

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
EN GUATEMALA

(Estudio retrospectivo, durante los años
comprendidos de 1969 a 1978)

TESIS:

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

Por:

AURA ELENA DE PAZ FLORES

en el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
 - a. Antecedentes
 - b. Objetivos
2. MATERIAL Y METODOS
3. RESULTADOS
4. COMENTARIO
5. CONCLUSIONES
6. RECOMENDACIONES
7. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo es una revisión estadística retrospectiva, realizada en el Departamento de Patología del Hospital General San E. Dios, los años comprendidos de 1969 a 1978.

Se revisaron un total de 4,967 papeletas. El objetivo del presente trabajo, es dar a conocer la frecuencia con la que se presentan diversas enfermedades del Colon, Ano y Recto en nuestro medio. Como también estimular al estudiante de Medicina y al médico general, para la elaboración de trabajos de investigación.

En lo que a Patología de intestino grueso se refiere se efectuó una revisión de literatura y de tesis de graduación de Médicos y Cirujanos, pero que no se ha hecho ninguna investigación sobre la Patología del Ano y Recto en forma global anteriormente a ésta.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se utilizó el archivo del Departamento de Patología del Hospital General San Juan de Dios. Además se contó con la colaboración del Jefe del Departamento, así como la secretaria y el personal que labora en dicho hospital, colaboraron también la secretaria y miembros del personal de la Clínica — Hospital, Centro Proctológico — Unidad de Proctología de Guatemala Dr. Eduardo García Escobar.

Se archivaron datos como: Edad, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico patológico y localización.

Además se efectuó una revisión de tesis de graduación de Médicos y Cirujanos, así como también literatura extranjera.

En cuanto a metodología empleada, éste es un estudio retrospectivo, en el cual las formas metodológicas son el análisis y la comparación.

CUADRO NUMERO 1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
DISTRIBUCION POR REGION ANATOMICA

| | M | F | Total | o/o |
|-----------------------|-------|-------|-------|--------|
| Apéndices Normales | 231 | 1.614 | 1.845 | 37.14 |
| Apéndices Patológicos | 1.009 | 870 | 1.879 | 37.83 |
| Colon | 100 | 56 | 156 | 3.15 |
| Ano y Recto | 566 | 521 | 1.087 | 21.88 |
| Total | 1.906 | 3.601 | 4.967 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
DISTRIBUCION POR REGION ANATOMICA

| | M | F | Total | o/o |
|-----------------------|-------|-------|-------|--------|
| Apéndices Patológicos | 1.009 | 870 | 1.879 | 60.19 |
| Colon | 100 | 56 | 156 | 5.00 |
| Ano y Recto | 566 | 521 | 1.087 | 34.81 |
| Total | 1.675 | 1.447 | 3.122 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 3
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
PATOLOGIA DEL APENDICE

| | M | F | Total | o/o |
|----------------------------|-------|-----|-------|--------|
| 3.1 Lesiones Inflamatorias | 987 | 833 | 1.820 | 96.87 |
| 3.2 Neoplasias | 3 | 7 | 10 | 0.53 |
| 3.3 Varios | 18 | 26 | 49 | 2.61 |
| Total | 1.008 | 866 | 1.879 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 3.1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
APENDICE ILEOCECAL
LESIONES INFLAMATORIAS

| | M | F | Total | o/o |
|--------------------------------|-----|-----|-------|--------|
| Apendicitis Aguda | 940 | 625 | 1.565 | 85.99 |
| Obliteración Fibrosa del Lúmen | 17 | 148 | 165 | 9.06 |
| Apendicitis Sub-Aguda | 13 | 27 | 40 | 2.20 |
| Peri-Apendicitis | 17 | 33 | 50 | 2.75 |
| Total | 987 | 833 | 1.820 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 3.2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
APENDICE ILEOCECAL
NEOPLASIAS

| | M | F | Total | o/o |
|----------------------|---|---|-------|-----|
| Adenocarcinoma | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Cisto-Adenocarcinoma | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Teratocarcinoma | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Carcinoide | 2 | 3 | 5 | 50 |
| Fibroma | 0 | 1 | 1 | 10 |
| Leiomioblastoma | 1 | 0 | 1 | 10 |
| Total | 3 | 7 | 10 | 100 |

CUADRO NUMERO 3.3
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
APENDICE ILEOCECAL
VARIOS

| | M | F | Total | o/o |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Plastron | 11 | 9 | 20 | 40.82 |
| Microsis Grasa | 1 | 2 | 3 | 6.12 |
| Tejidos de Granulación | 0 | 1 | 1 | 2.04 |
| Granuloma Eosinófilo | 1 | 1 | 2 | 4.08 |
| Hiperplasia Linfoide | 4 | 2 | 6 | 12.24 |
| Reacción Tuberculoide | 0 | 5 | 5 | 10.21 |
| Endometriosis | 0 | 1 | 1 | 2.04 |
| Absceso | 0 | 2 | 2 | 4.08 |
| Parasitismo | 1 | 4 | 5 | 10.21 |
| Mucocele | 1 | 0 | 1 | 2.04 |
| Fecalito | 1 | 0 | 1 | 2.04 |
| Atrofia | 0 | 2 | 2 | 4.08 |
| Total | 20 | 29 | 49 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4
PATOLOGIA DEL COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
PATOLOGIA DE COLON

