

SINOPSIS DE  
ENFERMEDADES ANORRECTALES  
—  
HIRSCHMAN



260 =

*Handwritten signature or scribble*



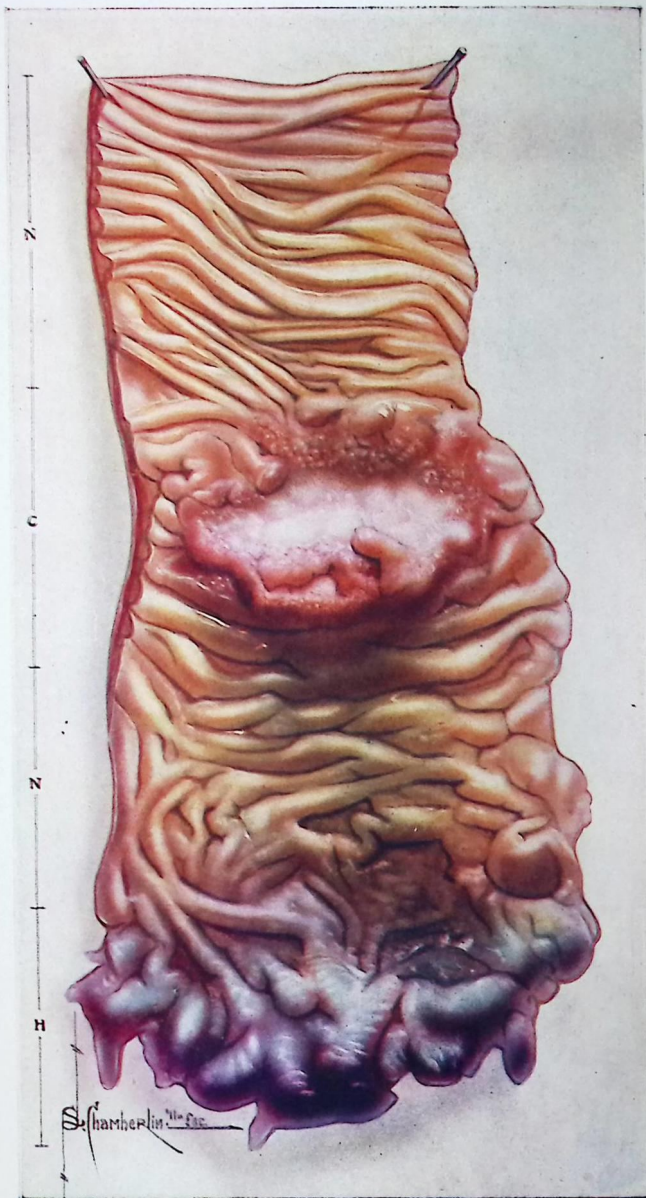




SINOPSIS DE LAS ENFERMEDADES  
ANORRECTALES







### LAMINA I

Cáncer del recto complicando unas hemorroides prolapsadas. Muestra la importancia de la exploración proctoscópica en todos los casos de lesiones rectales, al parecer de poca importancia.

C. Cáncer. N. Mucosa rectal normal. H. Hemorroides.

# SINOPSIS DE LAS ENFERMEDADES ANORRECTALES

POR

LOUIS J. HIRSCHMAN, DR. EN MED., F.A.C.S.

Exvicepresidente, A. M. A.; Expresidente de la Sección de Gastroenterología y Proctología, A. M. A.; Expresidente de la Sociedad Americana de Proctología; Profesor de Proctología de la Universidad de Wayne; Miembro (honorario) de la Royal Society of Medicine; Lector Extraordinario de Proctología de la Escuela de Postgraduados de la Universidad de Michigan; Proctólogo de los Hospitales Harper, Charles Godwin Jennings y del de Mujeres; Proctólogo Consultor del Dispensario de la Ciudad de Detroit, del Evangelical Deaconess; de los Hospitales del Condado de Wayne, etc., Detroit, Michigan, E. U. A.

---

174 GRABADOS EN EL TEXTO Y 6 LAMINAS EN COLORES

---

TRADUCCION DEL INGLES

DIRIGIDA Y REVISADA POR

OSCAR G. CARRERA, Dr. en Med.

---

PRIMERA EDICION EN ESPAÑOL

- 1940 -



UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA

BUENOS AIRES, CARACAS, GUATEMALA, HABANA, LIMA, MONTEVIDEO, RIO DE JANEIRO, SAN JUAN

MEXICO

Copyright 1940

by

U T E H A

(Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana)

---

ES PROPIEDAD

---

(Queda hecho el registro y el depósito que determinan las respectivas leyes de todos los países. Reservados sin excepción todos los derechos en idioma español.)

---

*PRINTED IN MEXICO*

---

Dedico respetuosamente este libro  
a los miembros de los muchos  
grupos de postgraduados, que han  
mostrado su interés en proctolo-  
logía con la paciencia que le han  
tenido a mis enseñanzas. - - -



## PREFACIO

La favorable acogida dada desde el año 1909 a las cuatro ediciones de mi MANUAL DE ENFERMEDADES DEL ANO Y DEL RECTO, ha sido interpretada como señal del auténtico interés de los procesos proctológicos. Esta obra tiene por objeto informar de modo breve, tanto a los estudiantes de medicina como a los médicos generales, acerca del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes del ano y del recto.

Debido a las limitaciones a que necesariamente obliga una sinopsis, han sido muy resumidos y muchas veces omitidos todos los detalles referentes a la química, anatomía patológica y bacteriología, así como las historias clínicas de casos y la bibliografía. El estudiante deberá recurrir para cuanto a todo esto se refiere, a los excelentes libros de texto existentes, ya que tales materias no podían encontrar espacio en este libro.

La técnica del diagnóstico y de los métodos terapéuticos que se expone en este libro, no exige grandes instalaciones, ni instrumentos costosos, ni complicados aparatos. Durante treinta años, la experiencia del autor en el campo de la proctología ha demostrado la eficacia de los métodos descritos. El tratamiento de las enfermedades anorrectales expuesto en los capítulos respectivos, ha sido realizado con excelente éxito, por nuestros discípulos, estudiantes y médicos postgraduados. El objeto de esta sinopsis, al ofrecer esta serie de conocimientos, es guiar a quienes deseen realizar el tratamiento de las enfermedades anorrectales, que no requieren los conocimientos, ni la habilidad del especialista.

Hemos incluido en este libro, el diagnóstico de algunas de las enfermedades de mayor gravedad del recto y del colon, pero, como es natural, el tratamiento de tales procesos excede los límites de una obra que tan sólo se propone ilustrar al médico para que pueda someter a tratamiento las afecciones proctológicas más comunes que se presentan en su consultorio.

LOUIS J. HIRSCHMAN



# INDICE DE CAPITULOS

---

## CAPITULO I

PAGINA

ANATOMIA . . . . .	1
--------------------	---

Año, 1; Conducto anal, 6; Recto, 4; Músculo elevador del ano, 7; Ligamentos, 9; Relaciones del recto, 9; Fosa isquiorrectal, 11; Colon sigmoideo, 11; Irrigación sanguínea, 12; Vasos linfáticos, 13.

## CAPITULO II

SINTOMAS QUE LLAMAN LA ATENCION HACIA LAS ENFERMEDADES DEL RECTO . . . . .	15
--	----

Dolor, 15; Dolor a la presión, 16; Espasmo, 16; Hemorragia, 16; Prurito, 18; Prolapsos, 18; Tumoraciones, 18; Exudados, 19; Estreñimiento, 19; Diarrea, 20; Heces alteradas, 20; Dorsalgia sacra, 20; Dolores fulminantes en las piernas, 20; Menstruación dolorosa y escasa, 20; Trastornos urinarios, 21; Trastornos generales 21; Anemia, 21; Inquietud en los niños, 21; Cuerpos extraños, 21.

## CAPITULO III

EXPLORACION DEL PACIENTE . . . . .	22
------------------------------------	----

Instrumental y local, 22; Exploración, 24.

## CAPITULO IV

ANESTESIA . . . . .	46
---------------------	----

Instrumental, 49; Sedantes preanestésicos, 50; Anestesia por infiltración, 54; Anestesia caudal, 57.

## CAPITULO V

LIMITACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL Y CASOS EN QUE ESTAN INDICADAS OTRAS MEDIDAS . . . . .	66
--	----

Limitaciones de la anestesia local, 66; Contraindicaciones generales de la anestesia local, 67; Neoplasmas malignos del recto, 68; Ulceras del intestino, 72; Estrechez del recto, 73; Abscesos rectales, 75; Fístula anal, 75; Hemorroides, 76; Prolapso del recto, 77; Extracción de concreciones y bolos fecales, 77; Fístulas comunicantes con otros órganos, 77.

## CAPITULO VI

ESTREÑIMIENTO Y OBSTRUCCION ("OBSTIPACION") . . . . .	79
---	----

Fisiología de la defecación, 82; Factores etiológicos, 85; Diagnóstico, 88; Tratamiento, 91; Obstrucción, 98.

## CAPITULO VII

CONCRECION FECAL . . . . .	103
----------------------------	-----

Causas, 103; Síntomas, 104; Diagnóstico, 105; Tratamiento, 106.

## CAPITULO VIII

PRURITO DEL ANO . . . . .	109
---------------------------	-----

Causas, 109; Diagnóstico, 112; Tratamiento, 114; Modificación del autor a la operación de Ball, 126.

## CAPITULO IX

FISURAS Y ULCERAS DEL ANO . . . . .	130
-------------------------------------	-----

Causas, 130; Diagnóstico, 132; Tratamiento, 134; Ulcera anal, 140.

## CAPITULO X

PAGINA

## ABSCEOS DE LA REGION ANORRECTAL . . . . . 142

Abscesos tegumentarios o cutáneos, 143; Abscesos subtegumentarios, subcutáneos o marginales, 144; Abscesos submucosos, 147; Absceso isquiorretal, 150.

## CAPITULO XI

## FISTULA Y FISTULA CIEGA DEL ANO . . . . . 153

Tipos de fistulas, 155; Fístula total simple, 156; Seno externo, 170; Senos internos, 171; Senos o trayectos submucosos, 173; Fístulas submucosas o mucocutáneas, 173; Inyección de pasta de bismuto, 174; Fístula anal en los enfermos tuberculosos, 177.

## CAPITULO XII

## HEMORROIDES . . . . . 179

Variedades, 183; Causas, 185; Síntomas, 187; Diagnóstico, 191; Tratamiento, 198.

## CAPITULO XIII

## POLIPOSIS ANORRECTAL, PAPILITIS ANAL, CRIPTITIS . 221

Papilitis anal, 225; Criptitis anal, 233.

## CAPITULO XIV

## PROCTITIS Y SIGMOIDITIS . . . . . 238

Proctitis y sigmoiditis agudas, 238; Proctitis y sigmoiditis crónicas, 246.

## CAPITULO XV

EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS, NEOFORMACIONES  
BENIGNAS Y ESTRECHEZ RECTAL . . . . . 255

Neoformaciones perianales benignas, 258; Estreheces anales y rectales, 259.

## CAPITULO XVI

PAGINA

PROLAPSO DEL ANO Y DEL RECTO . . . . .	261
Etiología, 262; Síntomas, 264; Diagnóstico, 264; Tratamiento, 264.	
INDICE DE SINTOMAS . . . . .	273

## LISTA DE GRABADOS

FIG.	PAGINA
1. Recto y conducto anal en el hombre .....	2
2. Recto indurado <i>in situ</i> con formalina .....	5
3. Vista proctoscópica de las válvulas rectales .....	8
4. Músculos y nervios de la abertura pelviana del hombre ....	10
5. Esterilizador eléctrico de instrumentos .....	23
6. Esterilizador eléctrico con mesa para instrumentos .....	23
7. Mesa de Hanes .....	24
8. Mesa de Hanes extendida .....	24
9. Foco luminoso frontal .....	25
10. Exploración externa .....	26
11. Método incorrecto de exploración digital .....	27
12. Método correcto de exploración digital .....	28
13. Eversión vaginal del ano .....	29
14. Método para explorar el coxis con una mano .....	31
15. Palpación del recto a través de la pared vaginal posterior...	32
16. Posición en cuclillas .....	32
17. Posición genucubital .....	33
18. Posición genuacromial .....	34
19. Anoscopio fenestrado del autor .....	35
20. Anoscopio del autor con lámpara de McKenney .....	35
21. Estilete grande de plata para la exploración de las criptas anales .....	36
22. Pinzas largas en boca de caimán .....	36
23. Sigmoidoscopios .....	37
24. Espejo proctoscópico ajustable .....	38
25. Posición genuacromial sobre la mesa de Hanes .....	39
26. Posición invertida en la mesa de Hanes .....	40
27. Aspirador que puede ser usado en las sigmoidoscopias más profundas .....	40
28. Anoscopio del autor .....	41
29. Instrumentos .....	42
30. Atresia del ano y de la vagina .....	43

FIG.	PAGINA
31. Pólipo sigmoidal .....	44
32. Extirpación del pólipo sigmoidal .....	44
33. Paños colocados sin necesidad de pinzas .....	47
34. Hiato sacro .....	52
35. Anestesia sacra .....	54
36. Lugar de la punción para la anestesia sacra .....	56
37. Lugar de la punción para la inyección de anestésicos locales	59
38. Cuadrantes de la región perianal .....	60
39. Distensión necesaria para la anestesia de los esfínteres .....	62
40. Punción para la anestesia del nervio esfinteriano anterior..	63
41. Relajación completa con anestesia local .....	63
42. Bujía rectal de Wales .....	64
43. Carcinoma visto con el proctoscopio .....	69
44. Cáncer del recto .....	70
45. Radiografía de un carcinoma cilíndrico que llega hasta la fle- xura sigmoidea .....	71
46. Radiografía de un carcinoma del colon sigmoideo .....	72
47. Radiografía de poliposis de la flexura esplénica con carci- noma del colon descendente .....	73
48. Radiografía de carcinoma de la mitad derecha del colon transverso .....	74
49. Radiografía de la dilatación del recto y la flexura sigmoidea	80
50. Radiografía de adherencias postoperatorias del colon trans- verso y el útero .....	81
51. Ampolla de goma del autor, para masaje rectal .....	93
52. Posición para masaje rectal del autor .....	94
53. Proctoscopio del autor .....	95
54. Portaligaduras del autor .....	95
55. Tijeras rectales del autor .....	95
56. Posición genuacromial .....	100
57. Valvotomía rectal del autor .....	101
58. Concreción fecal del recto .....	104
59. Concreción fecal .....	107
60. Prurito del ano .....	110
61. Hemorroides externas con prurito anal .....	113
62. Incisiones anterior y posterior .....	118
63. Inyección subcutánea para prurito anal .....	120

