

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **70**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2002**

Artículo:

Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología del anorrecto

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Rectosigmoidoscopia rígida en el diagnóstico de la patología del anorrecto

Dr. Álvaro Montiel-Jarquín,* Dr. Alfredo Zagal-Jacobo,* Dr. Manuel Varela- Morán**

Resumen

Introducción: el diagnóstico de las enfermedades del colon y recto se basa en la historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio, exámenes radiográficos con radionucleótidos y procedimientos endoscópicos así como hallazgos transoperatorios y examen histopatológico.

Objetivos: comparar el diagnóstico clínico de envío con el diagnóstico rectosigmoidoscópico en los pacientes referidos a nuestro hospital desde clínicas de atención primaria a la salud, conocer cuál es la patología anorrectal más frecuente en nuestro hospital, y determinar el tipo y la frecuencia de complicaciones asociadas a la rectosigmoidoscopía rígida.

Resultados: se incluyeron 245 pacientes con recto sigmoidoscopía, 267 diagnósticos rectosigmoidoscópicos. Se supera el número de diagnóstico pues algunos pacientes tuvieron más de un diagnóstico.

Existe un porcentaje de acertividad entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico rectosigmoidoscópico del 31.4%.

El número total de diagnósticos fue de 267, en 245 pacientes.

Discusión: la RSC es un procedimiento exacto para diagnosticar patología del anorrecto dentro de su margen de alcance.

Palabras clave: diagnóstico rectosigmoidoscópico, patología anorrectal.

Summary

Introduction: Diagnosis of colon and rectal disease is based on clinical history, physical exams, laboratory analysis, radiographic and endoscopic procedures as well as histopathologic exams.

Objectives: To compare the diagnoses made by the general practitioners with the rectosigmoidoscopic diagnosis, to determine the most frequent anorectal pathology in our hospital and to define the type and frequency of complications during the rectosigmoidoscopic procedures.

Results: From 245 cases, a total of 267 diagnoses were made by RSC.

The percentage of correspondance between the original diagnosis and the rectosigmoidoscopic diagnosis was 31.4%.

Discussion: RSC is a good procedure to diagnose anorectum pathology in his acting range.

Key words: Clinical and rectosigmoidoscopic diagnostic, Anorectal pathology.

Introducción

El diagnóstico de las enfermedades del colon y recto se basa en la historia clínica, el examen físico, con exploración proctológica y procedimientos endoscópicos, imágenes radiográficas y con radionucleótidos, pruebas de laboratorio, hallazgos intraoperatorios y estudios histopatológicos. La

RSC es parte integral de la exploración proctológica completa que en pacientes referidos a la especialidad de coloproctología es un procedimiento obligado. La RSC no tiene contraindicaciones absolutas y permite un diagnóstico correcto en casi todas las patologías anorrectales. Además permite observar y tomar una biopsia de al menos un tercio del cáncer colorrectal⁽¹⁾.

* Cirujano General, Hospital General Regional No. 36, San Alejandro, Centro Médico Nacional, "M. Avila Camacho", IMSS, Puebla.

** Proctólogo, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional, Puebla, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Álvaro Montiel Jarquín

12A Sur # 3518-104. Centro Médico Anzures. C.P. 72530, Puebla, Puebla.

E-mail: dralmoja@hotmail.com

Recibido para publicación: 19-07-2002.

Aceptado para publicación: 10-04-2002.

Así mismo, permite realizar algunos procedimientos quirúrgicos como resección de pólipos rectales, entre otros⁽²⁻⁶⁾.

Se han realizado diversos estudios para determinar el abordaje diagnóstico idóneo en patologías anorrectales, de los médicos familiares 30% prefiere realizar rectosigmoidoscopia flexible, 31% RSC, y 49% prefiere otros métodos de diagnóstico⁽²⁾.

Por otra parte, la detección de cáncer colorrectal o del sigma distal por RSC puede reducir la mortalidad de esta enfermedad gracias a su detección oportuna y fácil con este estudio^(3,7).

Los estudios de colon por enema con doble contraste y la RSC no son suficientemente sensibles al ser utilizados en forma independiente, pero la combinación de estos métodos lleva a una alta sensibilidad y sensitividad para el diagnóstico de pólipos, cáncer y enfermedad inflamatoria^(1,4,5).

La RSC combinada también con la prueba de sangre oculta en heces aumenta la posibilidad de la detección oportuna de enfermedades como el cáncer colorrectal⁽⁵⁻⁹⁾.

La RSC es una investigación rápida, valiosa y sencilla que se puede realizar fácilmente en un consultorio y se encuentra a la par del endoscopio flexible, además es rápida^(7,8).

Material y métodos

Se revisaron las formas de control de referencia-contrarreferencia de los pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de proctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "M. Avila Camacho", IMSS, entre el 1 de septiembre de 1998 y el 30 de agosto de 1999.