| | M | F | Total | o/o |
|-----------------------------|------------|-----------|------------|---------------|
| 4.1 Lesiones Inflamatorias | 20 | 10 | 30 | 18.63 |
| 4.2 Lesiones Tumorales | | | | |
| Benignas | 7 | 7 | 14 | 8.70 |
| 4.3 Lesiones Tumorales | | | | |
| Malignas | 17 | 21 | 38 | 23.60 |
| 4.4 Enfermedades Congénitas | | | | |
| se incluye Ano y Recto | 28 | 9 | 37 | 22.98 |
| 4.5 Varios | 32 | 10 | 42 | 26.09 |
| Total | 104 | 57 | 161 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4.1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
COLON
LESIONES INFLAMATORIAS

| | M | F | Total | o/o |
|--|----|----|-------|--------|
| Amebiasis | 12 | 3 | 15 | 50.00 |
| Tuberculosis | 0 | 2 | 2 | 6.67 |
| Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática | 2 | 1 | 3 | 10.00 |
| Colitis no Específica | 5 | 3 | 8 | 26.67 |
| Colitis Isquémica | 1 | 0 | 1 | 3.33 |
| Megacolon Tóxico Amebiano | 0 | 1 | 1 | 3.33 |
| Total | 20 | 10 | 30 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4.2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
COLON
LESIONES TUMORALES BENIGNAS

| | M | F | Totales | o/o |
|-----------------------------|---|---|---------|--------|
| A. Epiteliales | M | F | Total | o/o |
| Pólipos Inflamatorios | 1 | 3 | 4 | 28.58 |
| Pólipos Adenomatosos | 4 | 0 | 4 | 28.58 |
| Poliposis Múltiple familiar | 0 | 2 | 2 | 14.28 |
| B. Mesenquimáticas | | | | |
| Leiomioma | 0 | 1 | 1 | 7.14 |
| Leiomioblastoma | 1 | 0 | 1 | 7.14 |
| Granuloma Eosinófilo | 0 | 1 | 1 | 7.14 |
| Hemangioma Cavernoso | 1 | 0 | 1 | 7.14 |
| Total | 7 | 7 | 14 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4.3
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
COLON
LESIONES TUMORALES MALIGNAS EXCLUYENDO
RECTO SIGMOIDE

| Epiteliales | M | F | Total | o/o |
|---|----|----|-------|--------|
| Adenocarcinoma | 8 | 12 | 20 | 52.63 |
| Adenocarcinoma Mucinoso Estadio "C" | 2 | 1 | 3 | 7.89 |
| Adenocarcinoma Estadio "B" | 2 | 3 | 5 | 13.16 |
| Adenocarcinoma Estadio "C" | 2 | 2 | 4 | 10.53 |
| Adenocarcinoma originado en Adenomavelloso | 1 | 0 | 1 | 2.63 |
| Adenocarcinoma Indiferenciado | 0 | 1 | 1 | 2.63 |
| Carcinoide | 1 | 1 | 2 | 5.27 |
| Masenquimatosas | | | | |
| Reticulosarcoma | 0 | 1 | 1 | 2.63 |
| Fibrosarcoma | 1 | 0 | 1 | 2.63 |
| Total | 17 | 21 | 38 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4.4
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
COLON, RECTO Y ANO
ENFERMEDADES CONGENITAS

| | M | F | Total | o/o |
|--|----|---|-------|--------|
| Agangliosis (Enfermedad de Hirschprung) | 25 | 7 | 32 | 86.49 |
| Ano Imperforado | 3 | 2 | 5 | 13.51 |
| Total | 28 | 9 | 37 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 4.5
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS

COLON
VARIOS

| | M | F | Total | o/o |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Trauma | 23 | 3 | 26 | 61.90 |
| Intususpección Ileocólica | 2 | 0 | 2 | 4.76 |
| Diverticulosis | 1 | 1 | 2 | 4.76 |
| Volvulus | 5 | 6 | 11 | 26.19 |
| Úlcera en Ciego | 1 | 0 | 1 | 2.39 |
| Total | 32 | 10 | 42 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 5
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
PATOLOGIA DEL RECTO

| | M | F | Total | o/o |
|---------------------------------|------------|------------|------------|---------------|
| 5.1 Lesiones Tumorales Benignas | 150 | 113 | 263 | 63.68 |
| 5.2 Lesiones Tumorales Malignas | 29 | 42 | 71 | 17.19 |
| 5.3 Varios | 30 | 49 | 79 | 19.13 |
| Total | 209 | 204 | 413 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 5.1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
RECTO
LESIONES TUMORALES BENIGNAS

| Epiteliales | M | F | Total | o/o |
|--|------------|------------|------------|---------------|
| Pólipos Inflamatorios | 131 | 96 | 227 | 86.31 |
| Pólipos Adenomatosos | 10 | 11 | 21 | 7.99 |
| Adenomas Velloso | 8 | 3 | 11 | 4.18 |
| Pólipo Fibroso | 0 | 1 | 1 | 0.38 |
| Pólipo Hamartomatoso (Peutz Jehers) | 1 | 0 | 1 | 0.38 |
| Hemangioma Cavernoso | 0 | 2 | 2 | 0.76 |
| Total | 150 | 113 | 263 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 5.2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
RECTO
LESIONES TUMORALES MALIGNAS