FIG.	PAGINA
64. Neurotomía circunanal .....	121
65. Tira de tela de goma .....	121
66. Apósitos rectales .....	122
67. Apósito rectal simple y eficaz .....	123
68. Operación de Ball .....	125
69. Operación de Ball .....	126
70. Operación de Ball .....	127
71. Incisiones radiadas de Krouse .....	128
72. Fisura anal con "almorrana centinela" .....	131
73. Fisuras anales múltiples .....	132
74. Fisura anal .....	133
75. Inyección de la fisura anal .....	134
76. Anestesia y relajación esfinteriana .....	135
77. Incisión simple de una fisura .....	137
78. Fisura anal complicada con hemorroides internas .....	138
79. Escisión de una úlcera alargada .....	139
80. Escisión de una fisura y de la "almorrana centinela" .....	140
81. Abscesos de la región anorrectal .....	143
82. Úlcera circunanal infectada .....	145
83. Absceso perianal externo .....	148
84. Línea de incisión para abrir un absceso isquiorrectal .....	149
85. Fístulas y senos anorrectales .....	154
86. Fístula angular .....	154
87. Jeringa de vidrio para inyectar pasta de bismuto .....	155
88. Fístula en herradura .....	156
89. Fístulas múltiples comunicando con la uretra .....	157
90. Fístula anorrectal total .....	158
91. Fístula posterior en el ano .....	159
92. Sonda acanalada .....	160
93. Instrumentos .....	161
94. Incisión en ángulo recto para fístula anal directa .....	163
95. Alambre flexible de plata pasado a través de una fístula ...	164
96. Caso grave de fístula perianal .....	165
97. Inyección de pasta de bismuto .....	166
98. Alambre de plata introducido en un trayecto fistuloso .....	167
99. Incisión a lo largo del borde inferior del esfínter .....	167

FIG.	PAGINA
100. Incisión de la mitad superior del esfínter .....	168
101. Dos periodos de la esfinterectomía .....	168
102. Fístula completa directa atravesada por la sonda de plata .....	169
103. Fístulas anorrectales múltiples .....	170
104. Métodos correcto e incorrecto de cortar el esfínter .....	172
105. Métodos correcto e incorrecto de cortar el esfínter .....	174
106. Mecha de goma en una herida por fistula .....	174
107. Criptótomo .....	175
108. Escisión de un quiste pilonidal .....	176
109. Esfinterografía .....	177
110. Hemorroides internaexternas .....	180
111. Corte de una hemorroide internaexterna .....	180
112. Hemorroide aguda externa trombosada .....	181
113. Raro caso de hemorroides externainternas .....	182
114. Hemorroides trombóticas agudas .....	183
115. Hemorroides trombosadas externas .....	184
116. Condilomas .....	186
117. Condiloma no específico .....	187
118. Hemorroides internas prolapsadas .....	188
119. Hemorroides internas prolapsadas .....	189
120. Hemorroides internas prolapsadas .....	190
121. Espéculo rectal bivalvo .....	191
122. Inyección de solución anestésica en una hemorroide .....	192
123. Hemorroide internaexterna prolapsada .....	194
124. Anoscopio, etc. ....	196
125. Jeringa para anestesia .....	198
126. Aguja angulada de Franke .....	198
127. Inyección en la base de la hemorroide .....	199
128. Inyección de una hemorroide .....	199
129. Inyección entre las venas .....	200
130. Inyección de una hemorroide interna .....	200
131. Separador rectal .....	201
132. Portaligaduras del autor .....	202
133. Exposición del campo operatorio .....	203
134. Exposición de las hemorroides .....	204
135. Ligadura de los vasos sanguíneos de la hemorroide .....	205

FIG.	PAGINA
136. Tres ligaduras para cohibir la hemorragia .....	206
137. Escisión de las hemorroides .....	207
138. Incisiones radiales .....	208
139. Técnica de la sección subcutánea de las venas comunicantes de las hemorroides .....	209
140. Incisiones externas para drenaje .....	210
141. Incontinencia con eversión y proliferación cutánea .....	211
142. Técnica de la escisión de las hemorroides cutáneas externas.	217
143. Escisión de hemorroides cutáneas externas .....	218
144. Pólipos anales .....	222
145. Pólipos del conducto anal y del recto .....	223
146. Piezas de colectomía parcial con poliposis múltiple del colon.	224
147. Voluminoso pólipo rectal .....	225
148. Poliposis rectal múltiple .....	226
149. El mismo pólipo de la figura anterior .....	227
150. Papilas hipertrofiadas y criptitis .....	228
151. Papilas anales hipertrofiadas .....	229
152. Examen proctoscópico de papilas anales hipertrofiadas .....	230
153. Pólipo resultante de la hipertrofia de una papila anal .....	231
154. Enorme hipertrofia de una papila anal .....	233
155. Criptitis y papilitis anales .....	234
156. Extirpación mediante un lazo, de una papila hipertrofiada ..	235
157. Tapones .....	235
158. Ulceración disentérica de las válvulas de Houston .....	239
159. Ulcera de la ampolla rectal .....	240
160. Pulverización del recto .....	241
161. Tubo de pulverización rectal, del autor .....	242
162. Método de aplicar soluciones de plata, etc. ....	243
163. Radiografía de divertículos de la flexura sigmoidea y apéndice .....	247
164. Radiografía de divertículos múltiples .....	248
165. Radiografía de estrechez tubular del colon descendente .....	249
166. Vaporizador de yodo .....	250
167. Cuerpos extraños en las criptas anales .....	256
168. Estrechez del recto .....	257
169. Prolapso del recto de tercer grado .....	262

FIG.	PAGINA
170. Prolapso oculto de tercer grado, de la flexura sigmoidea....	263
171. Prolapso de primer grado del recto .....	265
172. Inyección en los casos de prolapso rectal de segundo grado.	265
173. Asiento de madera para niños con prolapso rectal .....	266
174. Prolapso total del recto .....	267

---

## LAMINAS EN COLORES

LAMINA	FRENTE A LA PAG.
I. Cáncer del recto complicado con hemorroides prolapsadas .....	Frontispicio
II. Vasos sanguíneos del recto .....	12
III. Colon sigmoideo gigante .....	80
IV. Prurito del ano .....	112
V. Hemorroides agudas externainternas, trombosadas, prolapsadas .....	188
VI. Corte del intestino abajo de la úlcera .....	242

# SINOPSIS

## DE LAS ENFERMEDADES

### ANORRECTALES

---

#### CAPITULO I

#### ANATOMIA

No es nuestra intención, en una obra de este carácter, describir los menores detalles anatómicos de la región del ano y del recto. Sin embargo, es esencial para quien quiera estudiar los procesos patológicos más comunes y sencillos de dichas regiones, conocer, al menos, la parte fundamental de su anatomía.

Invirtiendo el orden usual que se sigue para describir estos órganos, comenzaremos en el ano, dado que el orificio anal atrae en primer término nuestra atención cuando examinamos u operamos las afecciones de dichos órganos.

#### **El ano**

El ano es una abertura oval, longitudinal cuando está en reposo, situada en un punto equidistante de las tuberosidades de los isquiones y 2.5 a 3 centímetros delante de la extremidad del coxis. En la mujer está situado un poco más adelante que en el hombre. El tegumento que rodea al ano es algo más obscuro que la piel circundante. La piel en torno del ano presenta pliegues radiados, producidos por la contracción del músculo *corrugador de la piel del ano*. El tegumento circunanal contiene glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y folículos pilosos. La circunferencia del orificio anal varía entre 2.5 y 4.5 centímetros, pero puede dilatarse hasta llegar a ser cinco o seis veces mayor.

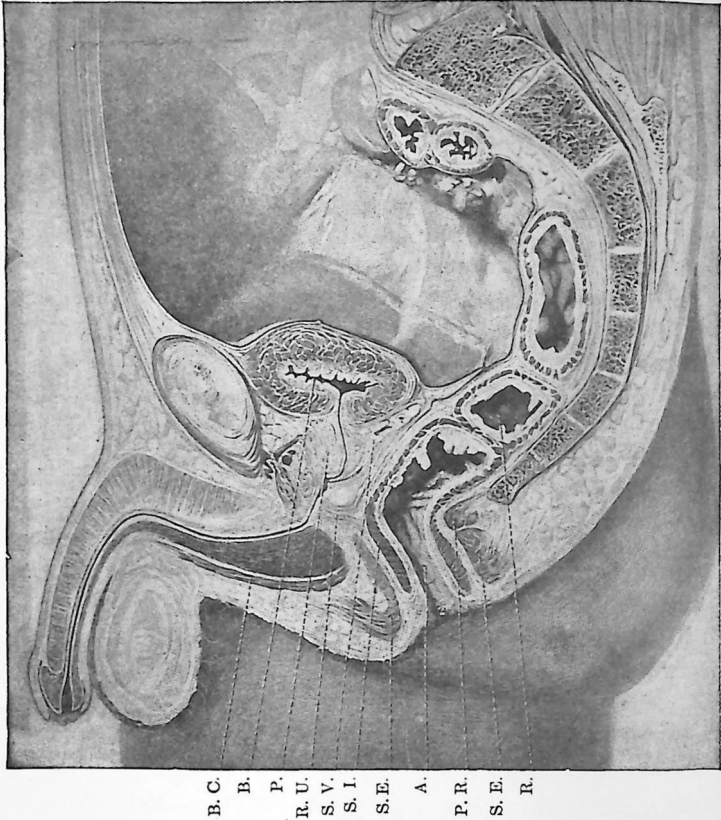


Fig. 1.—Recto y conducto anal en el hombre. Sección longitudinal (sección por el profesor A. F. Dickson, de una pelvis de hombre inducida con formalina). Según Ball.

- B. C. Músculo bulbocavernoso.
- B. Vejiga.
- P. Próstata.
- R. U. Músculo rectouretral.
- S. V. Vesículas seminales con conductos eyaculatorios.
- S. I. Músculo esfínter interno.
- S. E. Músculo esfínter externo.
- A. Ano.
- P. R. Músculo puborrectal, cuando el recto se encorva bruscamente para continuarse en el conducto anal.
- R. Recto.

### El conducto anal

El conducto anal se extiende desde el punto en que se unen los bordes de la abertura anal, hasta la *línea dentada* o bordes inferiores de las válvulas semilunares, que protegen los orificios de las criptas de Morgagni. Su profundidad varía entre 18 y 33 milímetros. Está cubierto por una mucosa compuesta de delicado epitelio de transición, que gradualmente transforma su estructura histológica desde el tipo estratificado de la piel del ano, hasta las células caliciformes de las membranas mucosas, en su unión con el recto en la *línea dentada* o *línea anorrectal*. Alrededor de la membrana mucosa está el tejido celular, y debajo de él se encuentra la capa muscular, compuesta por el esfínter externo, algunas fibras del elevador del ano y la porción inferior del esfínter interno. Las dimensiones del conducto anal, lo mismo esté en reposo o dilatado, son algo menores que las del ano mismo, en igualdad de condiciones. La membrana que lo tapiza presenta a la simple vista un aspecto rojo rosado brillante, y en algunos casos un débil tono púrpura.

**MUSCULO ESFINTER EXTERNO.**—Es el músculo más importante, que siempre hay que tener en cuenta, desde el punto de vista quirúrgico pues es el que principalmente mantiene la forma del conducto anal. Está compuesto de fibras longitudinales y circulares. Las longitudinales parten de la extremidad inferior y de la cara posterior del coxis y, rodeando al ano, van a insertarse en el tendón central del perineo. Las fibras circulares son más superficiales y rodean completamente el conducto anal. Normalmente el músculo está en estado de contracción, manteniendo cerrado el ano, y esto tiene gran importancia en la regulación voluntaria del acto de la defecación. Su inervación proviene de la *tercera y cuarta rama sacra* y de la *rama superficial del pudendo interno* y de un filamento de la cuarta y quinta rama sacra, conocida por el nombre de nervio esfinteriano menor. Este nervio tiene gran importancia en la producción de la anestesia local para la relajación del esfínter externo del ano. Penetra en este músculo por ambos lados en la unión del tercio posterior y medio de la circunferencia anal.

En el límite superior del conducto anal, y en su unión con la porción inferior del recto, están situadas las *papilas*

*anales* y las *criptas de Morgagni*. Las papilas aparecen como una hilera irregular de pequeñas elevaciones triangulares, como pequeños dientes, que rodean el límite superior del conducto anal. Esta línea se denomina *línea dentada* o línea anorrectal. Un poco atrás de estas papilas se encuentran los orificios de las criptas de Morgagni. Las papilas anales y las criptas de Morgagni tienen especial interés, porque son muchas veces el asiento de procesos inflamatorios, que dan lugar a síntomas con frecuencia desproporcionados con el tamaño de la lesión. Las criptas son fuente abundante de infecciones focales.

### El recto

El recto es un órgano hueco, tubular, cuya longitud varía entre 12 y 17 centímetros, que se extiende entre la línea anorrectal y la unión rectosigmoidea. Cuando está vacío, se tocan sus caras anterior y posterior y su sección transversal tiene el aspecto de una hendidura. El recto se considera ordinariamente como la porción de la parte inferior del intestino grueso que se extiende desde la sínfisis sacroiliaca izquierda, hasta la línea anorrectal. En lugar de ser un conducto recto, como indica su nombre, está encorvado hacia atrás desde la línea anorrectal, siguiendo la concavidad del sacro y el promontorio, donde se une con la porción inferior de la flexura sigmoidea. Algunos autores describen el recto como la porción que se extiende desde la línea anorrectal, hasta la tercera vértebra sacra, es decir, la porción que no está cubierta por el peritoneo mientras que la parte situada encima, se denomina extremo inferior del colon pélvico o sigmoideo. En vista de que esta división no ha merecido aprobación general, el autor considera al recto tal como lo describen la mayor parte de las obras clásicas de anatomía.

