiento a seguir (5) (1).

NUEVA FORMULA PARA SIMPLIFICAR LA POSICION PROCTOLOGICA:

La sigmoidoscopía sería hecha más frecuéntemente y más confortable si el problema de hacer que el paciente asuma y mantenga la debida posición fuera simplificada. La mejor - posición para un examen proctológico es la llamada "Jack-Kni- fe" que es obtenida mediante una mesa especial que se quiebra en el ángulo deseado, sin embargo, estas mesas son relativa-- mente caras y no están al alcance de todos los médicos ya sea en sus clínicas o en los hospitales. Como resultado la sig-- moidoscopía es casi siempre hecha en la usual mesa recta de -

examen; con el paciente en sus rodillas y codos. Esta posi-- ción es fea y embarazosa para la mayoría de los pacientes especialmente para los obesos, los viejos y lisiados.

Un aparato para simplificar la posición proctológica ha sido diseñado por KRON y usado con éxito por más o menos - un año. Básicamente el aparato es una unidad portátil debidamente acolchada, que cuando, colocada en cualquier superficie recta dá el ángulo propio para un examen proctológico. Simplemente acostándose a lo largo de esta unidad, el paciente - cae en la posición deseada y se mantiene confortable durante el procedimiento, el aparato se dobla para guardarlo fácilmente, ha sido encontrado útil no sólamente en mesas regulares - de examinar en clínicas y hospitales sino también en camas de pacientes (6)

CAPITULO VI

PRESENTACION DE CASOS

Como se expresó anteriormente, los pacientes presentados en este trabajo ingresaron al Hospital General y se obtuvieron 145 por consulta a la 4a. Cirugía de Mujeres por otros servicios de dicho Hospital y 100 pacientes tomados al azar de los siguientes servicios: 2a. Medicina de Mujeres -- Sección "A", 2a. Medicina de Mujeres Sección "B", 3a. Medicina de Mujeres, 4a. Cirugía de Mujeres y Consulta Externa de Proctología. Como es natural el mayor porcentaje de pacientes pertenece al sexo femenino.

Para una mejor comprensión de la exposición de los casos dividiré este capítulo de la siguiente manera:

Se efectuaron 300 exámenes de los cuales 55 ó sea el 18.3% no se presentan debido a que el examen proctosigmoidoscópico por razones ya mencionadas no se hizo.

CIENTO CUARENTA Y CINCO CASOS VISTOS EN CONSULTA POR ANTECEDENTES ANO-RECTALES:

1.- Sexo de los Pacientes:

Femenino :	142 casos	igual	97.94%
Masculino:	3 "	"	2.06%

2.- Edad de los Pacientes:

De	1	a	9	años	1 caso	igual	0.67%
De	10	a	19	años	8 casos	"	5.50%
De	20	a	29	años	18 casos	"	12.41%
De	30	a	39	años	31 casos	"	21.36%
De	40	a	49	años	42 casos	"	28.91%
De	50	a	59	años	15 casos	"	10.34%
De	60	en	adelante		30 casos	"	20.68%.

Según estos datos la mayor incidencia se encuentra a partir de la quinta década (40 años en adelante), el número de casos disminuye progresivamente de la cuarta década hacia abajo.

3.- Lugar de Residencia:

De esta capital	95	=	65.5%
Fuera de esta capital	50	"	34.5%

Según el porcentaje obtenido en esta casuística, - los pacientes examinados que tienen el lugar de residencia en esta capital es doble, comparados con los que tienen el lugar de residencia fuera de esta capital.

4.- Ocupación de los Pacientes:

Oficios domésticos	128	casos	igual 87.77%
Oficinistas	2	"	" 1.36%
Costurera	5	"	" 3.44%
Estudiante	2	"	" 1.36%
Cultora de Belleza	2	"	" 1.36%
Jornalero	1	"	" 0.67%
Fábrica de tortillas	1	"	" 0.67%
Herrero	1	"	" 0.67%
Maestra	1	"	" 0.67%
Niño	1	"	" 0.67%

Es indudable que el mayor porcentaje pertenece a - oficios domésticos, en el 87.77%, y es explicable pues el -- 98.3% de los pacientes examinados fueron del sexo femenino.

De las costureras examinadas 3 fueron normales y -- las otras dos resultaron amebas y hemorroides externos y la - otra paciente colitis de orígen inespecífico; de las estudiantes 1 examen es normal y el otro presenta un pólipo rectal, - las cultoras de belleza en ambos casos se encontraron hemorroides internos y externos y papilitis; oficinistas se encontró hemorroides internos y externos y un examen normal; en los comerciantes hemorroides internos y externos; el jornalero se - le encontró tricocéfalos, uncinarias y hemorroides internos - sangrantes; el niño prolapso rectal, la maestra examen normal, la fabricante de tortillas sale normal y al herrero amebiasis;

os demás exámenes fueron hechos en pacientes cuyo oficio es omésticos y se presentan los diagnósticos más adelante.