| A. Epiteliales | M | F | Total | o/o |
|---|-----------|-----------|-----------|---------------|
| Adenocarcinoma (Biopsia únicamente) | 16 | 15 | 31 | 43.66 |
| Adenocarcinoma Mucinoso Estadio "C" | 0 | 3 | 3 | 4.23 |
| Adenocarcinoma bien diferenciado | 1 | 0 | 1 | 1.41 |
| Adenocarcinoma Indiferenciado | 1 | 4 | 5 | 7.04 |
| Adenocarcinoma Estadio "B" | 1 | 5 | 6 | 8.45 |
| Adenocarcinoma Estadio "C" | 1 | 3 | 4 | 5.63 |
| Adenocarcinoma originado en un Adenoma Velloso | 4 | 6 | 10 | 14.08 |
| Carcinoma Cloacogénico o Basaloide | 5 | 5 | 8 | 11.27 |
| B. Otros | | | | |
| Melanocarcinoma | 2 | 0 | 2 | 2.82 |
| Linfosarcoma | 0 | 1 | 1 | 1.41 |
| Total | 29 | 42 | 71 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 5.3
 PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
 ESTUDIO DE 4.967 CASOS
 RECTO
 VARIOS

| | M | F | Total | o/o |
|----------------------|----|----|-------|--------|
| Hiperplasia | | | | |
| Pseudoepiteliomatosa | 1 | 0 | 1 | 1.26 |
| Proctitis | 1 | 4 | 5 | 6.34 |
| Prolapso | 21 | 44 | 65 | 82.29 |
| Estrechés rectal | 5 | 1 | 6 | 7.59 |
| Pectenosis | 1 | 0 | 1 | 1.26 |
| Verruga Vulgar | 1 | 0 | 1 | 1.26 |
| Total | 30 | 49 | 79 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 6
 PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
 ESTUDIO DE 4.967 CASOS
 PATOLOGIA DE ANO Y RECTO

| | M | F | Total | o/o |
|--|-----|-----|-------|--------|
| 6.1 Lesiones Inflamatorias | 9 | 3 | 12 | 2.03 |
| 6.2 Enfermedades Venéreas | 28 | 23 | 51 | 8.64 |
| 6.3 Enfermedades Pre-Neoplásicas (displasia severa) | 1 | 1 | 2 | 0.34 |
| 6.4 Patología más frecuente | 280 | 245 | 525 | 88.99 |
| Total | 318 | 272 | 590 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 6.1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
ANO Y RECTO
LESIONES INFLAMATORIAS ESPECIFICAS

| | M | F | Total | o/o |
|--------------------------------|---|---|-------|--------|
| Tuberculosis rectal | 1 | 1 | 2 | 16.66 |
| Tuberculosis Perianal | 1 | 0 | 1 | 8.34 |
| Reacción Tuberculoide Perianal | 1 | 0 | 1 | 8.34 |
| Amebiasis | 6 | 2 | 8 | 66.66 |
| Total | 9 | 3 | 12 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 6.2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
ANO Y RECTO
ENFERMEDADES VENEREAS

| | M | F | Total | o/o |
|------------------------|----|----|-------|--------|
| Condiloma Acuminado | 26 | 22 | 48 | 94.12 |
| Linfogranuloma Venéreo | 2 | 1 | 3 | 5.88 |
| Total | 28 | 23 | 51 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 6.3
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
ANO Y RECTO
ENFERMEDADES PRENEOPLASICAS
(displasia severa)

| | M | F | Total | o/o |
|-------|---|---|-------|--------|
| Ano | 0 | 1 | 1 | 50.00 |
| Recto | 1 | 0 | 1 | 50.00 |
| Total | 1 | 1 | 2 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 6.4
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
ANO Y RECTO
PATOLOGIA MAS FRECUENTE

| | M | F | Total | o/o |
|-------------|-----|-----|-------|--------|
| Hemorroides | 214 | 211 | 425 | 80.95 |
| Fístula | 57 | 24 | 81 | 15.43 |
| Fisuras | 9 | 10 | 19 | 3.62 |
| Total | 280 | 245 | 525 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 7
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
LESIONES TUMORALES DEL ANO Y REGION SACRA

| | M | F | Total | o/o |
|--|----|----|-------|--------|
| 7.1 Lesiones Tumorales Benignas | 3 | 4 | 7 | 8.86 |
| 7.2 Lesiones Tumorales Malignas | 8 | 3 | 11 | 13.82 |
| 7.3 Región Sacra | 22 | 39 | 61 | 77.22 |
| Total | 33 | 46 | 79 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 7.1
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
AÑO
LESIONES TUMORALES BENIGNAS

| | M | F | Total | o/o |
|------------------|---|---|-------|--------|
| Fibroma Perianal | 0 | 2 | 2 | 28.57 |
| Lipoma Perianal | 1 | 0 | 1 | 14.29 |
| Espiro Adenoma | 0 | 1 | 1 | 14.29 |
| Nevo | 2 | 1 | 3 | 42.85 |
| Total | 3 | 4 | 7 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 7.2
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
A N O
LESIONES TUMORALES MALIGNAS

| | M | F | Total | o/o |
|--|---|---|-------|--------|
| Adenocarcinoma | 1 | 0 | 1 | 9.09 |
| Adenocarcinoma Mucinoso Estadio "C" | 2 | 0 | 2 | 18.19 |
| Carcinoma Cloacogénico o Basaloide | 5 | 3 | 8 | 72.72 |
| Total | 8 | 3 | 11 | 100.00 |