Consideraremos al recto dividido en dos porciones: la superior o porción peritoneal, y la inferior o porción situada debajo de la tercera vértebra sacra, que es extraperitoneal. La cavidad rectal puede dividirse en primera, segunda y tercera cámaras rectales y cada cámara corresponde a las por-

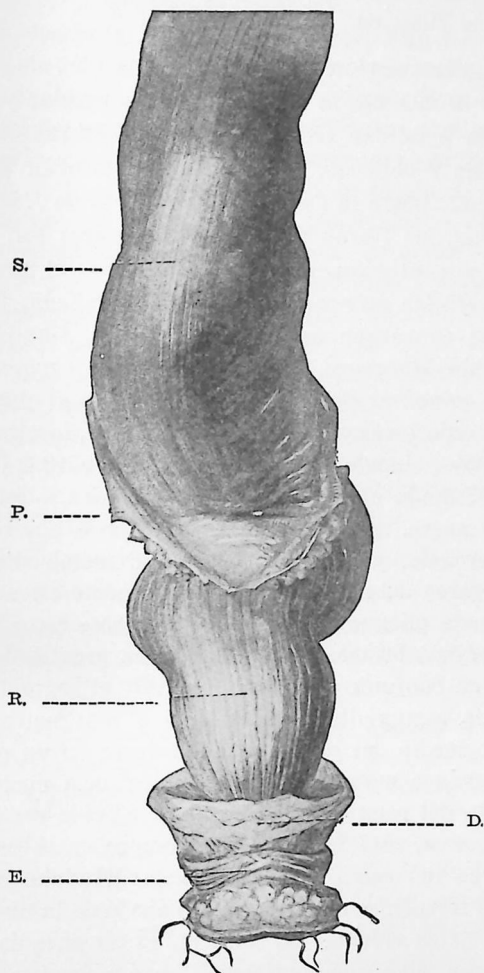


Fig. 2.—Recto indurado *in situ* con formalina y luego extraído (según Ball).

- S. Curva sacra del recto.
- P. Peritoneo cortado al reflejarse desde el intestino.
- R. Porción del recto no cubierta de peritoneo.
- D. Diafragma pelviano.
- E. Esfínter externo.

ciones situadas debajo de cada una de las válvulas rectales, o pliegues de Houston.

El recto se compone de cuatro capas que, de dentro a fuera, son: la mucosa, la submucosa, la muscular y la serosa. La capa muscular está compuesta de fibras circulares, longitudinales y oblicuas. En la porción inferior del recto, que se extiende hasta la llamada *línea blanca de Hilton*, en el conducto anal, las fibras musculares circulares son más numerosas, y se continúan, sin interrupción, con el músculo denominado *esfínter interno*. La mucosa se pliega, formando arrugas que convergen en línea anorrectal, finalizando en las criptas de Morgagni. Estos pliegues se conocen con el nombre de *columnas de Morgagni*. Estando el paciente en posición genupectoral y el recto lleno de aire, la circunferencia del órgano, cuando se dilata, varía entre 12.5 y 25 centímetros. Cuando el recto está lleno de aire, algunos pliegues semilunares, que se extienden en uno o dos tercios de su circunferencia, sobresalen en la pared rectal. Se encuentran en lugares determinados y generalmente en número de tres. En cada pliegue una extremidad parece estar más baja que la otra, de tal modo que en el examen proctoscópico, presentan en su conjunto como una espiral; el segundo pliegue está situada a una distancia de 3 ó 4 centímetros encima de la parte media del primero, y el tercero en un punto que está poco más o menos a la misma distancia encima de la parte media del segundo. La primera *válvula rectal* o *pliegue de Houston*, está situada casi siempre en la pared lateral izquierda del recto, fronteriza a la glándula prostática, mientras la tercera se encuentra poco abajo de la unión recto-sigmoidea. Estas válvulas no son simples pliegues de la membrana mucosa, sino que contienen fibras musculares y vasos sanguíneos presentando todas las características de una típica válvula anatómica. Tienen interés e importancia considerables, debido a que cuando están infiltradas, engrosadas o aumentadas de volumen, ofrecen un obstáculo al paso de las materias fecales, y las ulceraciones que se producen en su superficie pasan muchas veces inadvertidas y que cuando se descubren aclaran la etiología de algunos casos de "diarrea crónica".

### El músculo elevador del ano

Si se exceptúa el esfínter externo, este es el músculo más importante a considerar. Junto con el esfínter externo este músculo regula prácticamente el acto de la defecación. Durante la defecación, el elevador del ano y el esfínter externo se relajan y las heces son expulsadas por la acción involuntaria de la capa muscular, con la ayuda de la compresión y contracción voluntarias de los músculos abdominales. Muy probablemente el esfínter interno no actúa como tal esfínter, sino que coopera en los movimientos peristálticos de la capa muscular interna del intestino. Cuando la masa fecal es expulsada, la porción anterior de la parte superior del conducto anal queda fijada por el músculo rectouretral, que es una cinta muscular mediante la cual se conectan la cara anterior del intestino y la unión del recto y del ano, con la uretra. La porción puborrectal del elevador del ano comprime entonces los lados y arrastra la porción posterior de la abertura hacia el pubis.

Entonces el esfínter externo completa la evacuación y cierra el conducto anal.

Thompson y Ball describen el elevador del ano, como compuesto de tres partes principales: la iliocoxígea, la pubocoxígea y la puborrectal.

**Porción iliocoxígea.**—Aunque en muchos animales inferiores está insertada en el ilion, en el hombre toma su origen en la espina del isquion y en una porción de la fascia obturadora, aproximadamente indicada por una línea blanca que se extiende formando una curva desde la espina del isquion hasta la parte posterior del pubis. Aunque en los antiguos libros de anatomía esta línea blanca se consideraba como un origen tendinoso del elevador del ano, las últimas observaciones demuestran que sólo unas cuantas, o ninguna de las fibras musculares se insertan en él y que es simplemente un espesamiento de la fascia pélvica. Desde este origen la porción iliocoxígea se extiende en forma de abanico, y se inserta en el borde del sacro y del coxis; es una porción delgada y en parte membranosa, y debe ser considerada como un músculo degenerado, cuya función primaria, en relación con la cola, ha desaparecido, pero que en virtud de su posición contribuye a la formación del suelo pélvico. No está en relación directa con el recto.

**Porción pubocoxígea.**—Se extiende desde la cara posterior del pubis y desde la fascia obturadora, que de ordinario entremezcla sus fibras con las de la porción iliocoxígea; desde su origen las fibras se dirigen casi horizontalmente hacia atrás, pasando por encima de la porción iliocoxígea, íntimamente relacionada con el recto (y la vagina), y se inserta en el coxis y en el ligamento anocoxígeo. Algunas de las fibras anteriores descienden delante del recto hasta el perineo, mientras que las fibras laterales se continúan hacia abajo con la vaina aponeurótica que rodea el conducto anal, en la cual terminan las fibras longitudinales de la capa externa del recto.



Fig. 3.—Vista proctoscópica de las válvulas rectales.

**Porción puborrectal o esfínter del recto.**—Este es el nombre dado por Holl a un importante fascículo de fibras de la porción pubocoxígea, que en lugar de insertarse en el coxis y sus ligamentos, se continúa con las fibras del mismo músculo, del otro lado, formando un fuerte cordón muscular alrededor de las partes laterales y posteriores del extremo superior del conducto anal. Las fibras del músculo puborrectal se extienden desde la parte posterior del pubis, en ambos lados, debajo del pubocoxígeo, y pasan entre las capas de este músculo, intercambiando más o menos sus fibras, hasta la parte posterior del recto, donde se continúan con las fibras del mismo músculo del otro lado. Es la porción más muscular del elevador del ano y cuando se extirpa en las piezas endurecidas por el formol, da lugar a una profunda muesca, en la que el recto se continúa abruptamente en el conducto anal. Según Thompson, aunque se encuentran vestigios de este músculo en algunos animales inferiores, es tan sólo en-

tre los antropoides, donde se halla por primera vez perfectamente desarrollado, adquiriendo en el hombre gran importancia.

## LIGAMENTOS

Los ligamentos principales que mantienen el recto son el *anocoxígeo* y los *laterales*. El ligamento anocoxígeo se extiende, en forma de cordón, desde la extremidad del coxis hasta un punto cercano a la unión del ano y el recto, en su cara posterior. Algunas de las fibras más superficiales del esfínter externo se insertan en él. Sobre ambos lados del recto, justamente debajo de los repliegues laterales del peritoneo, hay adherencias de tejido conectivo que se conocen con el nombre de ligamentos laterales del recto. Debe recordarse que ellos contienen los vasos hemorroidales medios.

### Relaciones del recto

La mitad superior del recto está casi completamente rodeada por el peritoneo. Por la parte anterior, el peritoneo se mete por entre el recto y la vejiga urinaria, formando en el hombre el llamado *saco rectovesical*<sup>1</sup>, mientras que en la mujer, el útero y la vagina están situados en el lugar de la vejiga, y el saco se conoce con el nombre de *saco de Douglas*<sup>2</sup>. La distancia entre el ano y el punto más inferior de este saco tiene gran importancia en la cirugía de esta región y varía según las determinaciones hechas por diversos autores. Cripps, después de una cuidadosa medición de gran número de cadáveres, calculó que cuando la vejiga y el recto están vacíos, esta distancia es de 6 centímetros, mientras que cuando están distendidos, se eleva a 8.5 centímetros. En la cara anterior del recto es donde el peritoneo desciende más, hasta el punto de que en su cara posterior, el revestimiento peritoneal está alrededor de 3.5 centímetros más alto que en la parte anterior. Cuando los dos pliegues del peritoneo llegan a unirse detrás del recto, forman un mesenterio completo que se continúa con el del asa sigmoidea.

En el hombre, el recto se relaciona, también, por delante con la *vejiga*, las *vesículas seminales*, los *conductos defe-*

<sup>1</sup> Excavación rectovesical, según la Nomenclatura Anatómica de Basilea. (Nota del Trad.)

<sup>2</sup> Excavación rectouterina, según la N. A. B. (Nota del Trad.)

rentes, la uretra y la próstata; y en la mujer con la vagina, el útero y los anexos. Por la parte posterior se relaciona con la cavidad del sacro y con el coxis. Lateralmente su porción superior está, en muchos lugares, en íntimo contacto con las asas del intestino delgado, cuando éstas descienden en el interior de la pelvis. A ambos lados de la mitad inferior del recto, están situadas las fosas isquiorrectales.

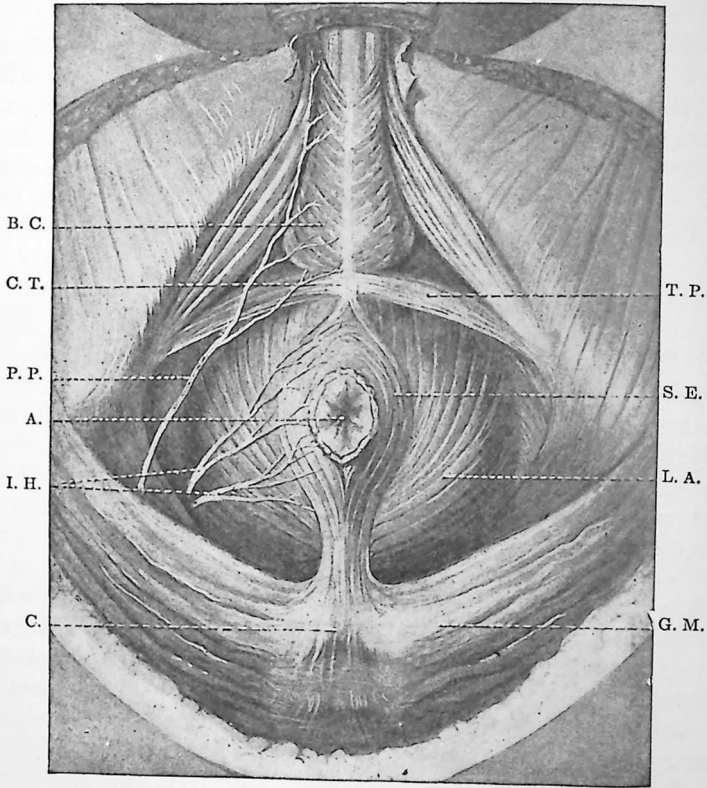


Fig. 4.—Músculos y nervios de la abertura pelviana del hombre.  
(Según Ball.)

- T. P. Músculo perineal transverso.
- S. E. Músculo esfínter externo.
- L. A. Músculo elevador del ano.
- G. M. Músculo glúteo mayor.
- C. Coxis.
- I. H. Nervio hemorroidal inferior.
- A. Ano.
- P. P. Nervio perineal superficial posterior.
- C. T. Punto central tendinoso del perineo.
- B. C. Músculo bulbocavernoso.

### Fosa isquiorrectal

La fosa o espacio isquiorrectal es un espacio triangular, lleno de tejido conectivo laxo y grasa, situado a ambos lados del recto, entre él y las tuberosidades del isquion. El vértice de la cavidad está dirigido hacia arriba y la base hacia el perineo.

Gant describe estas fosas del modo siguiente:

“Su profundidad varía entre 3.5 centímetros por delante, y 5 centímetros por detrás, y en su parte más inferior y más ancha está en relación con los esfínteres externos e internos, y los músculos coxígeo y elevador del ano; por fuera, con las tuberosidades isquiáticas y la fascia obturadora; por la parte anterior, con la fascia superficial y perineal, y posteriormente, con el borde del músculo glúteo mayor y con la fascia que lo reviste, que se continúa con el gran ligamento sacrociático. En la envoltura formada por la fascia obturadora, se encuentran las arterias, venas y los nervios pudendos internos. Los vasos hemorroidales inferiores y los nervios atraviesan la porción central de la fosa isquiorrectal, en su paso hacia el conducto anal, por el cual se distribuyen, mientras en la porción anterior de este espacio se hallan los vasos y nervios perineales superficiales. La grasa y el tejido conectivo llenan la fosa y actúan como un soporte elástico para el recto, motivando que las paredes laterales del recto permanezcan en contacto. La fosa isquiorrectal tiene importancia quirúrgica, debido a que con frecuencia se forman abscesos y fístulas relacionadas con ella.”