.- Manifestaciones Clínicas:

Las manifestaciones clínicas referidas por los pa-- ientes vistos en consulta son diversas, algunos presentaron a solo y la mayor parte presentaron dos o más, por lo tanto l número de veces de cada manifestación clínica que se repor es la cantidad de pacientes en que se presentaron, y fue-- on :

Dolor abdominal	53 casos	igual al	37.31%
Constipación	48 "	"	33.30%
Tenesmo	40 "	"	27.58%
Diarrea	38 "	"	26.20%
Sangre pura	37 "	"	25.52%
Anorexia	30 "	"	20.68%
Dolor rectal	28 "	"	19.31%
Moco en heces	24 "	"	16.55%
Prurito rectal	21 "	"	14.44%
Náuseas y vómitos	18 "	"	12.41%
Pérdida de peso	20 "	"	13.86%
Ca. del cérvix	14 "	"	9.68%
Heces negruzcas	12 "	"	8.27%
Prolapso genital	12 "	"	8.27%
Prolapso rectal	10 "	"	6.88%

Sangre oculta en heces	7 casos	igual al	4.82%
Prolapso hemorroidal	6 "	"	4.13%
Tumoración abdominal	6 "	"	4.13%
Hematemesis	6 "	"	4.13%
Cefalea	6 "	"	4.13%
Debilidad y Astenia	5 "	"	3.44%
Secreción purulenta	4 "	"	2.75%
Fiebre	3 "	"	2.06%
Presencia de heces en vagina	2 "	"	1.36%
Papilomatosis	2 "	"	1.36%
Incontinencia urinaria	1 "	"	0.67%
Alcoholismo	1 "	"	0.67%
Tumefacción región sacra	1 "	"	0.67%
Distensión abdominal	1 "	"	0.67%

Según se aprecia, las cinco principales manifestaciones clínicas más comunes en nuestros pacientes en un examen proctosigmoidoscópico son: Dolor abdominal, Constipación intestinal, Tenesmo, diarrea y presencia de sangre en heces. En segundo plano de importancia encontramos anorexia, dolor rectal, presencia de moco en heces y pérdida de peso; las otras manifestaciones clínicas se presentan en un porcentaje menor de pacientes.

6.- Número de Diagnósticos encontrados en cada Paciente Examinado:

Examen proctosigmoidoscópico normal	= 27 casos	=	18.62%
Examen con un diagnóstico	= 56 "	=	38.60%
Exámenes con dos diagnósticos	= 39 "	=	20.68%
Exámenes con tres diagnósticos	= 20 "	=	13.86%
Exámenes con cuatro diagnósticos	= 3 "	=	2.06%

7.- Diagnósticos:

Como se explicó en el capítulo anterior, hubo exámenes completamente negativos, el mayor porcentaje con un diagnóstico, luego le siguieron sucesivamente con dos, tres y cuatro diagnósticos.

Los que se encontraron fueron:

Hemorroides internos	42 casos	igual al	28.91%
Hemorroides externos	40 "	"	27.58%
Amebiasis	21 "	"	14.44%
Ascaris	16 "	"	11.03%
Tricocéfalos	15 "	"	10.34%
Papilitis	14 "	"	9.68%
Uncinaria	13 "	"	8.91%
Colitis	12 "	"	8.27%
Lambliasis	6 "	"	4.13%
Pólipo rectal	6 "	"	4.13%

Criptitis	6	casos igual al	4.13%
Prolapso rectal	5	" "	3.44%
Fisura anal	4	" "	2.75%
Ulcera anal	3	" "	2.06%
Papilomas	2	" "	1.36%
Sangre oculta	2	" "	1.36%
Ca. del recto	2	" "	1.36%
Fístula rectal	2	" "	1.36%
Absceso rectal	1	" "	0.67%
Proctitis	1	" "	0.67%
Diverticulosis	1	" "	0.67%
Ulcera rectal benigna	1	" "	0.67%
Estrechez rectal	1	" "	0.67%
Enfermedad pilomidal	1	" "	0.67%
Tumoración sacra benigna	1	" "	0.67%
Colostomía de Sigmoide previa	1	" "	0.67%

Según los datos obtenidos en este rubro, observamos que los diagnósticos más comunes en los pacientes examinados son: Hemorroides externos y hemorroides internos, seguidos de colitis, producidas por amebas o lamblias y en segundo término papilitis, criptitis y prolapso rectal; luego úlcera anal, fisura anal y pólipo rectal; y por último molestias poco frecuentes pero si se hiciera el examen proctosigmoidoscópico se encontrarían con mayor frecuencia como: Cáncer del recto, diverticulosis, etc.