CUADRO NUMERO 7.3
PATOLOGIA DE COLON, ANO Y RECTO
ESTUDIO DE 4.967 CASOS
REGION SACRA

| | M | F | Total | o/o |
|--------------------|----|----|-------|--------|
| Quiste Pilonidal | 16 | 32 | 48 | 78.69 |
| Quiste Epidermoide | 3 | 3 | 6 | 9.84 |
| Lipoma | 1 | 2 | 3 | 4.92 |
| Cáncer: | | | | |
| Teratoma | 1 | 0 | 1 | 1.64 |
| Teratocarcinoma | 0 | 1 | 1 | 1.64 |
| Células Escamosas | 1 | 1 | 2 | 3.27 |
| Total | 22 | 39 | 61 | 100.00 |

En nuestro medio se analizaron diversos tipos de Patología, utilizando únicamente los diagnósticos patológicos para clasificarlos.

En el cuadro No. 1 podemos observar la distribución de casos estudiados de acuerdo a sexo y regiones anatómicas, notando que el mayor porcentaje de casos corresponde al apéndice.

El cuadro No. 2 también nos demuestra la predominancia de la patología apendicular sobre el resto (se incluye solamente apéndices patológicas).

El cuadro No. 3 nos demuestra que la patología predominante del apéndice es la que corresponde a procesos inflamatorios, con un 96.87 o/o. Un segundo lugar lo ocupa el grupo que denominamos varios.

En el cuadro No. 3.1 observamos que la patología más frecuente la ocupa la apendicitis aguda con un 85.99 o/o. En segundo lugar tenemos el grupo denominado obliteración fibrosa del Lúmen con un 9.06 o/o como resultado de inflamación previa.

El adenocarcinoma del apéndice es una entidad maligna muy rara, según Collins(8) ocupa el 6 o/o de los tumores malignos de ese órgano. Hay tres tipos de cáncer en el apéndice:

- 1) Carcinoide
- 2) Mucocoele Maligno
- 3) Adenocarcinoma de tipo colónico.

El carcinoide es el tipo más común de carcinoma primario, constituyendo el 90 o/o de los tumores y el 0.1 o/o de la patología apendicular expuesta en nuestro estudio, dato que coincide con lo reportado por B. Morson(6). Véase cuadro No. 3.2.

El Mucocoele ocurre principalmente en la mitad de la vida, con igual frecuencia en hombres y mujeres. Se caracteriza porque forma un quiste, conteniendo una gelatina Mucínica que puede infectarse, produciendo secundariamente un empiema.

En el cuadro No. 3.3 podemos observar que la patología predominante es el Plastron Apendicular con un 40.82 o/o. En segundo lugar tenemos a la Hiperplasia Linfóide con un 12.24 o/o. En el caso particular de Granuloma Eosinófilo no se encontraron larvas de ningún parásito. Como se sabe el granuloma eosinófilo es una reacción producida por parásitos, siendo el más frecuente el *Strongyloides stercoralis*.

En el cuadro No. 4 vemos que la patología predominante del Colon es la que corresponde al grupo que denominamos varios, con un 26.09 o/o, el cual está integrado por 5 entidades, como puede verse en el cuadro No. 4.5. El segundo lugar lo ocupa el grupo denominado Lesiones Tumores Malignas de las cuales la más frecuente es el adenocarcinoma.

Respecto de la amibiasis, las úlceras tienen a su alrededor la mucosa de aspecto prácticamente normal. El tamaño y aspecto es variable, pero tienen bordes elevados y al quitar los restos que cubren el fondo de la úlcera, ésta se hace más profunda. Esto le da un aspecto umbilicado o "en sacabocado", que la identifica como úlcera amibiana.

Gun y Howard(3) ha descrito un "Granuloma Amibiano". La lesión comprende tejido de granulación, que se superpone a un proceso ulcerado crónico y tiende a afectar la totalidad de la pared intestinal.

Estos tumores granulomatosos amibianos ocupan generalmente el colon derecho, concepto compatible con el dicho de que el segmento ileocecal es el cuartel de las amibas.

La tuberculosis puede presentar también úlceras, éstas tienen límites claros y la mucosa que las separa es normal, salvo por grados

variables de palidez. La úlcera tiene bordes ligeramente elevados y tiende a confluír. En pacientes con enterocolitis tuberculosa, la enfermedad pulmonar es generalmente muy avanzada, siendo malo el pronóstico.

Cualquier enfermedad inflamatoria del colon que se caracterice por la formación de úlceras merece el nombre de "Colitis Ulcerativa". La enfermedad puede ser aguda, sub-aguda y crónica. No se conoce la etiología de la llamada Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática.

En el cuadro No. 4.1 podemos observar que el primer lugar lo ocupa el grupo de la amibiasis, con un 50 o/o. En segundo lugar tenemos al grupo de la colitis no específica con un 26.67 o/o, encontrándose la mayor parte de casos en la sexta década de la vida, siendo el de menor edad de la primera década de la vida y el de mayor edad de la sexta década de la vida. Con respecto a la amibiasis el de menor edad tenía dos años, sexo masculino y el de mayor edad en la séptima década de la vida con 77 años de edad, sexo femenino.