### Colon sigmoideo

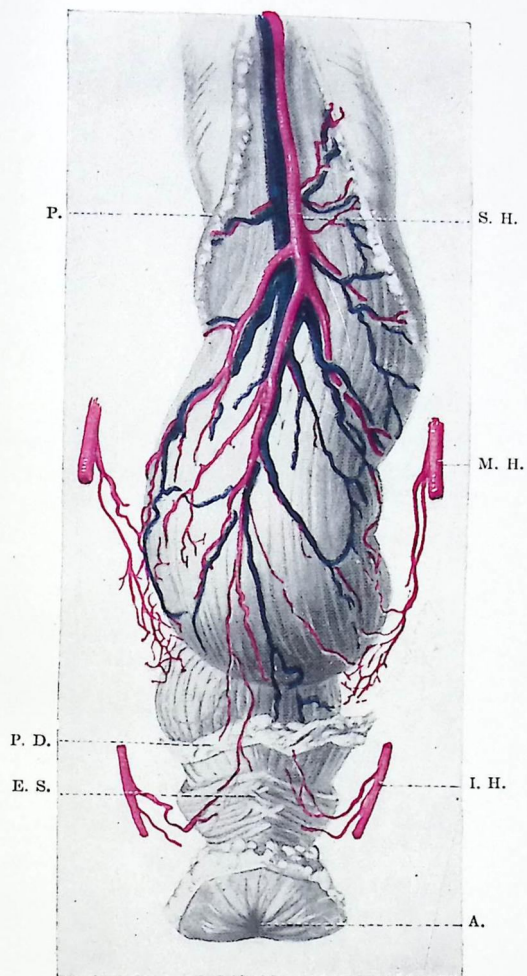
El colon sigmoideo es la porción del intestino grueso que se extiende desde su unión con el recto, en la sínfisis sacroilíaca izquierda, hasta un punto situado enfrente de la cresta del ilion, donde se continúa con el colon descendente. El nombre de colon o flexura sigmoidea se debe a su doble curva. Es un órgano envuelto por el peritoneo, y está fijado por un mesenterio que se conoce con el nombre de *mesosigmoide*. Su longitud se calcula en 45 a 50 centímetros. Cuando está vacío, la mayor parte del colon sigmoideo asienta en la fosa ilíaca izquierda y una porción de él puede penetrar en el interior de la pelvis. Cuando está lleno, se eleva

y ocupa la fosa ílica derecha, así como la izquierda. Se compone de cuatro capas, que corresponden a las del recto, y además presenta sobre su superficie externa, y en relación opuesta a su inserción mesentérica, una banda muscular longitudinal. Su porción más estrecha está en su unión con el recto. Debido a la longitud de su mesocolon, la flexura sigmoidea tiene tendencia en algunos casos a prolapsarse e invaginarse dentro del recto.

### Irrigación sanguínea

Las arterias del recto son las *hemorroidales superior, media e inferior*, y algunas veces una rama de la *sacra media* y la *vesical*. El vaso más grueso e importante es la *arteria hemorroidal superior*, que es continuación directa de la *mesentérica inferior*. Esta arteria, que está situada en la cara posterior del recto, un tanto a la izquierda de la línea media, se dirige hacia abajo, desde el mesenterio del colon sigmoideo, a la porción superior del recto, a una distancia de 10 a 11 centímetros del ano. Aquí se divide en dos ramas principales: la derecha y la izquierda, que casi inmediatamente se subdividen en dos o tres ramas en el lado izquierdo, y tres o cuatro más delgadas en el derecho, que descienden por el recto hasta casi llegar al ano, relacionándose con cierto número de ramas anastomóticas, algunas de las cuales pasan a través de la capa muscular del intestino hasta la submucosa, donde finalizan en cierto número de ramas terminales, repartiéndose en cada una de las columnas de Morgagni. La *arteria hemorroidal media* parte de la *iliaca interna* y penetra en el recto en ambos lados, a través de los ligamentos laterales, donde se desdobra en varias ramas que irrigan las capas externas del intestino, pero no la mucosa. La *arteria hemorroidal inferior* o *externa* procede de la *pudenda interna*, pasa a través de la fosa isquiorrectal y se distribuye en los músculos del conducto anal. Esta arteria irriga la porción cutánea del ano y la piel circundante de sus márgenes, pero no la mucosa.

**Venas.**—Las venas del recto siguen a las arterias. La *vena hemorroidal superior*, conduce la sangre del recto has-



## LAMINA II

Vasos sanguíneos del recto (según Ball).

S. H. Arteria hemorroidal superior.

M. H. Arteria hemorroidal media.

I. H. Arteria hemorroidal inferior.

A. Ano.

E. S. Músculo esfinter externo.

P. D. Diafragma pelviano.

P. Borde cortado del peritoneo.



ta la *vena mesentérica* inferior y directamente a la *circulación porta*. En la misma forma que se observa en todo el sistema porta, la vena hemorroidal superior no posee válvulas. Las *venas hemorroidales media e inferior*, conducen la sangre del ano y de la región circunanal, a la circulación venosa general, a través de la *vena iliaca interna*. El *plexo hemorroidal* está compuesto de un buen número de venas anastomóticas situadas en el tejido submucoso y subcutáneo del conducto anal, que se drena ampliamente a través de las venas hemorroidales superiores.

### Vasos linfáticos

Los vasos linfáticos de la membrana mucosa del recto se comunican con cierto número de pequeños ganglios, conocidos con el nombre de ganglios *postrectales*, situados entre el recto y el sacro, desde donde los vasos linfáticos pasan hacia el *mesenterio* de la *flexura sigmoidea*. Los vasos linfáticos de la piel del ano y de la región circunanal, se comunican por la cara interna de los muslos, con los ganglios *inguinales*. Es importante recordar estas conexiones pues la invasión precoz de los ganglios *inguinales* indica procesos *malignos* o *infecciosos* situados en la región del ano, mientras que las enfermedades del recto mismo infiltran los ganglios *presacros* o *postrectales*, los *lumbares* y los *mesentéricos*.

La mitad superior del *recto carece de nervios sensorios*. El *ano* y el *conducto anal* y la *porción inferior* del *recto* los poseen, por el contrario, en *abundancia*. Esto explica la relativa *ausencia de dolor* cuando la enfermedad asienta en el *recto* y los *intensos sufrimientos* originados por las lesiones del *conducto anal*. Los nervios sensorios del ano proceden del *plexo sacro*. El músculo esfínter externo está innervado por ramas del *plexo sacro*, especialmente del *tercero*, *cuarto* y *quinto* nervios. El *nervio esfínteriano menor de Morestin*, que tiene gran importancia en la producción de la anestesia local para la relajación del esfínter del ano, es descrito por Tuttler del modo siguiente: "Un filamento derivado del cuarto y quinto nervios sacros, y que se dirige hacia abajo, siguiendo la concavidad del sacro, a través del elevador del

ano y del ligamento rectocoxígeo, alcanzando, finalmente, la porción superficial posterior del esfínter extremo". El elevador del ano está también inervado por ramas del *plexo sacro*. Aunque el ano y el recto reciben su inervación de los sistemas *simpático* y *cerebroespinal*, el principal nervio del recto es *simpático*, y sus ramas derivan de los *plexos mesentérico, sacro* e *hipogástrico*. La inervación *cerebroespinal* está formada por filamentos derivados del *tercero, cuarto y quinto nervios sacros*.

## CAPITULO II

### SINTOMAS QUE LLAMAN LA ATENCION HACIA LAS ENFERMEDADES DEL RECTO

Se ha calculado que un paciente de cada siete, llega a encontrar un alivio o a curar totalmente, por el tratamiento de estados patológicos que se descubren únicamente, por medio del examen del recto. En muchos casos el médico es consultado a causa de dolor localizado, tumefacciones, hemorragias, exudados, dolor a la presión, irritación u otros síntomas, que atraen la atención hacia la región anorrectal. Sin embargo, muchos otros síntomas de carácter más general, como trastornos de la digestión, de la menstruación y de las funciones de los órganos urinarios, así como el dolor de cabeza y de espalda, la ciática, la neuritis, la artritis, la anemia, o el asma y el acné vulgar, indican estados patológicos cuyo foco de infección se halla en las regiones de la parte inferior del intestino.

**Dolor.**—Este es el síntoma que con más frecuencia da lugar a que el enfermo acuda al médico. Puede estar localizado en el orificio anal, en el conducto anal, o en la parte inferior del recto. Puede ser agudo, sobrevenir repentinamente, ser paroxismal, tener carácter de ardor, pulsátil o tener el carácter "sordo". La índole del dolor, el momento en que se presenta y su relación con las evacuaciones del intestino son importantes, pues muchas veces dan la clave del diagnóstico. El dolor agudo, como de un cuchillo o de una quemadura, o picadura, o el carácter espasmódico que sobreviene en el momento de la defecación, o después de él, son siempre indicios de una lesión del conducto anal. Los dolores repentinos, lancinantes, que se presentan en los intervalos entre las defecaciones, tienen también su origen en la misma región. El dolor pulsativo indica estados inflamatorios agudos y subagudos; éstos pueden ser abscesos tegumentarios, anales o perirrectales. En estos últimos, la temperatura asciende notablemente y el examen de la sangre muestra

marcada leucocitosis. El dolor "sordo"<sup>1</sup>, intermitente o constante, puede ser producido por hemorroides, pólipos, prolapso, fistulas, ulceraciones del recto o neoplasmas malignos.

Algunos estados patológicos de la cavidad rectal pueden progresar mucho sin originar dolor, debido a la pobreza de la inervación sensoria de esa región. Sin embargo, es frecuente referir a otras partes del cuerpo, como el sacro, el útero, la vagina, la vejiga, la uretra, el pene, el escroto, también los nervios ciáticos o la región inguinal, los dolores producidos por estados patológicos del recto que no provocan dolor local alguno.

**Dolor a la presión.**—El dolor a la presión en la región circunanal indica de ordinario la formación de un absceso o de una fistula. La sensibilidad del ano anuncia estados inflamatorios o ulceraciones.

**Espasmo.**—Se produce por cualquier irritación de los esfínteres. Son causas frecuentes de espasmos del ano: las fisuras anales, las ulceraciones, las escoriaciones, los abscesos, así como la criptitis, la papilitis o los cuerpos extraños.

**Hemorragia.**—Es uno de los síntomas más frecuentes que se presentan en las enfermedades del ano y del recto y que siempre deben dar motivo para realizar un examen completo del ano, del recto y de la flexura sigmoidea. La hemorragia es más común en los adultos que en los niños. Puede ser muy profusa o escasa, o simplemente una o dos gotas. Frecuentemente se produce durante la defecación, pero también se presenta en cualquier otro momento. La sangre puede salir líquida o coagulada, pura o mezclada con moco, pus, heces o fragmentos de tejidos enfermos. La sangre fresca indica de ordinario hemorragia local, pero también puede descender de algún segmento del colon. El color oscuro de la sangre indica que procede de un lugar más elevado del intestino. Las hemorragias rectales pueden ser producidas:

- 1º—Por enfermedades locales.
- 2º—Por traumatismos.
- 3º—A consecuencia de intervenciones quirúrgicas.

---

<sup>1</sup> Dolor de poca intensidad, pero continuo. (Nota del Trad.)

Esta última causa no tiene por qué ser considerada, y en cuanto a los traumatismos, basta mencionarlos. Las enfermedades locales del recto que producen hemorragias son:

- 1º—Hemorroides internas.
- 2º—Prolapso.
- 3º—Fisuras.
- 4º—Ulceraciones.
- 5º—Estrecheces.
- 6º—Procesos malignos.
- 7º—Proctitis.
- 8º—Concreciones fecales.
- 9º—Poliposis.
- 10º—Crecimientos vellosos.
- 11º—Chancroide y chancro.
- 12º—Condilomas.

También causan hemorragias locales del recto, las siguientes enfermedades:

- 1º—Disentería amibiana o bacilar.
- 2º—Colitis ulcerosa (específica o no específica).
- 3º—Invaginación intestinal.
- 4º—Embolias de la arteria mesentérica.
- 5º—Congestión de la vena porta.

Algunas enfermedades generales como el paludismo, el escorbuto, la tuberculosis, la fiebre tifoidea y otras, pueden presentar, durante su curso, heces hemorrágicas, pero no serán consideradas en esta obra, pues la enfermedad que las motiva ya ha sido diagnosticada cuando la hemorragia se presenta. Puede mencionarse, sin embargo, que la expulsión de moco manchado de sangre en la fiebre tifoidea, es muchas veces señal de alarma, indicadora de hemorragia y perforación.

El tipo de hemorragia característico de los diversos estados patológicos será expuesto en los respectivos capítulos. En muchos casos sólo se descubre el cáncer del recto, cuando ha dado lugar a su oclusión casi completa y a la invasión de otros órganos que hubieran podido llegar a la curación, de haber sido examinado el recto cuando por primera vez se ma-

nifestaron las hemorragias. Este síntoma tiene mucha importancia. *Las hemorragias rectales no deben ser descuidadas, contentándose con el diagnóstico de hemorroides o cualquier otro, sino que constituyen motivo fundado para realizar un examen completo, cuya técnica será descrita en el siguiente capítulo.*

**Prurito.**—El prurito del ano o del perineo, del escroto o de la vulva, acompaña frecuentemente algunas enfermedades anales o rectales. El grado e intensidad del prurito varía desde la ligera sensación de incomodidad e irritación, una moderada sensación de hormigueo después de las evacuaciones, hasta el más intenso y persistente prurito anal. Algunas enfermedades generales, como la diabetes y la uricemia, predisponen al prurito de cualquier parte del cuerpo. Cuando esos pacientes tienen un estado patológico en la región del ano, aun insignificante, sufren por lo común, prurito, además de otros síntomas. Según nuestra experiencia, en casi todos los enfermos que padecen prurito, como síntoma predominante, tiene su origen en alguna lesión de la región anorrectal.

**Prolapsos.**—Aunque la forma más común es alguna de las variedades de hemorroides, también hay que recordar que otros diversos estados patológicos pueden manifestarse en masas que salen a través del orificio anal; tales son el prolapso del ano, los pólipos, las papilas hipertrofiadas y el cáncer. Al interrogar a un paciente respecto de su enfermedad, habrá que tener en cuenta si el prolapso se presenta o no al defecar, si es necesario realizar esfuerzos para que se produzca, o si aparece espontáneamente; en fin, habrá que averiguar si puede ser reducida, y en este caso, si la reducción se logra o no con facilidad. Es necesario interrogar también acerca de su número, si tiene tendencia a permanecer fuera del esfínter y si al aparecer o al reducirse se acompaña de hemorragia o dolor.