También observamos en este rubro los diagnósticos - de amebiasis, lambliasis diagnosticados por un examen de he-- ces en fresco el cual se hizo únicamente cuando había un previo diagnóstico de colitis.

Además tenemos diagnósticos de parásitos intestinales como áscaris, tricocéfalos y uncinaria, los cuales se obtuvieron, algunos en los exámenes de heces en fresco y otros de los exámenes rutinarios de heces (4).

1.- Sexo de los Pacientes:

Femenino:	97	casos igual	97%
Masculino:	3	casos igual	3%

Como se explicó al inicio de este capítulo los exámenes proctosigmoidoscópicos fueron hechos en servicios de Medicina y Cirugía de Mujeres y en Consulta Externa de Proctología del Hospital General de Guatemala, por lo que se explica tan alto porcentaje del sexo femenino y el mínimo del sexo -- masculino.

2.- Edad de los Pacientes:

De 13 a 20 años	5	casos	igual		5%
De 21 a 30 años	14	"	"		14%
De 31 a 40 años	29	"	"		29%
De 41 a 50 años	18	"	"		18%
De 51 a 60 años	26	"	"		26%
De 61 años en adelante	8	casos	"		8%

Según los datos de esta casuística, el paciente de menor edad que presentamos es de 13 años y no se encuentran - en estos datos pacientes de menos edad, debido a que los exámenes no se practicaron en pacientes de servicios de pediatría.

Observamos que los mayores porcentajes de pacientes están en la cuarta, quinta y sexta década de la vida, y disminuye notablemente en las décadas superiores e inferiores.

.- Lugar de Residencia:

De esta capital	78	pacientes igual	78%
Fuera de esta capital	22	pacientes igual	22%

En este rubro los porcentajes obtenidos son similares a los anteriormente descritos.

.- Ocupación de los Pacientes:

Oficios domésticos	94	pacientes igual	94%
Costureras	1	" "	1%
Oficinistas	2	" "	2%
Maestra	1	" "	1%
Sastre	1	" "	1%
Agricultor	1	" "	1%

Respecto a la ocupación de cada paciente en esta casuística, igual a la anteriormente presentada el porcentaje - mayor corresponde a oficios domésticos; y es debido a que el sexo femenino, en este trabajo, le corresponde el 98% de los

pacientes estudiados. Respecto a las demás ocupaciones el -- porcentaje es mínimo.

5.- Manifestaciones Clínicas:

Estos pacientes fueron tomados al azar, sin sintomatología determinada, única y exclusivamente para diagnosticar hallazgos proctosigmoidoscópicos, por lo cual no se enumeran síntomas clínicos.

6.- Número de Diagnósticos Encontrados en cada Paciente Examinado:

Exámenes proctosigmoidoscópicos normales	17	casos =	17%
Exámenes con un solo diagnóstico	22	" =	22%
Exámenes con dos diagnósticos	29	" =	29%
Exámenes con tres diagnósticos	20	" =	20%
Exámenes con cuatro diagnósticos	12	" =	12%

Haciendo comparación con los porcentajes encontrados en los pacientes anteriormente presentados, los exámenes encontrados normales dan casi igual porcentaje, sin embargo, en los primeros los exámenes con un diagnóstico son mayoritarios y en esta presentación tienen mayoría los exámenes con dos diagnósticos; además los exámenes con cuatro diagnósticos en los primeros se encontró el 2.06% y en éstos el 12%.

.- Tipo de Diagnóstico:

En los 100 pacientes que presentamos en este capítu
o, se hizo como rutina en el examen proctosigmoidoscópico -
xamen de heces en fresco, examen corriente de heces y además
ultivo de heces y los diagnósticos encontrados fueron:

Hemorroides externos	50	casos igual al	50%
Hemorroides internos	42	" "	42%
Papilas hipertróficas	9	" "	9%
Colitis de etiologías indeterminadas	7	" "	7%
Criptitis	6	" "	6%
Prolapso rectal	2	" "	2%
Papilomatosis en región anal	2	" "	2%
Fisura anal	2	" "	2%
Pólipo rectal	1	" "	1%

En los exámenes de laboratorio complementarios se -
ncontró:

Amebiasis	15	casos igual al	15%
Giardia lamblia	9	" "	9%
Tricomonas	3	" "	3%
Tricocéfalos	16	" "	16%
Ascaris	12	" "	12%
Uncinaria	6	" "	6%
Escherichia intermedium	5	" "	5%

Escherichia coli	5 casos	igual al	5%
Escherichia freudi	3 "	"	3%
Proteus vulgaris	1 "	"	1%

Según los datos obtenidos observamos nuevamente que los hallazgos más frecuentes son Hemorroides externos y hemorroides internos y en segundo término papilitis, criptitis y colitis de etiología no determinada y entre los hallazgos de laboratorio más frecuentes amebas y tricocéfalos. Y por último las molestias poco frecuentes procidencia rectal, pólipo rectal y fisura anal y en laboratorio escherichia intermedium, coli y freudi (4).