Respecto a los tumores, encontramos que en el colon podemos observar tumores benignos como: Pólipos, Fibromas, Lipomas, Miomas y Neuronas; además, tumoraciones consideradas pre-cancerosas como lo son: el Adenoma Velloso y la poliposis heredo-familiar. Con respecto a los tumores malignos o sea el cáncer, encontramos que el más frecuente es el Carcinoma de la variedad de los adenocarcinomas.

En el cuadro No. 4.2 podemos apreciar las lesiones tumorales benignas del colon halladas. El mayor número de casos corresponde a pólipos epiteliales de los tipos inflamatorio y adenomatoso.

La mayoría de los Hemangiomas son extensos y de tipo cavernoso, se hallan con más frecuencia en el recto y el sigmoide, que en el resto del colon. Pueden ser localizados, pero se han reportado hemangiomas que abarcan todo el colon(10).

Encontrando un solo caso en nuestro estudio; de los cuales hay

reportados en la literatura mundial menos de 100 casos.

En el cuadro No. 4.3 observamos que entre los cánceres del colon el mayor porcentaje es ocupado por los adenocarcinomas, como es ya del conocimiento general, encontramos un total de 38 lesiones malignas, la mayoría de las cuales se encontraban en la quinta década de la vida, observando que el de menor edad tenía 16 años y el de mayor edad de 85 años, ambos del sexo masculino. Respecto a su localización el mayor número de lesiones se localizó en el ciego.

Se reportan 2 casos de carcinoide localizado en colon, pero las papeletas no reportan el sitio exacto de la lesión.

En el cuadro No. 4.4 agrupamos las anomalías congénitas de colon, ano y recto juntas, encontrando un mayor número de casos en el sexo masculino.

Como recordamos, la enfermedad de Hirschprung se reporta en el primero o los primeros años de la vida, Theodor Ephrenpreis(11), la clasifica de acuerdo a las células ganglionares:

1. Células anormales
2. Células normales.

En el primer grupo incluye la ausencia de dichas células, determinando así la Agangliosis; además, las células degeneradas, como se observa en la enfermedad de chagas, agrupa aquí además a las células inmaduras. En el segundo grupo las células son normales y sitúa ahí a los tipos de Megacolon secundarios a otras enfermedades.

Maglieta reporta que el caso de mayor edad encontrado es de 69 años de edad(7), pero nosotros encontramos uno de mayor edad, de 75 años.

El cuadro No. 4.5 lo denominamos varios y ahí agrupamos cinco entidades patológicas, de las cuales el mayor número es debido a trauma.

El traumatismo puede ser causado por: cuchillo, bala o trauma cerrado de abdomen. Hay casos reportados en que el enema de bario, y la sigmoidoscopia, etc. pueden causar ruptura del sigmoide, siendo ahí el sitio más común donde ocurren los traumatismos, en el colon derecho los traumatismos son muy raros. Encontramos 26 casos de traumatismo, la gran mayoría pertenece al sexo masculino. En 11 de los casos fué producido por arma de fuego y en 5 casos por arma blanca, en los restantes 10 casos no aparece informado el motivo o la causa.

La Intususcepción es rara y usualmente secundaria a la presencia de un tumor benigno en el colon. Existen tres variedades principales:

- 1) Cecocólica
- 2) Colocólica
- 3) Sigmoido rectal.

Ocorre con mayor frecuencia en dirección distal, pero ya se ha descrito en forma retrógrada.

En el primer grupo la causa puede ser inflamación y edema del muñón apendicular en pacientes apendicetomizados.

El segundo y tercer grupo son debidos a la presencia de un tumor benigno como un lipoma o un pólipo, siendo la intususcepción del tercer grupo la más rara que se conoce.

El Volvulus es la torción del intestino, es más frecuente en el sigmoide, seguido en menos frecuencia en el colon derecho y muy raro en otras partes. Ocorre más en personas de edad avanzada, en nuestro estudio encontramos 11 casos de los cuales 7 eran del sigmoide.

La diverticulosis del colon significa la existencia de divertículos, generalmente asientan en el colon izquierdo, especialmente el sigmoide.

El divertículo sólo tiene dos tunicas: mucosa y serosa.

En los pacientes con diverticulosis la enfermedad se encontró localizada en colon descendente y sigmoide.

Reportamos un caso de úlcera en el ciego, ésta era única y en vista que no se encontró ninguna etiología responsable de la misma, fué clasificada como idiopática, es bien sabido, que algunos creen que se trata de un divertículo congénito localizado en esta área anatómica secundariamente infectado(1).

El cuadro No. 5, nos demuestra que en el recto predominó la patología tumoral benigna sobre el resto de la patología con un 63.68 o/o.

Respecto a las lesiones tumorales benignas, el mayor número de casos lo constituyeron los pólipos inflamatorios con un 86.31 o/o lo cual coincide con el hallazgo reportado por los Doctores: Franco Santisteban, Castro Maldonado y García Escobar, en la tesis del primero(2). El pólipo inflamatorio no se le atribuye naturaleza precancerosa.

Morson resume la naturaleza precancerosa de las adenomas del recto y colon: "Los pólipos y carcinomas adenomatosos del intestino grueso afectan a la misma población en cuanto a edad y sexo", y la mayoría de estas lesiones están situadas en sitios comunes.

En los pólipos adenomatosos del intestino grueso, uno puede encontrar todas las etapas del desarrollo maligno, desde una simple proliferación adenomatosa hasta un carcinoma invasor, pasando por una etapa de carcinoma preinvasor (carcinoma in situ).