**Tumoraciones.**—Las tumoraciones que se encuentran en la región perianal pueden ser lisas y redondeadas, en forma de nódulos, rugosas, duras o blandas, y fluctuantes, y son originadas por hemorroides externas, abscesos, quistes sebáceos, lipomas, condilomas, granulomas u orificios externos de fístulas. Una tumefacción redondeada que se presenta al lado del ano, acompañada de dolor de carácter pulsativo, con

ascenso de temperatura, suele indicar que se trata de un absceso marginal o isquiorrectal. Una protuberancia redondeada, dura, que aparece repentinamente en las márgenes del ano, que se acompaña con intenso dolor pulsativo, suele indicar trombosis aguda de hemorroides externas. Un racimo de pequeñas elevaciones rugosas en el orificio anal, de ordinario en la parte posterior, es casi siempre un condiloma o un granuloma.

Una elevación papular pequeña, en cualquiera parte de la región perianal, con exudado purulento, es frecuentemente la abertura externa de una fistula. Esta puede ser única o múltiple.

**Exudados.**—Los antecedentes de haber habido exudado por el ano, exigen el examen anoscópico y proctoscópico. Las hemorragias ya han sido descritas anteriormente. El escurrecimiento de *moco*, que puede ser producido por cualquier irritación aguda o crónica, acompaña prácticamente todos los procesos rectales y puede tener su origen en algún foco inflamatorio del colon. En consecuencia, siempre que se produzca descarga de moco, debe ser explorada la flexura sigmoidea. Los exudados *purulentos* pueden proceder de una colitis, pero con mayor frecuencia indican un absceso, una "fistula ciega", una ulceración rectal o un proceso maligno. El *olor* que acompaña los exudados cuando se trata de estos últimos, tiene mucha importancia para el diagnóstico. Algunos pacientes que se quejan de prurito o de irritación local de la región anal, suelen añadir también que tienen dichas partes *húmedas*. Hay que pensar entonces en la posibilidad de alguna irritación, traumatismo o enfermedad de las criptas de Morgagni, que pueda explicar este síntoma.

**Estreñimiento.**—Ningún caso de estreñimiento, particularmente crónico, debe ser tratado hasta realizar un completo examen. Algunos casos diagnosticados como estreñimiento, que se consideran de tipo funcional, son en realidad debidos a causas mecánicas. La coloptosis, el riñón flotante, el prolapso, las estrecheces, las válvulas rectales hipertrofiadas, la hipertrofia prostática, los desplazamientos uterinos, las adherencias intestinales, el rectocele, las heridas perineales, las concreciones fecales y algunos otros estados patológicos, pueden causar una obstrucción, por una causa puramente mecánica, que se descubre después de un detenido examen.

**Diarrea.**—La diarrea crónica por sí propia, o alternada con estreñimiento, es un síntoma frecuente de carcinoma y de colitis simple o ulcerosa. Por tanto, tales procesos deben ser confirmados o excluidos por la exploración antes de comenzar el tratamiento. La diarrea persistente, acompañada o no de cólico y dolor, y que se presenta en individuos al parecer sanos, sugiere un proceso maligno incipiente. La diarrea aparente que en realidad no es más que una involuntaria expulsión de heces normales, es debida a la debilidad de los esfínteres, originada por traumatismos o por una *tabes dorsal* u otra enfermedad medular en su comienzo. Esta alteración se denomina ataxia del esfínter.

**Heces alteradas.**—Las modificaciones del aspecto normal de las heces tienen a menudo gran importancia. Así, las heces duras abundantes, de la prolongada retención fecal, difieren mucho de las heces en forma de cordoncillo que se presentan en los casos de espasmo o de estrechez. El color, la consistencia, la cantidad, así como la aparición de sangre, pus o moco, deben ser siempre objeto de nuestra atención.

**Dorsalgia sacra.**—Muchas veces es el único síntoma subjetivo de los procesos malignos incipientes. Con frecuencia acompaña las hemorroides internas, el prolapso, así como las neoplasias benignas. Es un síntoma que siempre exige el examen rectal. Algunos estados de obstrucción de la flexura sigmoidea, así como la sigmoiditis y las concreciones fecales, suelen ser causa de sensación de peso o constricción en la pelvis. Cuando estos síntomas se presentan en la mujer, y el examen ginecológico permite excluir las enfermedades del útero y de los anexos, está indicada la fluoroscopia y la sigmoidoscopia.

**Dolores fulminantes en las piernas.**—Tales dolores, particularmente en el lado izquierdo, acompañan a todos los tipos de procesos rectales. Las úlceras rectales pueden simular completamente la ciática. Algunas formas de artritis requieren la investigación de un foco de infección en el ano y en el recto. Es un síntoma curioso, que se observa algunas veces en las úlceras del recto. Los abscesos isquiorrectales causan frecuentemente dolores lancinantes en las extremidades inferiores.

**Menstruación dolorosa y escasa.**—Tal ocurre en mujeres cuyo aparato genital es normal, pero que padecen ulcera-

ciones de la pared rectal anterior, fisuras o hemorragias que se descubren por la exploración rectal.

**Trastornos urinarios.**—Las micciones frecuentes y dolorosas, la sensación de presión en la vejiga, el dolor y el ardor en el cuello vesical, la enuresis, pueden ser síntomas de procesos rectales y anales. Las fisuras, las úlceras y las hemorroides anteriores son las causas más frecuentes de irritación vesical.

**Trastornos generales.**—La falta de apetito, las alteraciones digestivas, las náuseas, el dolor de cabeza, la neuritis, la artritis, el vértigo, y la fiebre, son frecuentemente síntomas de infecciones locales o de autointoxicaciones causadas por la alteración de las funciones de la porción inferior del intestino, cuya causa puede encontrarse merced a la exploración rectal.

**Anemia.**—Las personas que padecen anemia deben ser interrogadas acerca de la existencia de hemorragias rectales, pues no es raro que las hemorroides internas, las ulceraciones o los procesos malignos no diagnosticados, den lugar a hemorragias tan intensas que produzcan anemia.

**Inquietud en los niños.**—Cuando un niño está intranquilo durante la noche y continuamente se frota la nariz y se rasca el ano o los genitales, debe pensarse en la existencia de oxiuros, debiendo realizarse la exploración del ano.

**Cuerpos extraños.**—Los antecedentes de haber tragado un cuerpo extraño, como la semilla de un fruto, una cáscara, un alfiler o una espina, seguidos a los pocos días de dolor anal o tenesmo, debe sugerir el examen del recto, pues la causa del trastorno puede encontrarse sobresaliendo por el orificio de una de las criptas de Morgagni.

## CAPITULO III

### EXPLORACION DEL PACIENTE

#### **Instrumental y local**

Merece especial consideración cuanto se refiere a la instalación del consultorio. Un consultorio ideal debe estar constituido por una sala de espera, una de consulta, laboratorio, retrete, una sala de exploraciones u operaciones y cuartos donde los pacientes puedan descansar después de haber sido examinados. Estas habitaciones deben estar situadas a cierta distancia de la sala de espera y separada por tabiques aisladores del sonido. No es una perspectiva agradable para un enfermo, que nerviosamente espera su turno, escuchar a través de delgados tabiques la historia de los otros enfermos o los quejidos y exclamaciones de los pacientes doloridos o histéricos durante la exploración. Cuando la sala de exploraciones está separada de la sala de espera por tabiques de vidrio deslustrados, los que aguardan asisten, en realidad, a una escena de siluetas.

Quien tenga que practicar operaciones de cirugía menor y curaciones, debe disponer del instrumental adecuado. Las salas de operaciones bien equipadas y con su instrumental correspondiente sirven también como salas de exploración. La sala no debe ser tan grande que sea incómoda por lo alejado que esté todo el instrumental, ni tan pequeña que impida moverse fácilmente. El suelo debe ser de mosaico o de piedra granítica u otro material que permita su fácil limpieza. Las paredes deben estar cubiertas con azulejos, esmaltadas o revestidas de algún material que permita su lavado rápido. Todas las esquinas deben ser redondas y en su construcción debe intervenir la cantidad menor posible de madera.

La disposición de las habitaciones, depende, en primer término, de la disposición del edificio, pero cuando se pueda elegir, dependerá de si la luz más intensa se desee por la mañana o por la tarde. Debe disponerse de cortinas gruesas para que la sala de operaciones o de exploración pueda obscurecerse cuando se emplee la luz artificial. Las paredes y

todos los muebles deben estar pintados en colores claros, preferentemente verde.

El mobiliaje necesario consiste en una mesa de operaciones, especialmente la destinada para los proctólogos, que puede ser adaptada para las diversas posiciones; cajas de instrumentos de vidrio y metal, mesa de instrumentos con su parte superior de vidrio, banco giratorio, esterilizador, recipientes metálicos, bandejas, recipientes para curaciones, cubos, aire comprimido, instalación de agua, gas, luz eléctrica, etc.

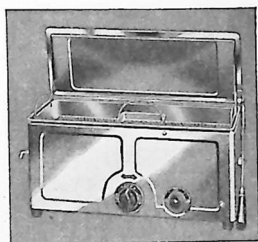


Fig. 5.—Esterilizador eléctrico de instrumentos.

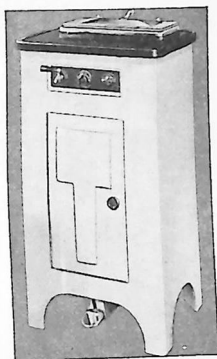


Fig. 6.—Esterilizador eléctrico con mesa para instrumentos.

Cuando no es posible disponer de un retrete al lado de la sala de operaciones debe prepararse un bacín portátil. La sala de reposo es realmente una necesidad.

Una mesa de exploración es preferible a una silla quirúrgica. El paciente prefiere colocarse sobre una mesa para ser examinado, a sentarse en una silla donde es cambiado bruscamente de posición mediante una palanca. Las sillas quirúrgicas siempre son molestas y no pueden compararse con una mesa de operaciones metálica y limpia, que puede

adaptarse a cualquiera posición. Sobre la mesa se colocará un cojín de crin, de dos o tres centímetros de grueso, cubierta con hule blanco. El grosor de la colchoneta no debe ser ni tan delgado que se sienta la dureza de la mesa, ni tan voluminoso que se hundan los glúteos del enfermo. La superficie de la mesa puede cubrirse con toallas de papel higiénico que se cambia fácilmente para cada enfermo.

Aunque es muy deseable disponer de un equipo como el que se ha descrito, el examen puede, sin embargo, hacerse en

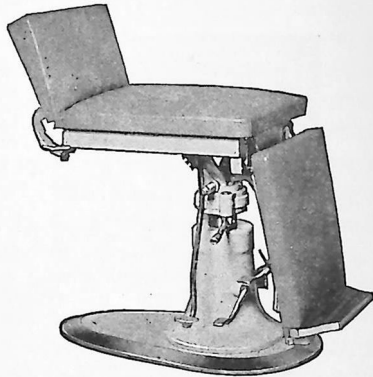


Fig. 7.—Mesa de Hanes, muy útil para la sigmoidoscopia en posición invertida.

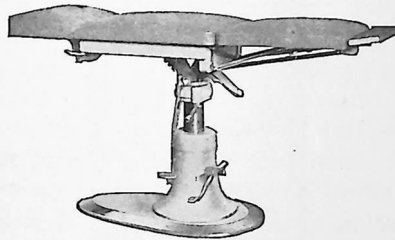


Fig. 8.—Mesa de Hanes extendida.

cualquier mesa o cama, que esté bien iluminada. Describiré la técnica que yo empleo, no porque crea que sea la ideal para todos los médicos, sino porque me parece la mejor y más satisfactoria, según mi experiencia.

### Exploración

En primer término, el paciente debe ser interrogado en la sala de consulta, y para que se exprese fácilmente, se le dejará que haga espontáneamente el relato de sus dolencias.

Aquellos síntomas más importantes que relate, deberán luego ser investigados más detenidamente. Cuando haya terminado su relación debe ser interrogado de un modo sistemático, anotando su historia en hojas especiales que se tienen para este fin. Los variados síntomas que descubrimos de este modo permiten sospechar el diagnóstico, pero, como ya hemos dicho en el capítulo anterior, no debemos darnos por satisfechos hasta haber realizado un completo examen proctoscópico. Por tanto, el paciente pasará a la sala de exploración, donde se le preparará para ser examinado. El enfermo debe despojarse de todos los vestidos, fajas, etc., que dificulten la respiración o modifiquen la posición de los órganos abdo-

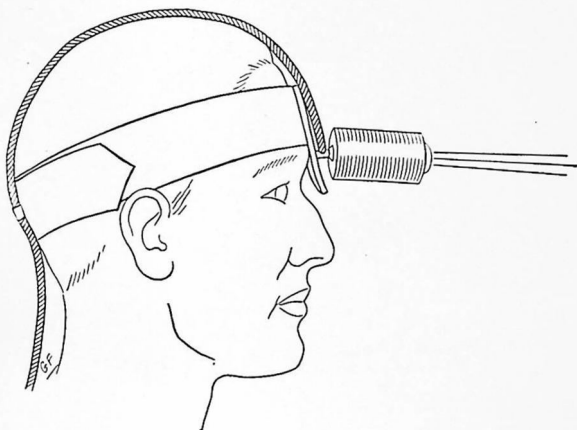


Fig. 9.—Foco luminoso frontal.

minales. El enfermo se colocará sobre la mesa en la posición lateral izquierda de Sims, cubriendo su cuerpo con una sábana, de forma que sólo descubra la región a examinar.

Una vez colocado así el paciente, se examinarán cuidadosamente el ano, el perineo, las nalgas y los órganos genitales, valiéndose de la luz del día o mediante el foco luminoso frontal. Serán atentamente examinadas la coloración, las partes que salgan a través del recto, las tumoraciones, las tumefacciones, las grietas, las erupciones, las costras, las cicatrices, los exudados o cualquiera otra anomalía de las partes examinadas.

**Exploración digital.**—Estando el paciente en la posición indicada, la exploración siguiente es la digital.

Para realizar esta exploración se usarán siempre guantes o dedos de goma. El dedo explorador será previamente lubricado. En el comercio se encuentran diversos lubricantes, pero la vaselina o el aceite esterilizados responden ampliamente a este fin. El lubricante que yo uso y que me proporciona excelentes resultados, es el siguiente:

Rp.

Oxicianuro de mercurio	0.24 grs.
Glicerina	20.00 "
Goma tragacanto	3.00 "
Agua	100.00 "

Repártase en tubos de estaño de 60 gramos.