El diseño del estudio es retrospectivo, descriptivo y observacional.

Se revisó el expediente clínico, investigando: diagnóstico clínico de envío, diagnóstico rectosigmoidoscópico, resultado histopatológico y complicaciones de la RSC.

Los datos obtenidos fueron anotados en una "hoja de recolección de datos", elaborada específicamente para este estudio. Se incluyó a todos los pacientes vistos en la consulta externa, a los que se les realizó RSC y que presentaron patología anorrectal y se excluyeron todos aquellos a los que no se les realizó RSC y los que no presentaron patología anorrectal.

Los resultados fueron enunciados con medidas de tendencia central, agrupándolos para su presentación en gráficas y cuadros.

Resultados

Se incluyó un total de 245 pacientes, 122 del sexo femenino y 123 masculinos.

La distribución por grupos de edad fue de la siguiente manera:

0-14 años: 1 (0.04%), 15-30 años: 39 (15.91%), 31-45 años: 76 (31.02%), 46 a 60 años: 65 (26.53%), 61 a 70 años: 39 (15.9%) y más de 70 años: 25 (10.2%) pacientes.

Acorde a los diagnósticos clínicos iniciales realizados por el servicio de Medicina Familiar, los padecimientos se encontraron distribuidos de la siguiente manera: enfermedad hemorroidal 36.73%, hemorragia de tubo digestivo bajo 9.38%, rectorragia 8.9%, absceso anal 6.9%, fistula anal 6.9%, siendo dos de estos diagnósticos inespecíficos: hemorragia de tubo digestivo bajo y rectorragia.

En el diagnóstico final realizado por RSC se encontró que la enfermedad hemorroidal se encuentra con mayor frecuencia 43%, fistula anal 16.4%, fisura anal 8.98%, proctitis parasitaria 4.9%, adenocarcinoma rectal 4.49%, pólipos rectosigmoides 2.9% siendo estos los diagnósticos específicos, entre otros inespecíficos.

Al momento de correlacionar el diagnóstico clínico de envío realizado por el Servicio de Medicina Familiar o algún otro servicio, se encontró que de un total de 267 diagnósticos sólo existe un porcentaje de acertividad de 31.4% con relación al diagnóstico final del paciente realizado por RSC.

El total de diagnósticos iniciales supera al número de pacientes enviados, pues se presentaron enfermedades concomitantes en 27 pacientes y por otra parte 10 (4.08%) pacientes acudieron sanos para protocolo de estudio de trasplante renal, en 8 (3.26%) el diagnóstico rectosigmoidoscópico no se pudo realizar por una mala preparación intestinal del paciente y 6 (2.44%) que acudieron para estudio de control por haber sido operados por cáncer rectosigmoides, siendo todos (100%) negativos al momento del estudio.

El número de complicaciones fue de 0 (0%).

Discusión

En enfermedades anorrectales la RSC es un excelente procedimiento inicial porque sólo en un pequeño porcentaje de casos (2.8%) su orientación diagnóstica no es concluyente, lo que hace necesario otro tipo de estudios como la colonoscopia flexible o el colon por enema^(1,4,9).

La RSC es más precisa que la colonoscopia flexible para la localización exacta de una lesión en el recto^(10, 11). Esto hace que sea un procedimiento diagnóstico de primera elección en este tipo de patologías y en enfermedad inflamatoria idiopática del anorrecto, el instrumento rígido es suficiente para la detección y el control de la enfermedad.

En nuestro país la RSC no la practican los médicos familiares, limitándose éstos a la historia clínica, lo que hace que su certeza diagnóstica para este tipo de patologías sea tan baja como de 31.4%.

Las complicaciones reportadas en otras series van en el margen de 1:10,000 a 1:20,000

Cuadro I. Diagnóstico clínico y rectosigmoidoscópico.
Porcentaje de acertividad en el Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Manuel Ávila Camacho", Puebla, IMSS. 1998 – 1999

Diagnóstico de envío	Diagnóstico RSC	Diagnósticos acertados por clínica	%
Hemorroides	115	63	54.72
Fístula rectovaginal	44	10	22.72
Fisura	24	0	0
Proctitis	12	0	0
Adenocarcinoma	12	0	0
Polipos	8	0	0
Sano	7	0	0
Proctitis inespecífica	5	0	0
Incontinencia	5	3	60
Estreñimiento	5	0	0
Proctitis pos-rt	4	0	0
STDB	3	1	33.3
Quiste pilonidal	3	1	33.3
Enfermedad diverticular	2	0	0
Papila hipertrófica	2	2	100
Fístula rectovaginal	2	1	50
Absceso rectal	2	2	100
Estenosis rectal	2	0	0
Síndrome del elevador	2	1	50
Síndrome de int. irritable	1	0	0
Proctitis bacteriana	1	0	0
Vólculos	1	0	0
Proctalgia fugax	1	0	0
Cuci	1	0	0
Colagenopatía	1	0	0
Hemangioma	1	0	0
Condiloma	1	0	0
Total	267	84	31.47%

Archivo clínico del HEP.