El Adenoma Velloso es un tumor blando, friable, parecido a una coliflor, que suele tener una base ancha. La lesión puede crecer mucho, siendo limitada tan sólo por el tamaño del segmento del intestino afectado, y suele presentar zonas focales de carcinoma.

Con respecto a los pólipos se reportan 50 casos más en el sexo

femenino que en el masculino, situándose más casos en la primera década de la vida, con el 71.76 o/o y se reportó un caso de un paciente de 85 años y el de menor edad de 3 meses, reportado como pólipo inflamatorio, y el anterior como pólipo adenomatoso.

Observamos que en el cuadro No. 5.2 la neoplasia maligna predominante en el recto lo constituye el Adenocarcinoma; es de mencionar que se localizaron 10 casos de Adenocarcinoma originándose en Adenomas Velloso.

El segundo lugar lo ocupa el cáncer de la región cloacal, lo que coincide con lo reportado por el Doctor García Escobar, Sierra L., en el Primer Congreso Mundial de Coloproctología en 1978.(9)

La Proctitis es una lesión inflamatoria localizada específicamente en la mucosa rectal, puede ser causada por gran variedad de circunstancias.

Los términos contractura anual, estenosis y constricción anales designan estrechamientos del orificio del ano.

Estos estrechamientos pueden ser congénitos o adquiridos.

La Contractura Anal o Estenosis Anal congénita se debe a que no desaparece por completo la placa anal en la séptima semana de vida fetal.

La contractura adquirida puede ser consecuencia de infección anal, sola o unida a otras manifestaciones clínicas de infección anal, o puede seguir a lesiones penetrantes, o ser una complicación de la cirugía sobre ano y recto.

El prolapso rectal (derivado de la palabra latina "Pro-Lapsus"), significa descenso, caída. Pues los términos "Prolapsus" y "Procidencia" son sinónimos.

El prolapso puede ser parcial o completo. En el primer caso sólo estará afectada la mucosa. El prolapso completo interesa todas las capas de la pared del recto.

En el cuadro No. 5.3 se agrupa varias entidades que por su escaso número se reportan juntas. Destacándose la cantidad de prolapsos, y de éstos el mayor número ocurrió en el sexo femenino. Se menciona un caso de pectenosis, entidad clínica considerada actualmente como rara. García Escobar menciona tener un caso en su clínica privada(5).

Respecto al prolapso rectal la mayoría de casos ocurrieron en el sexo femenino 2 a 1 respecto de los hombres. Ocurriendo la mayoría de casos en la cuarta década de la vida, el de menor edad fué de 3 meses sexo masculino y el de mayor edad fué de 88 años sexo femenino.

En el cuadro No. 6, agrupamos patología que puede considerarse "común" a recto y ano, notamos también que el mayor porcentaje corresponde a lo que denominamos patología más frecuente, como lo es la enfermedad hemorroidal. Un segundo lugar lo ocupa la patología venérea y el menor porcentaje es ocupado por las enfermedades conocidas como pre-neoplásicas (displasia severa).

En el cuadro No. 6.1 agrupa las enfermedades inflamatorias específicas, ocupando un primer lugar la amibiasis, el segundo lugar es ocupado por las lesiones tuberculosas.

El cuadro No. 6.2 nos muestra como ya es de todos sabido que la patología más frecuente de ano y recto, lo constituye el condiloma acuminado conocido popularmente como "papilomas". No hubo prevalencia en ninguno de los dos sexos. Se reportaron 4 casos en la primera década de la vida, pero el mayor casi el 50 o/o, se dieron en la segunda década y hubo 2 casos en la sexta década de vida. Respecto a su localización, más del 50 o/o se localizaron en la región perianal, tanto en hombres como en mujeres.

En el cuadro No. 6.3 agrupamos las lesiones que por su grado de desdiferenciación, están cercanos a la anaplasia.

Los hemorroides son tumores vasculares del plexo venoso hemorroidal.

Existen numerosos factores etiológicos, entre los cuales tenemos: Ocupación obstrucción de la porta, esfuerzo en la defecación, embarazo y parto; siendo estos factores sólo causa secundaria de hemorroides. La causa principal es la infección anal, siendo las formaciones anatómicas y la patogenia semejantes en ambos sexos.

Microscópicamente el tejido hemorroidal muestra grados diversos de dilatación de los espacios venosos; produciendo Flebotrombosis y Tromboflebitis.

El grado de reacción inflamatoria depende de la gravedad de la enfermedad. Microscópicamente hay venas dilatadas, pared delgada, infiltración perivascular con células redondas. En hemorroides agudas, se observan: inflamación aguda caracterizada por congestión importante de los vasos sanguíneos pequeños, infiltración de células redondas, edema difuso de los tejidos y múltiples trombos de diversos tamaños.

FISURA ANAL: "Fisura" significa Grieta. La fisura anal se presenta como una solución de continuidad en la piel anal, pero en realidad es una úlcera verdadera de la pared del conducto anal.

Se consideran agentes etiológicos a los factores como: soporte muscular deficiente de la pared posterior del conducto, la angulación aguda de las paredes posteriores del recto y los traumatismos. Pero estos factores sólo son factores predisponentes y de importancia secundaria. La causa principal de la fisura anal se considera que es la infección anal.