CAPITULO VII

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

1a.- De los 300 exámenes practicados para este estudio se encontró dificultad para efectuar la proctosigmoidoscopía en 55 pacientes ó sea el 18.3%, lo que está de acuerdo con estadísticas reveladas por otras Clínicas y debe aceptarse así, porque obstinarse en hacer un examen completo en todos los casos puede conducir a lesiones del año y recto.

2a.- De todos los exámenes practicados 245 se pudieron hacer completamente; de éstos únicamente el 17% no reveló patología en el área examinada.

3a.- Según los resultados de este trabajo, de los exámenes positivos sólo el 22% tienen un hallazgo patológico, los demás tienen dos o más hallazgos positivos.

4a.- En relación a la edad de nuestros pacientes, la mayoría estaba comprendida en la cuarta y quinta década de la vida.

5a.- Las cinco manifestaciones clínicas más comunes que motivaron un examen proctosigmoidoscópico fueron dolor abdominal, constipación intestinal, tenesmo y presencia de

sangre en heces.

9a.- Las lesiones más comunes encontradas en los exámenes - fueron: Hemorroides internos, hemorroides externos, - papilitis, criptitis y colitis de etiología variada, - sin embargo, se encontraron 28 diagnósticos diferentes.

8a.- En los exámenes complementarios se encontró amebiasis en un 15% de los casos, lo cual es un índice bajo si - lo comparamos con lo reportado en otros estudios.

7a.- Además se encontró Giardia, leamblia en un 9% y tricomonas en un 3% igual que el párrafo anterior de índice comparativo bajo.

6a.- En los exámenes de heces se encontró en los 100 pacientes escogidos al azar, tricocéfalos en un 16%, áscaris en un 12% y uncinaria en un 6%; siendo estos hallazgos menores de lo que realmente se encuentra en la población guatemalteca, especialmente la población rural.

10a.- La técnica proctosigmoidoscópica es de fácil manejo, - toma para hacerse muy poco tiempo, por lo consiguiente no hay razón para que no sea practicada por todo médico al hacer un estudio completo de sus pacientes.

11a.- La proctosigmoidoscopía redundará en beneficio de los enfermos que puedan tener tratamiento médico de sus - problemas, evitar llegar a la cirugía o más aún, diag-

nosticar lesiones malignas; con lo cual haríamos profilaxis del cáncer del cólon sigmoide y recto.

2a.- No se puede dar un diagnóstico de enfermedad ano-rectal, sin examen Proctosigmoidoscópico adecuado, ya que los síntomas de estas enfermedades son similares.

3a.- El examen Proctosigmoidoscópico debe estar incluído en un examen clínico completo.

- - - - - - - - -

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFIA

1.- CATTEL, Richard B., McKENZIE, Douglas H., COLCOCK, Bentley P. Cáncer of Colon and Rectum. The Surgical Clinics of North America. 35 (3): 825. Junio -- 1,955.

2.- GABRIEL, William B. The principles and practice of Rectal Surgery. 5th ed. Sprinfield. Ill., Charles C. Thomas. 1,963. pp. 37-59.

3.- GOLIGHER. Surgery of the Anus Rectum and Colon. Sprinfield. Charles C. Thomas. Ill., 1,961. pp. 49-73.

4.- GUATEMALA. Hospital General. Archivos del Hospital; - 1,962-66.-

5.- HOPIN, Richard A. Common disorders of Ano, Recto y Sigmoide. Revista CIBA; 16 (4): 103-112. Oct. Nov. Dic. 1,964.

6.- KROM, Samuel D. A New Device to Simplify Proctologic - Positioning. American Journal of Proctology. 14, (2): 97-99. Abril 1,963.

7.- McPHERSON. Colin. Preparation of the patient for Colon Surgery. American Journal of Proctology. 14 (3): 188-191. Junio 1,963.

8.- Suinton, Neil W. Sigmoidoscopic Examinations; The Surgical Clinics of North America. pp. 833-845. Junio 1,955.