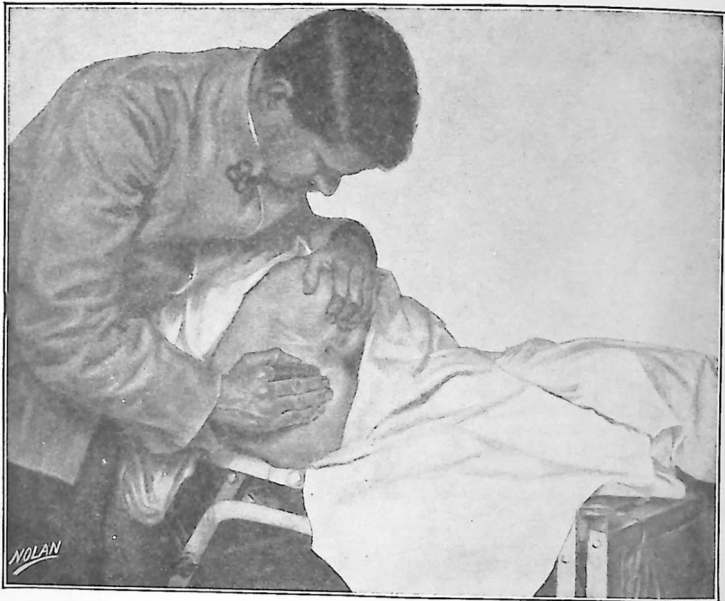


Fig. 10.—Exploración externa. Esta figura muestra la situación del médico y del paciente, e indica hasta qué punto puede ser dilatado el ano, por tracción de la piel, separando los glúteos.

La posición del paciente para la exploración digital es muy importante. El antiguo método de colocar al paciente encogido o recostado en una mesa o silla, y luego introducir el dedo índice, debe ser proscrito. Es más fácil, cómodo y de más valor, examinar al paciente en la posición lateral de Sims; en esta posición el enfermo está cómodo y tranquilo y las partes que se exploran se muestran del modo más claro, contribuyendo al buen éxito del examen.

El empleo del guante o dedal de goma está indicado por varias razones. En primer lugar, protege al explorador de una posible infección, y evita que el dedo se ensucie con materias fecales, pus o excreciones de olor desagradable; no entorpece la sensación del tacto, que llega a educarse de tal modo que, aun usando guante, es muy delicada. Desde el punto de vista del paciente, también es mucho mejor, pues la goma lisa que cubre el dedo permite que penetre mucho más fácilmente que el dedo desnudo, no existiendo además el peligro de provocar dolor en el área sensible al lesionarla con la



Fig. 11.—Método incorrecto de exploración digital. Este método era considerado como el único adecuado para realizar la exploración digital del ano y del recto. Contrasta con la figura siguiente.

uña. Cuando es necesario hacer una exploración digital de urgencia y no se dispone de guante ni dedal, la uña debe estar perfectamente recortada, rellenando sus bordes y su filo raspando la superficie de un trozo de jabón. El resto de la uña se cubrirá con espuma de jabón, vaselina o cualquier lubricante que se tenga a mano. Después de realizado el examen, se quita el material lubricante mediante trapos secos o algodón absorbente, antes de proceder al lavado de las manos.

La posición del paciente y del médico que practica el examen, puede observarse en las correspondientes figuras. Para evitar el innecesario dolor cuando existe una lesión del

conducto anal, se inserta primero el dedo meñique, y luego se apoya sobre el ano el índice, con su superficie de flexión hacia la comisura posterior y se ordena al paciente que puje. Se conserva siempre el dedo bastante flojo, en previsión de cualquiera emergencia y nunca demasiado rígido. Al principio se dirigirá el dedo hacia delante y, cuando se hayan vencido los esfínteres, se empujará hacia atrás y hacia arriba. Una vez conseguido esto, se recorren las diferentes superficies del conducto anal y de la parte inferior del recto.

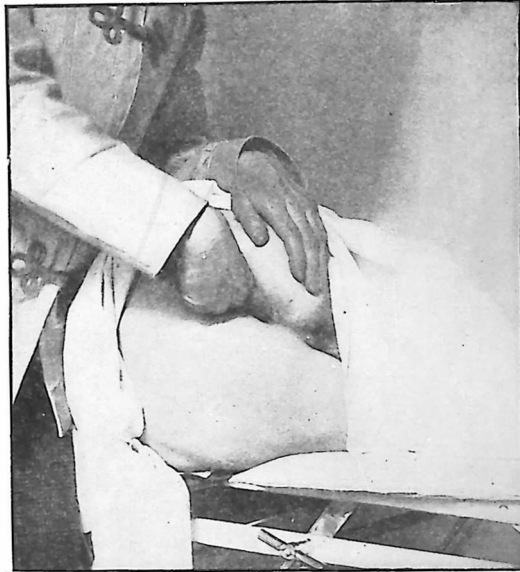


Fig. 12.—Método correcto de exploración digital. Estando el paciente en la posición lateral de Sims, el explorador colocado detrás del enfermo, la exploración digital del ano y del recto puede ser realizada de modo mucho más completo y cómodo para ambos.

Debe observarse si está aumentada o disminuída la resistencia normal del esfínter. El aumento de la resistencia se debe a estrecheces, espasmos o alguna lesión dolorosa. La disminución o ausencia de la resistencia es debida a lesión de los esfínteres, malformaciones congénitas o lesiones medulares (*tabes dorsal*) incipientes. La ataxia del esfínter es muchas veces uno de los primeros signos de la *tabes dorsal*. Se observará cuidadosamente si existe algún cambio de la blandura normal, de la sensación aterciopelada de esta región y si se

presentan elevaciones, depresiones o induraciones. La posición de las heces es también importante, sobre todo cuando existen síntomas de obstrucción. Por tanto, es interesante no administrar enemas antes de la primera exploración digital. A no ser que se desee examinar el estado del recto o practicar una exploración rectoabdominal, no debe hacerse la exploración demasiado profunda para buscar el origen de los síntomas dolorosos. La mayor parte de estas enfermedades puede ser descubierta sin necesidad de profundizarse más de 5 centímetros desde el orificio anal. A menudo, al introducir

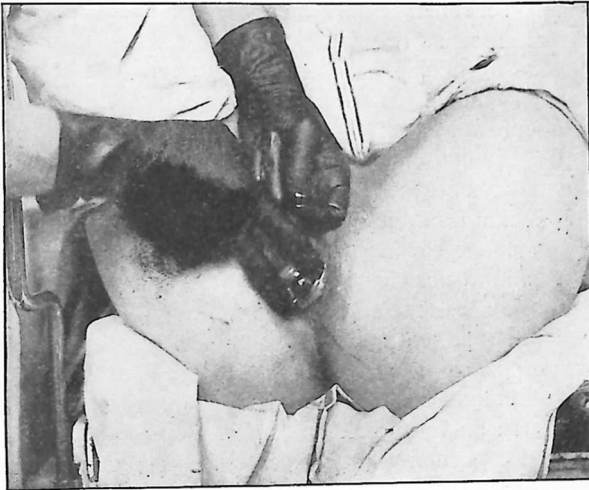


Fig. 13.—Eversión vaginal del ano. Este método es eficaz para examinar la pared anterior del ano y de la porción inferior del recto, particularmente en las mujeres que han parido y que tienen un perineo laxo.

el dedo, los pólipos, excrecencias papilares y, particularmente las hemorroides son empujadas hacia el recto, dando la impresión de que su asiento es más profundo que el verdadero. Así, pues, al sacar el dedo se obtiene a menudo información más precisa que en el momento de introducirlo.

Cuando los esfínteres son muy sensibles o están contraídos y la exploración digital es imposible de realizar sin producir dolor, puede recurrirse a la anestesia local para relajarlos. La técnica de la anestesia local será descrita en el próximo capítulo.

En las mujeres, se completa el examen mediante la exploración *vaginoanal*, que se efectúa introduciendo el dedo índice en el recto, y el pulgar en la vagina, o usando las dos manos cuyos índices se introducen uno en la vagina y otro en el recto. En las mujeres, cuando el perineo es laxo, a menudo se puede volver hacia fuera el ano, presionando con el dedo índice introducido en la vagina, hacia abajo y afuera, mientras se abre el ano con el dedo índice y el pulgar de la otra mano.

La posición de *litotomía* o posición dorsosacra, aunque no es muy conveniente para la inspección ocular completa de las partes externas ni para el uso del anoscopio, ni tampoco es del todo agradable para el paciente, conviene algunas veces para el examen de los enfermos que sufren de enfermedades anorrectales. Si por alguna razón el enfermo no se encuentra cómodo en la posición lateral (lo que puede ocurrir cuando existe artritis o alguna afección articular), o cuando, debido a la abundante cantidad de tejido adiposo, las nalgas no puede separarse fácilmente en dicha posición, estará indicada la posición de litotomía o dorsosacra. Se invita al paciente a acostarse sobre la mesa, después de haberse despojado de la ropa, extendiendo un paño sobre él. Las rodillas se flexionan sobre los muslos y éstos sobre el abdomen, arrastrando las nalgas hacia los bordes de la mesa. Las piernas se mantienen en esta posición por un ayudante, o utilizando los estribos o perneras que poseen las mesas quirúrgicas. En esta posición, el espacio perineal y la región perianal pueden inspeccionarse y palparse. Cuando se trata de una mujer, se realiza al mismo tiempo el examen de los órganos genitales. Cuando se trata de hombres, se examinan también de este modo, la próstata y las vesículas seminales y, en ocasiones, es posible darse cuenta de la dirección de los trayectos fistulosos, mejor que en la posición lateral. El estado del coxis puede observarse estando el paciente en la posición de litotomía o dorsosacra, introduciendo un dedo en el recto y colocando la otra mano en la región del coxis, o introduciendo el dedo índice en el recto mientras que con el pulgar de la misma mano se palpa por fuera el coxis.

En la posición *dorsosacra* se practica la exploración bimanual abdominovaginal y abdominorrectal. Es buena práctica efectuar ambas exploraciones consuetudinariamente en todos los pacientes, pues así pueden descubrirse muchas ve-

ces procesos incipientes del abdomen antes de que den lugar a síntomas subjetivos. En todos los casos en que existan dorsalgia sacra, sensación de peso en la pelvis, o sangre en las heces o diarrea, es absolutamente necesaria la palpación abdominorrectal, introduciendo, lo más profundamente posible el dedo índice en el recto y colocando la otra mano sobre las fosas ilíacas izquierda y derecha y sobre el pubis.

La posición en *cuclillas*, o sea la posición que la gente del campo toma para la defecación, tiene a menudo gran valor en el diagnóstico de los estados patológicos que estamos estu-

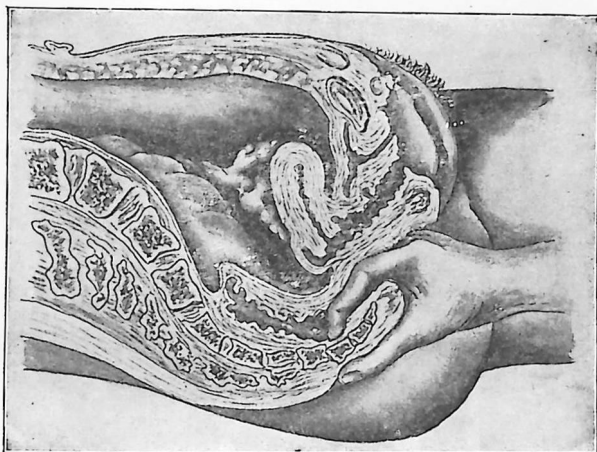


Fig. 14.—Método para explorar el coxis con una mano. Puede realizarse también con una mano situada sobre la región del coxis introduciendo el índice de la otra mano en el recto. (Hirst: *Diseases of Women*.)

diando, pues facilita la propulsión a través del orificio anal. Se ordena al paciente despojarse de sus ropas y colocarse en cuclillas, como si fuera a defecar. Debe colocarse debajo un recipiente, pues durante estos esfuerzos pueden eliminarse heces, pus, sangre u otras excreciones. Se invita al paciente a hacer esfuerzos; de esta manera podemos darnos cuenta fácilmente de la existencia de hemorroides internas que se prolapsan, pólipos, o prolapso del recto.

**Exploración interna.**—Antes de proceder a la exploración interna debe vaciarse el recto mediante una enema de agua con bicarbonato de sodio. Cuando el paciente está en posición lateral o de Sims, puede lograrse fácilmente la lim-

pieza del recto introduciendo alrededor de 500 gramos o más, de la solución indicada, a través de un catéter de goma blanda, ordenando luego al enfermo que se levante y expulse el líquido en el inodoro.

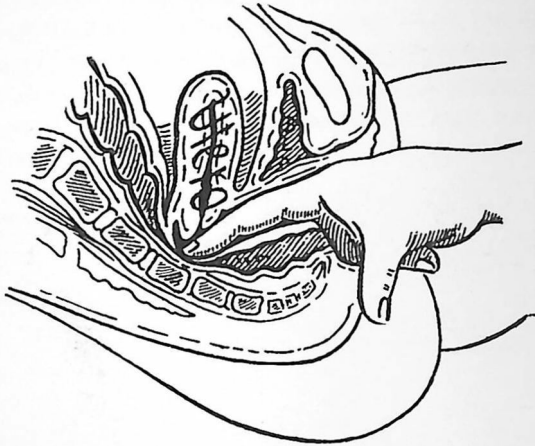


Fig. 15.—Palpación del recto a través de la pared vaginal posterior. (Ashton: *Practice of Gynecology*.)



Fig. 16.—Posición en cuclillas.

La inspección interna del ano, del recto y de la flexura sigmoidea, se realiza preferentemente estando el enfermo en posición *genuacromial*, esto es, apoyado en las rodillas y los hombros. Para esta posición, el enfermo, que ha estado an-

tes en la posición de Sims, se arrodilla sobre la mesa, mientras el médico coloca el hombro izquierdo del paciente, en contacto con la mesa. No se permitirá al enfermo apoyarse sobre los codos, pues el tronco debe formar un plano inclinado que facilite la dilatación atmosférica del recto cuando se introduzcan los instrumentos correspondientes, al par que permita que los restantes órganos abdominales se alejen del recto. Las figuras adjuntas (17 y 18) muestran las diferencias entre las posturas correcta e incorrecta.