Absceso y Fístula del Ano: La palabra latina "Fístula", significa "Caña" o "Tubo". En la terminología médica, designa un trayecto o

un tubo, habitualmente de origen inflamatorio abierto en ambos extremos.

La anatomía del absceso y la fístula del ano corresponde a grados diversos de inflamación, siendo siempre su origen infeccioso.

La principal molestia de la fístula es el "goteo" o "secreción", ya sean periódicos o constantes, que pueden ser suficientes para requerir el uso de algún tipo de apósito, casi siempre es el resultado de un drenaje espontáneo o provocado de un absceso.

En el cuadro No. 6.4, denominamos patología más frecuente, a la patología considerada más conocida y ocupa el primer lugar la enfermedad hemorroidal. Seguida de la fístula o sea la secuela de un absceso en el ano. En lo que se refiere a hemorroides, se encontró el número similar en hombres y mujeres y la mayor parte se encontraron en la cuarta década de la vida, pero se reportó un caso en la primera década de 3 años de edad sexo masculino. El orden de frecuencia de este cuadro es comparativamente igual al reportado por el Dr. García Escobar(4).

En el cuadro No. 7 agrupamos juntos los tumores del ano y de la región sacra, siguiendo los lineamientos de todos los libros conocidos de Proctología; los cuales mencionan casi siempre en el último o uno de los últimos capítulos la patología de la región sacra.

Observamos que el cuadro no. 7.1 nos revela las lesiones tumorales benignas.

En el cuadro No. 7.2, notamos una predominancia del carcinoma originado en la región de la cloaca.

Aproximadamente el 50 o/o de los cánceres de esta región pertenecen a la variedad de cáncer cloacogénico. Hay un marcado predominio del sexo masculino sobre el femenino, el paciente de menor edad es de 30 años y el de mayor edad de 72 años, ambos del

sexo masculino.

Durante muchos años se consideró el quiste pilonidal sacrococcigeo, como congénito, aunque había muchas opiniones acerca de los posibles errores embriológicos involucrados. A pesar de la falta de pruebas definitivas acerca del origen y evolución, Nesselrod opina que el concepto de un remanente ectodérmico por error del desarrollo anatómico constituye una explicación lógica y bastante simple.

En el caso de un quiste que comunique con la superficie por una o varias aberturas pilonidales, los productos de la inflamación pueden escapar. Si las aberturas son muy pequeñas, fácilmente se tapan con el pelo, restos celulares o por el edema de los tejidos vecinos.

En el cuadro No. 7.3 observamos que la patología más común de la región sacra es la que corresponde a las lesiones benignas como el quiste pilonidal, observando una marcada preponderancia del sexo femenino sobre el masculino, de 2 a 1, hallazgo que contrasta los autores revisados y de lo cual nosotros no podemos dar una justificación en este momento. El mayor número de casos se localizó en la segunda década de la vida. La lesión neoplásica maligna más común fué el cáncer de células escamosas.

REFERENCIAS

- (1) Castro Maldonado, H. F. Dr. Comunicación Personal. 1979.
- (2) Franco Santisteban, O. Pólipos de Colon, estudio retrospectivo de veinte años. Tesis de Médico y Cirujano, Octubre de 1977.
- (3) Gunn, H., y Howard, N. J, Amebic Granulomas of the large Bowel. J.A.M.A. 97: 167, 1931.
- (4) García Escobar, E. Dr. Frecuencia de Patología Proctológica. Sociedad Mexicana de Proctología. 1975.
- (5) García Escobar, E. Dr. Comunicación personal. Historia Clínica No. 79 - 2 - 77. Clínica Privada. 1979.
- (6) Morson, B. Gastrointestinal Pathology. Blackwell, Scientific Publications 1972. p. 408.
- (7) Maglieta, ED. Congenital Aganglionic Megacolon in adults: A case report. Arch Surg 81 : 598, 1960.
- (8) Mehzaad, M D. Diseases of the Colon & Rectum; Adenocarcinoma of the appendix. Vol 21. No. 3, April 1978, p. 205 - 206.
- (9) Sierra L., García Escobar. Neoplasias malignas del conducto anal. Anales de Medicina y cirugía. Guayaquil Ecuador. 1977.
- (10) Werterholm, P. (1966). A case of diffuse haemangiomatosis of the Colon & Rectum. Acta chir. scand, 133, 173.
- (11) Theodor Ephrenpreis, Citado en Hirschprung Disease in Adults, Diseases of the Colon & Rectum, vol 21 No. 2, March 1978.

CONCLUSIONES

1. En los casos estudiados observamos que el mayor porcentaje de casos correspondió al apéndice.
2. Con respecto a la Patología Apendicular, el mayor porcentaje de casos correspondió a las lesiones inflamatorias con un 97.12 o/o; de las cuales la más frecuente fué la Apendicitis Aguda con un 85.99 o/o, predominando el sexo masculino.
3. Entre las neoplasias del apéndice, observamos que la más frecuente fué el carcinóide con un 50 o/o de los casos.
4. En la Patología del Colon en general, la que mayor predominancia tuvo fué la enfermedad traumática, pero encontramos un mayor número de casos de enfermedad de Hirschprung, cuando analizamos el cuadro correspondiente a enfermedades congénitas.
5. En las lesiones inflamatorias del Colon, la más frecuentemente vista, fué el grupo de la Amibiasis con un 50 o/o.
6. Los pólipos inflamatorios y adenomatosos del Colon, constituyeron un 57.16 o/o de los casos, que corresponde a las lesiones tumorales benignas.
7. En nuestro estudio detectamos un caso de Peutz Jehers, así como también 2 casos de poliposis familiar múltiple. Lo que coincide con el hallazgo reportado por los Doctores: Franco Santisteban, Castro Maldonado y García Escobar, en la tesis del primero.
8. Entre los cánceres del Colon, el que ocupó mayor porcentaje fué el Adenocarcinoma, localizándose el mayor número de lesiones en el ciego.