ADDM: quedan fuera de este cuadro, los pacientes que acudieron para realizar RSC por protocolo de estudio preoperatorio para trasplante renal y control postquirúrgico.

Con la RSC correlacionándose de esta forma la negatividad de nuestras complicaciones^(10,12,13).

En un servicio de coloproctología la RSC es parte integral de la exploración proctológica. Realizarla o no depende exclusivamente de dos factores que puedan impedirla: dolor anal (fisura, trombosis hemoroidal, absceso anal), mala preparación.

Si resolvemos ambos, la RSC ya sea rígida o flexible debe ser realizada en forma cotidiana o si es necesario bajo anestesia.

La RSC determina en centímetros su distancia del ano, y la extensión de la misma, información de suma importancia para determinar el tratamiento quirúrgico idóneo.

Por último y en base a los resultados anteriores se puede concluir lo siguiente:

Los diagnósticos emitidos por la RSC son específicos y permiten plantear una terapéutica adecuada.

Los diagnósticos emitidos por los médicos familiares, son inespecíficos y con un bajo grado de acertividad en la mayoría de los casos.

La patología anorrectal amerita un diagnóstico oportuno y preciso para evitar complicaciones fatales para el paciente y mejorar el pronóstico.

Cuando se realiza adecuadamente un procedimiento de RSC, las complicaciones pueden ser nulas, es necesario entrenar a los médicos de primer contacto en la realización del procedimiento.

La RSC permite llevar un seguimiento adecuado de los siguientes pacientes^(9,14):

- Pacientes operados por enfermedades anorrectales malignas.
- Pacientes con proctitis postradioterapia
- Pacientes operados con anastomosis a nivel del anorrecto.
- Pacientes con enfermedades inflamatorias inespecíficas del anorrecto.
- Pacientes sanos en protocolo de trasplante renal.

El diagnóstico de enfermedad anorrectal emitido por los médicos familiares es incorrecto en gran porcentaje de sus pacientes (30 vs 70%)

Las patologías anorrectales más frecuentes en nuestro servicio son: enfermedad hemoroidal, fístula anorrectal, fisura anal, proctitis y cáncer de recto.

En nuestra serie no hubo complicaciones.

Referencias

1. Jensen DM, Machicado GA. Diagnosis and treatment of severe hematochezia. The role of urgent colonoscopy after perge. Gastroenterology 1988;95(6):1569-1574.
2. Buckley R, Smith M, Katner A. Use of rigid and flexible sigmoidoscopy by family physicians in the United States. J Fam Pract 1988;27(2):197-200.
3. Zuidema G. Cirugía del aparato digestivo: colon y recto. Técnicas diagnósticas. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina 1993; Vol. IV, 26-43.
4. Schrock T. Examination of the anorectum, rigid sigmoidoscopy, flexible sigmoidoscopy, and diseases of the anorectum. Gastrointestinal diseases: Pathophysiology diagnosis. Management. 4th. ed. Philadelphia, PA, USA: ONB Saunders 1989:1278-79.
5. Dunaway M, Webb W, Rodnin C. Intraluminal measurement of distance in the colorectal region employing rigid and flexible endoscopes. Surg Endosc 1988;2:81.
6. Aust Fam Physicians. Sigmoidoscopy. 1996 25(9): 1403-1404.
7. Lewis W, Martin C, Williamson M, Stephenson B. Guaiac testing in the diagnosis of rectal trauma: what is its value? Dis Colon rectum 1995;38(3):259-263.

8. Helfand M, Marton K, Zimmer M. History of visible rectal bleeding in a primary care population. Initial assessment and 10 year follow-up. *JAMA* 1997;1277(1):44-48.
9. Martin E, Minton J, Carey L. CEA-directed second-look surgery in the asymptomatic patient after primary resection of colorectal carcinoma. *Ann Surg* 1985;202:310-317.
10. Pezim M, Spencer J, Stanhope C, et al. Sphincter repair for fecal incontinence after obstetrical and iatrogenic injury. *Dis Colon Rectum* 1987;30:521-525.
11. Snooks S, Henry M, Swash M. Anorectal incontinence and rectal prolapse: differential assessment of the innervation to puborectalis and external anal sphincter muscles. *Gut* 1985;26:470-476.
12. Hicks T, Ray J. Rectal and perineal complaints. In: Polk HC Jr, Stone HH, Gardner B Editors: *Basic Surgery*, 3nd. Ed. East Norwalk, CT, USA: Appleton-Century-Crofts, 1987:pp.455.
13. Milligan E. Hemorrhoids. *Br Med J* 1939;2:412.
14. Abrahams A. Proctalgia fugax. *Lancet*. 1953;2:444-445.