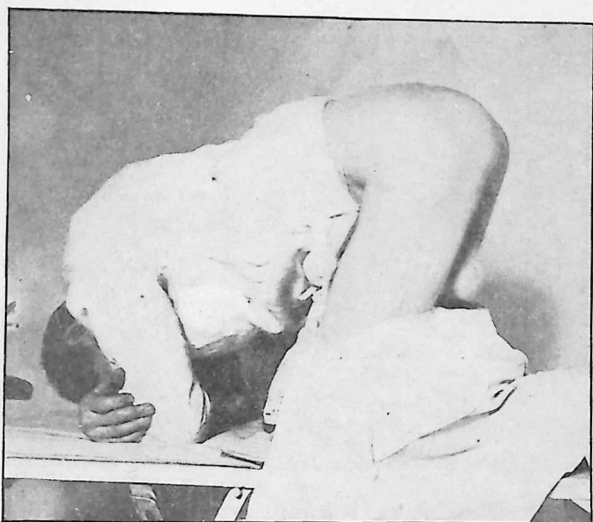


Fig. 17.—Posición genucubital. Esta posición se emplea muchas veces erróneamente en proctoscopia y no debe ser confundida con la posición genuacromial representada en la figura siguiente.

Muchas veces puede determinarse el orificio interno de una fístula inyectando solución de agua oxigenada al 25 por ciento, a través del orificio externo. Si al mismo tiempo se hace el examen proctoscópico, se descubre fácilmente la abertura interna por la aparición de las burbujas de oxígeno. Con el mismo fin, se emplea la solución de azul de metileno, la leche de magnesia o la pasta de bismuto. La inyección de los trayectos fistulosos con pasta de bismuto tiene gran valor en la radiografía estereoscópica. Este es un refinamiento de la técnica del diagnóstico para localizar los trayectos y ramificaciones de una fístula anal o rectal.

Para la exploración interna del conducto anal, es suficiente la posición lateral o de Sims.

**Anoscopia.**—Los instrumentos que se requieren para la inspección del conducto anal, o anoscopia, son: un anoscopio cilíndrico cuya abertura interna es oblicua, provisto de un obturador de extremidad redondeada; un estilete flexible fino, hecho con un alambre de plata, y un par de pinzas de curaciones. El anoscopio ordinario de Kelly es muy útil.

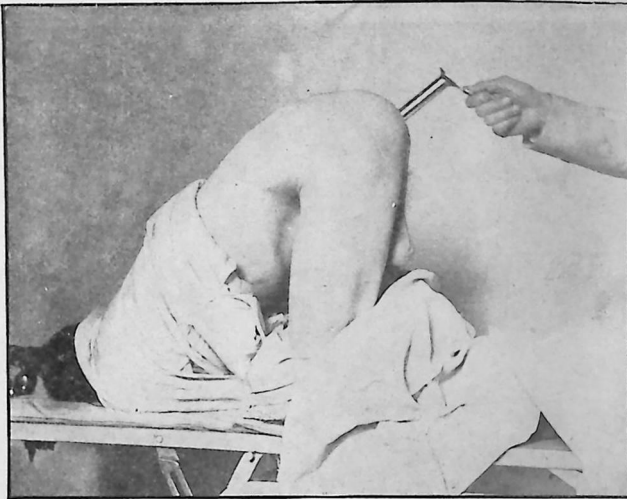


Fig. 18.—Posición genuacromial. Esta es la posición correcta para realizar la proctoscopia. Comparando esta figura con la precedente, puede verse que en la posición genuacromial, el plano inclinado del cuerpo es mucho más pronunciado. Obsérvese la dirección del proctoscopio.

Recordando la localización de la lesión en el conducto anal, determinada por la exploración digital, se introduce el anoscopio, bien lubricado, hacia el lado opuesto de la lesión y se empuja, ordenando al enfermo que puje. Si se descubre un orificio, éste puede ser explorado con el estilete flexible de plata, que puede doblarse fácilmente en cualquier ángulo, teniendo cuidado de no forzar su paso. En la mayor parte de los casos el anoscopio de abertura oblicua es preferible, pues permite un campo de visión doble que el de abertura circular de Kelly. Sin embargo, este anoscopio es muy útil cuando existe prolapso y en ese caso se ordena al enfermo pujar cuando se está sacando el instrumento.

Procediendo así, se hace resaltar las hemorroides prolapsadas, el prolapso del ano y del recto y los pólipos o excrecencias papilares. Cuando sea necesario, se puede limpiar el campo mediante pequeñas torundas de algodón.

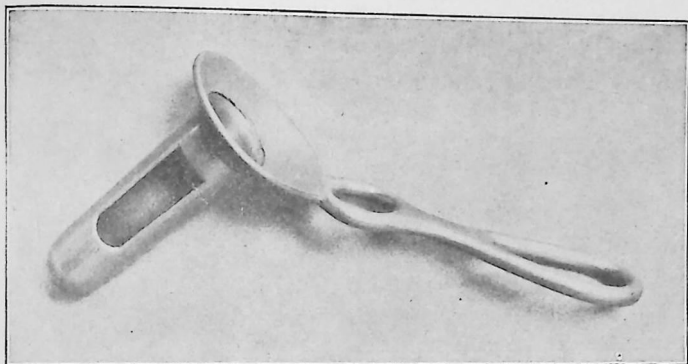


Fig. 19.—Anoscopio fenestrado, ajustable, del autor. Este instrumento está cerrado en su extremidad, teniendo una fenestración de 35 milímetros de longitud por 12 milímetros de ancho, y puede girar de modo, que la ventana puede ser colocada formando ángulos diferentes en relación con el mango.

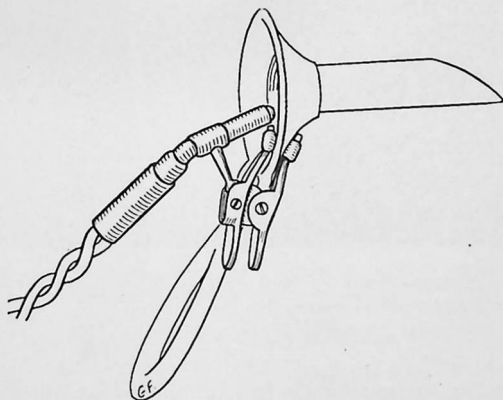


Fig. 20.—Anoscopio del autor con lámpara de McKenney adosada.

La posición *invertida*, y en menor grado la genuacro-mial son las más satisfactorias, según la experiencia del autor, para el examen de la cavidad rectal y de la mayor parte de la flexura sigmoidea. De este modo, no sólo la presión atmosférica amplía la capacidad del recto, sino que también

se consigue evitar la presión de las restantes vísceras abdominales, que así se alejan del recto.

**Proctoscopia.**—Los únicos instrumentos necesarios para la proctoscopia, o inspección ocular del recto, son: un proctoscopio cilíndrico de 10 a 15 centímetros de longitud, y de 18 a 20 milímetros de diámetro, y un par de pinzas largas con puntas de boca de caimán (fig. 22). En caso de urgencia pue-

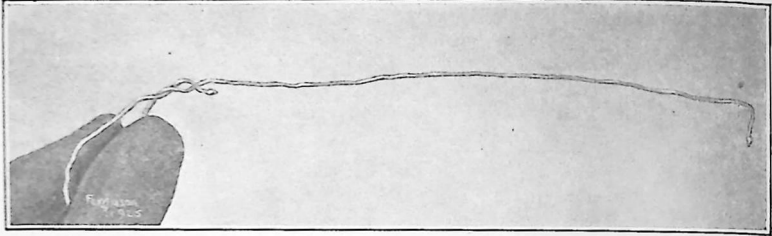


Fig. 21.—Estilite grande de plata encorvado en ángulo recto, para la exploración de las criptas anales.

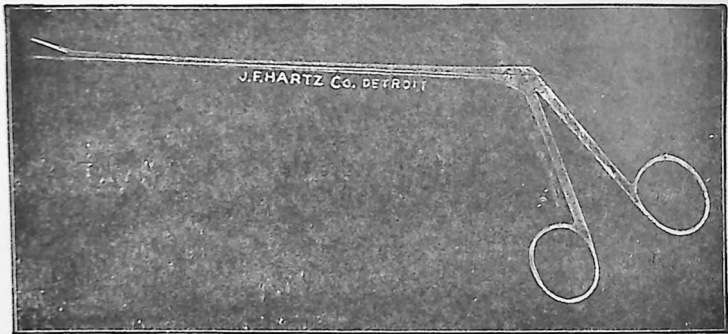


Fig. 22.—Pinzas largas en boca de caimán. Existen diferentes tamaños desde 22 hasta 35 centímetros de longitud y son muy útiles en las exploraciones proctoscópicas y sigmoidoscópicas.

de lograrse la inspección de la cavidad rectal sin necesidad de instrumento alguno. La técnica de la *proctoscopia sin instrumentos* es la siguiente:

Estando el enfermo en posición *genuacromial*, se introduce suavemente el índice de una mano protegido con guante o dedal perfectamente lubricado, y se practica el masaje del esfínter; luego se hace lo mismo con el índice de la otra mano colocado detrás del anterior. La introducción de este

segundo dedo debe ser hecha lenta y suavemente, con movimiento de masaje. Cuando se ha introducido a igual profundidad que el primer dedo, o sea, hasta la segunda articulación digital, se van separando ambos con mucha suavidad. El aire atmosférico penetra con un ruido audible en la ampolla

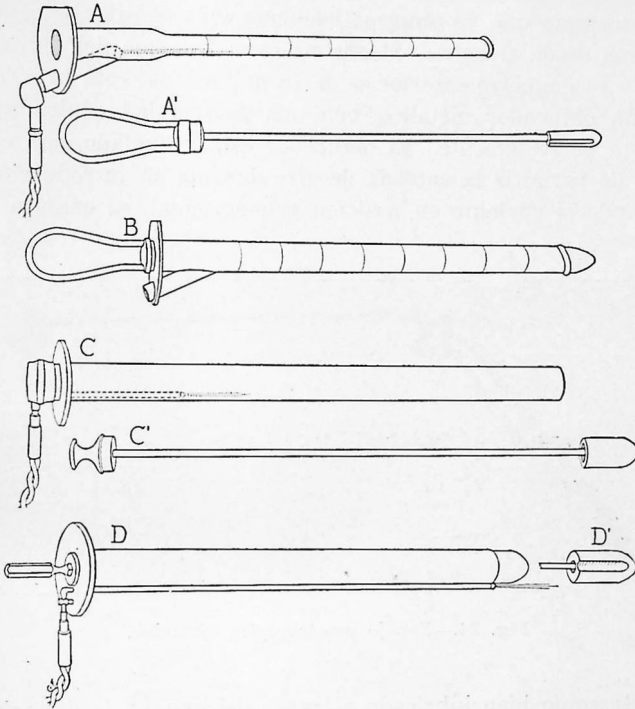


Fig. 23.—Sigmoidoscopio.

- A. Sigmoidoscopio de Yeoman de calibre estrecho.
- B. Sigmoidoscopio de Yeoman de calibre medio.
- C. Sigmoidoscopio tipo Lynch.
- T. Tipo Tuttle, con portaluz externo.

rectal, que puede entonces ser examinada con un foco eléctrico frontal o con luz reflejada por un espejo.

Sin embargo, con este método no es posible observar lo que se encuentra detrás de las válvulas rectales o pliegues de Houston y sólo debe emplearse cuando no se disponga de los instrumentos apropiados o cuando tan sólo se deba explorar la porción más inferior de la cavidad rectal.

La *técnica de la proctoscopia* es la siguiente:

Un proctoscopio, cuyo diámetro externo no exceda el diámetro del dedo índice, sirve para explorar sucesivamente todas las partes de la cavidad rectal y su introducción no causa más dolor ni molestia que la exploración digital. El proctoscopio que yo empleo tiene una longitud de 14 centímetros desde el borde externo hasta el extremo del obturador y su diámetro exterior es de 18 milímetros; está provisto de un obturador metálico, con una extremidad cónica que ajusta perfectamente. El obturador está acanalado, con objeto de permitir la entrada de aire durante su introducción. Estando el paciente en posición genuacromial, se empuja el

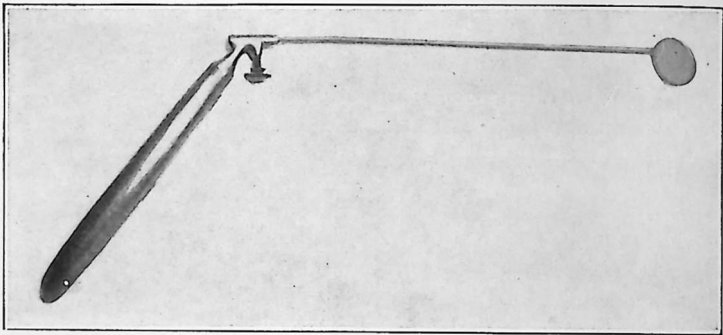


Fig. 24.—Espejo proctoscópico ajustable.

proctoscopio bien lubricado a través del ano, en la dirección del ombligo del paciente, y se requiere a éste para que puje como si fuera a defecar. Luego se va empujando el proctoscopio suavemente, primero hacia abajo y adelante, hasta que pasa el conducto anal, y luego se inclina hacia arriba, penetrando sin dificultad en la cavidad rectal. Al pedir al enfermo que puje durante la introducción del instrumento, proyecta el ano sobre las paredes del proctoscopio, entrando éste con más facilidad. Mientras se sostiene el aparato con una mano, se retira el obturador con la otra. El examen de la cavidad rectal puede realizarse con tanta facilidad como el examen de la nariz o de la garganta. El proctoscopio debe penetrar completamente antes de quitar el obturador.