9. Con respecto a las enfermedades congénitas, la más frecuente fué la enfermedad de Hirschprung. Encontrándose la mayoría de los casos en la primera década de la vida y un caso en la séptima década de la vida.
10. Entre la Patología del Recto, notamos que el mayor predominio lo ocupan las lesiones tumorales benignas con un 63.68 o/o, entre los cuales los más frecuentes son los pólipos inflamatorios con un 86.31 o/o.
11. La neoplasia predominante en el Recto, lo constituye el Adenocarcinoma. Se encontraron 10 casos de adenocarcinoma originándose en adenomas vellosos.
12. Con respecto al prolapso rectal, la mayoría de casos ocurrió en el sexo femenino y en la cuarta década de la vida. Dato que está de acuerdo con el hallazgo reportado por el Doctor García Escobar(4).
13. Entre la Patología de Ano y Recto, notamos que el mayor porcentaje corresponde a lo que denominamos Patología más frecuente, en la cual predomina la enfermedad hemorroidal.
14. Entre las lesiones inflamatorias específicas de Ano y Recto, notamos que el mayor porcentaje lo ocupa la amibiasis.
15. En la Patología Venérea de Ano y Recto, el más frecuente lo constituye el condiloma acuminado, conocido popularmente como "papilomas".
16. En la Patología de Ano, agrupamos a la región sacra, siguiendo los lineamientos de todos los libros conocidos de Proctología, los cuales mencionan casi siempre en el último o uno de los últimos capítulos la patología de la región sacra.

17. Entre la patología anal neoplásica maligna, aproximadamente el 50 o/o de los casos pertenecen a la variedad de cáncer cloacogénico, con un marcado predominio del sexo femenino.
18. La patología más común de la región sacra corresponde a las lesiones benignas como el quiste pilonidal, observando una marcada preponderancia del sexo femenino sobre el masculino.

RECOMENDACIONES

1. Que los estudiantes de medicina y médicos en general, efectúen trabajos de investigación similares a éste, en otros Hospitales Nacionales o Privados, con el objeto de hacer estudios comparativos y determinar la patología más frecuente de Colon, Ano y Recto en Guatemala.
2. Que a los estudiantes de medicina se les enseñe a efectuar tactos rectales y se les indique su importancia.
3. Que los médicos residentes se les capacite, para efectuar exámenes complementarios como la sigmoidoscopia.

BIBLIOGRAFIA

nales de Medicina y Cirugía. Guayaquil Ecuador, No. 1, septiembre de 1977.

ockus, Henry L. M. D. Gastroenterology. 3era. edition, W.B. Saunders, vol. 2, 1976.

seases of the Colon & Rectum. J. B. Lippincott, vol 21, No. 2 March. 1978.

seases of the Colon & Rectum. J. B. Lippincott, vol 21, No. 4 May - June 1978.

seases of the Colon & Rectum. J. B. Lippincott, vol 21, No. 3 April 1978.

esarte, Gerardo, Dr. Sintomatología y Diagnóstico de los tumores del Colon y Recto, Colon y Recto. Instituto Nacional Nutrición Mexicana. 1972.

anco Santisteban, O. Poliposis del Colon, estudio retrospectivo de veinte años. Tesis de Médico y Cirujano, octubre de 1977.


erson, B. C. Gastrointestinal Pathology. Inglaterra, Blackwell Scientific Publications. 1972.

selrod, J. P. Dr. Proctología Clínica. 3era. edición, México. Interamericana, S. A. 1965.

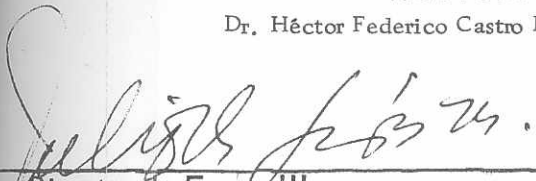
bbins, Stanley L. Dr. Patología Estructural y Funcional, Interamericana, 1975.

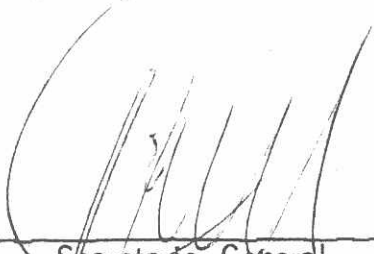
llard, Jacques. Proctologie Par, Masson & Cie. Editeurs, Paris, 1975.


Br. AURA ELENA DE PAZ FLORES

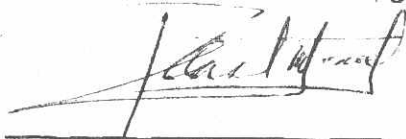

Asesor
Dr. EDUARDO GARCIA ESCOBAR.-


Revisor
Dr. Héctor Federico Castro Maldonado


Director de Fase III
Dr. Julio de León Méndez


Secretario General
Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo.Bo.


Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo.-