Después de examinar la porción superior del recto, observando el aspecto y el estado de la unión rectosigmoidea, se va quitando lentamente el instrumento, apreciando, mientras tanto, el aspecto de la mucosa rectal, de las válvulas rectales, y del conducto anal, hasta que, finalmente, se extrae el aparato. Si al retirar el obturador aparece la abertura del proctoscopio ocluída por una parte de la mucosa rectal,



Fig. 25.—Posición genuacromial sobre la mesa de Hanes. Util en proctoscopia, sigmoidoscopia y para la insuflación de vapores de yodo u otros medicamentos.

se mueve el instrumento de un lado a otro y si, como sucede de ordinario, la oclusión es debida a las válvulas rectales o pliegues de Houston, se consigue, al desplazar el instrumento, observar un nuevo campo. Colocado el proctoscopio en su posición, se comprobará el volumen y grosor de las válvulas rectales, mediante un estilete doblado en ángulo recto, se examinará la extensión y gravedad de las posibles ulceraciones de la pa-

red rectal, el estado de la circulación del recto, la presencia de pólipos o cualquiera otra desviación del aspecto normal de la mucosa. Se determinará cuidadosamente, mediante un

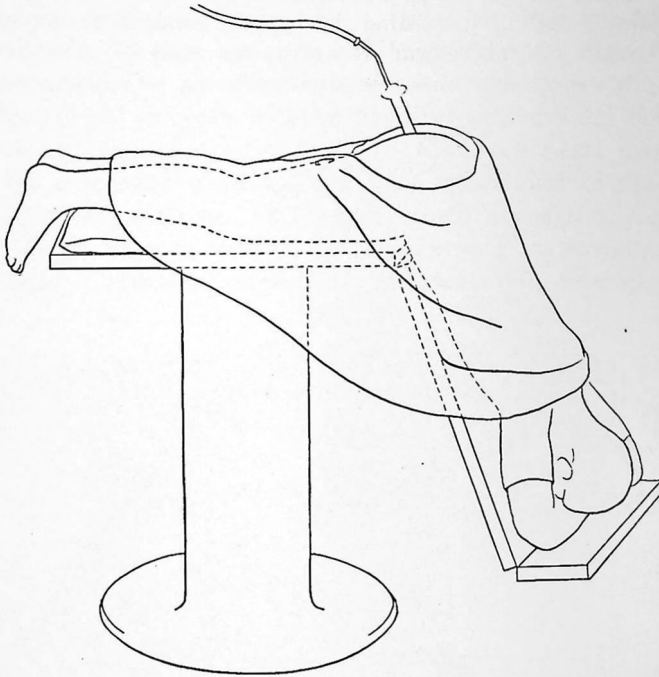


Fig. 26.—Posición invertida en la mesa de Hanes, estando colocado el sigmoidoscopio y el aspirador.

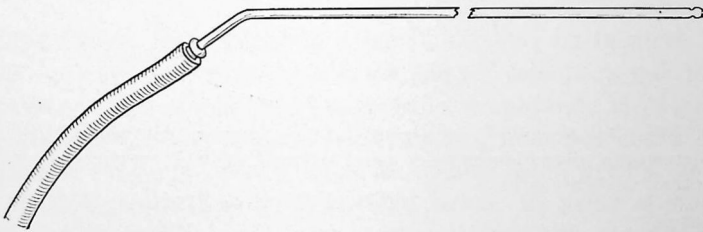


Fig. 27.—Aspirador que puede ser usado en las sigmoidoscopias más profundas.

pequeño espejo laringoscópico, montado en un estilete largo y flexible, el estado de la superficie superior de las válvulas rectales y el aspecto del conducto anal. Mientras el proctoscopio está colocado, se practicarán las aplicaciones locales

en las regiones enfermas, las pulverizaciones, insuflaciones y otros métodos terapéuticos que estén indicados, con la ventaja que representa el poder guiar esta manipulación con la vista. La pinza de caimán se usa mucho para la limpieza de la mucosa con las torundas de algodón o para obtener biopsias, que se someterán al examen microscópico.

**Sigmoidoscopia.**—Los instrumentos necesarios para la inspección ocular de la flexura sigmoidea, o sigmoidoscopia consisten en diversos sigmoidoscopios, de 22 a 35 centímetros

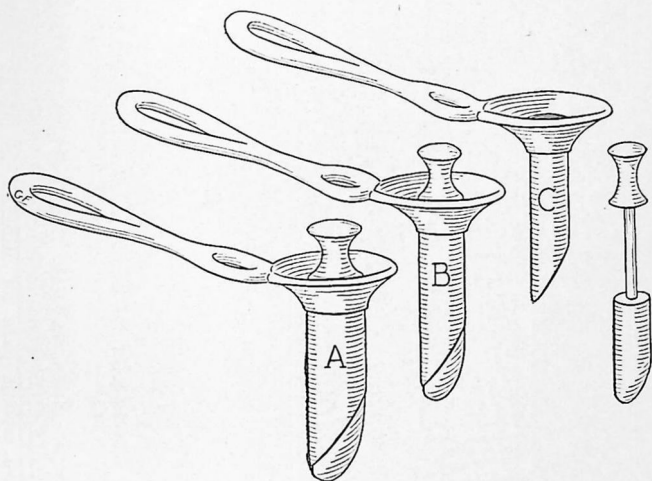


Fig. 28.—Anoscopio del autor.

- A. Grande.
- B. Medio.
- C. Pequeño.

de longitud, y de 12 a 25 milímetros de diámetro, pinzas largas de caimán, pinzas de biopsia, alambres largos de platino para cultivos, pinzas para torundas de algodón y un aspirador. La sigmoidoscopia puede ser realizada estando el paciente en la posición genuacromial, pero los mejores resultados se obtienen en la posición invertida.

El uso del sigmoidoscopio neumático tiene valor para el diagnóstico de todas las lesiones o estados patológicos situados encima de la unión rectosigmoidea, cuando el paciente no puede ocupar la posición invertida. El instrumento de Tuttle o algunas de sus modificaciones, es el más empleado.

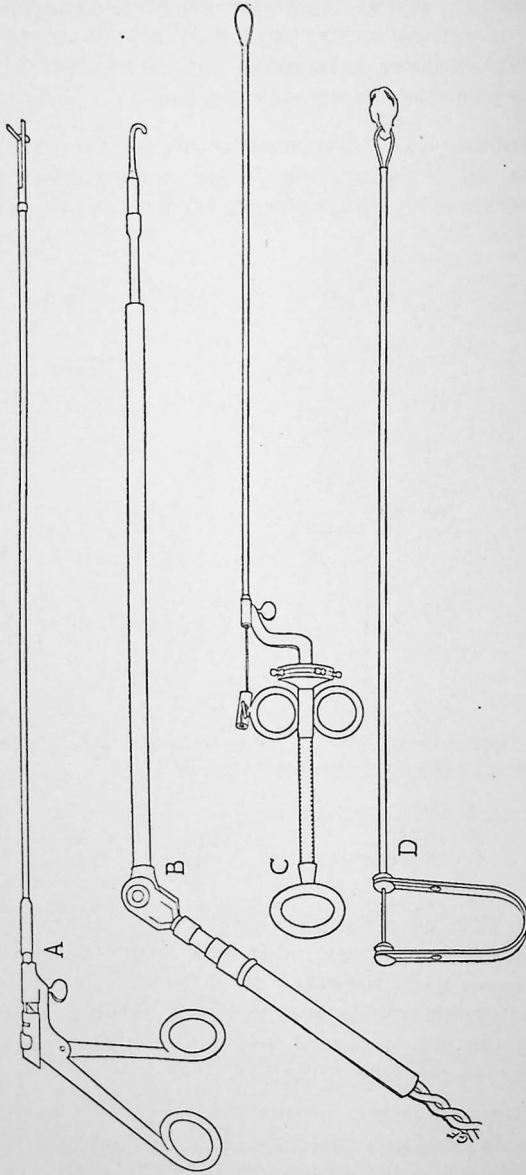


Fig. 29.—A. Pinzas de biopsia para ser usadas a través del sigmoidoscopio.  
B. Cauterio con extremo de plata flexible.  
C. Lazo para ser usado a través del sigmoidoscopio.  
D. Pinza para esponja para ser utilizada del mismo modo.

**Exploración de los defectos congénitos o malformaciones.**—Antes de terminar cuanto se refiere al examen del enfermo, el autor quiere recomendar a sus lectores que, en todos los casos, se aseguren de que no existen alteraciones congénitas o malformaciones del ano o del recto. En el momento del nacimiento deben ser examinados por el tocólogo,

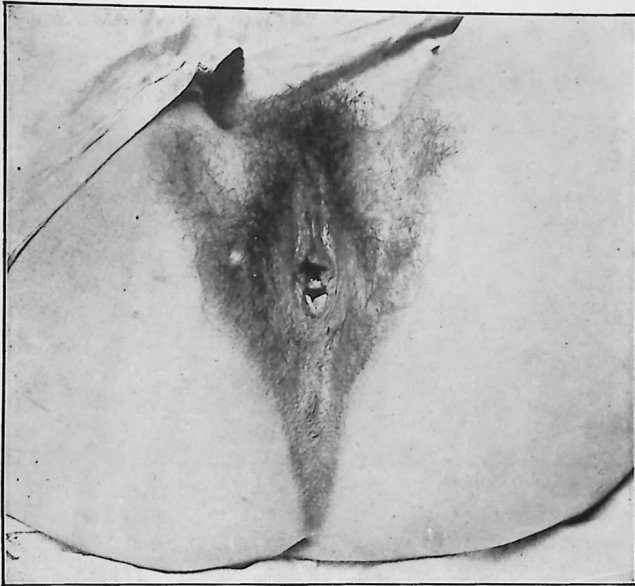


Fig. 30.—Atresia del ano y de la vagina (completa). Fotografía de un caso del autor con ausencia completa del ano, vaciándose el recto a través de la vagina. La enferma tenía 25 años y gracias al grado de desarrollo del esfínter vaginal, podía regular la salida de las heces. La paciente fué operada por el autor, que abrió la vagina tabicada desviando el recto hacia su posición regular, de tal modo que la enferma adquirió un aspecto normal con regulación satisfactoria del ano. La fotografía muestra el tabique que separa el orificio rectal dentro de la vagina en el conducto vaginal superior.

todos los niños, para asegurarse de que existe el conducto anorrectal. Aunque algunos autores aseguran que el ano imperforado se presenta en la proporción de un caso por cada 10,000, la experiencia del autor y de los profesionales con quienes ha consultado, parece indicar que se observa con mayor frecuencia. Cuando el ano imperforado pasa inadver-

tido, el niño puede morir en pocas horas o días, siendo la mortalidad muy elevada cuando se recurre a los procedimientos quirúrgicos tardíamente. La naturaleza trata en ocasio-

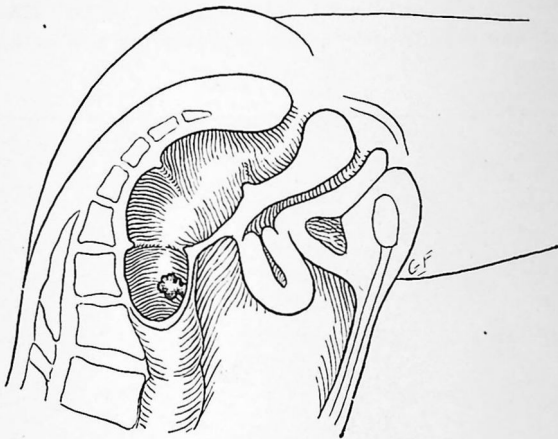


Fig. 31.—Pólipo sigmoidal.

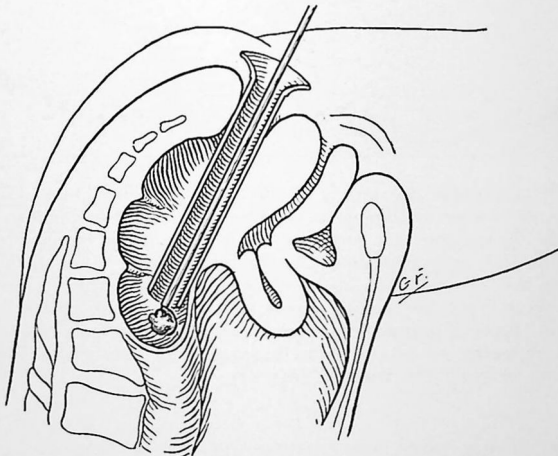


Fig. 32.—Pólipo sigmoidal, al ser extirpado con el polipótomo.

nes de abrir una salida a las heces. En las niñas esto sucede, frecuentemente, a través de la vagina, mientras que en los varones los lugares de salida son el escroto, la vejiga o la

uretra. El autor conoce cinco casos de muchachas que llegaron a la edad adulta con defectos congénitos tan graves que no les fué posible el matrimonio hasta que fueron corregidos. En dos de ellas faltaba completamente el orificio anal y en una la abertura era de un quinto del tamaño normal. En todos estos casos la defecación tenía lugar a través de falsas vías que conducían a la vagina. En dos, las heces pasaban a través de ambas aberturas.

## CAPITULO IV

### ANESTESIA

Si hace un cuarto de siglo hubiésemos escrito este capítulo de anestesia para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades del ano y del recto, hubiera sido necesario aducir poderosos argumentos para recomendar la anestesia regional. Durante este período se ha progresado enormemente en el empleo de los medios de anestesia que no producen hipnosis. No hay ni que decir que en la actualidad, el proctólogo emplea rara vez la anestesia por inhalación y sólo en los casos en que el paciente así lo solicita. La mayor parte de los pacientes que han sido tratados con anestesia local a causa de enfermedades en otras regiones, están dispuestos a solicitar dicha anestesia cuando han tenido que ser operados en la región anorrectal. Muchos de los métodos denominados de cirugía menor son satisfactoriamente tratados en el consultorio con anestesia regional, sin necesidad de interrumpir las actividades del paciente, ni recurrir a la hospitalización.

Aunque muchas operaciones de cirugía mayor se realizan preferentemente con anestesia general o raquídea, la mayor parte de los estados patológicos que afectan la región anorrectal pueden ser tratados quirúrgicamente con anestesia regional. El perfeccionamiento de la técnica de la anestesia local y caudal ha progresado de tal modo, que puede afirmarse que en la mayor parte de las enfermedades anorrectales, que requieren tratamiento quirúrgico, éste puede ser llevado a cabo con anestesia local o caudal, en mejores condiciones que con la anestesia por inhalación.

En nuestros enfermos empleamos casi siempre la anestesia caudal. La anestesia regional es tan satisfactoria que es el método de elección. La anestesia caudal se realiza mediante la inyección en el conducto sacro, de una solución al 2 por ciento de novocaína en solución de Ringer. La anestesia caudal puede ser empleada no sólo en la cirugía del ano y del recto, sino también prácticamente en todas las operaciones debajo del suelo de la pelvis, incluso el perineo. Me-

diante la anestesia caudal pueden practicarse prostatectomías perineales, reconstrucciones del perineo y muchas operaciones en los genitales de ambos sexos. Ha sido utilizada por los tocólogos en el segundo período del parto, empleándose también para aliviar temporalmente las dolorosas afecciones del coxis.

Han sido propuestos por los laboratorios farmacéuticos diferentes agentes anestésicos, que, según ellos, tienen señaladas ventajas sobre los otros. Por tanto, el anestésico a emplearse depende de las preferencias individuales. La novocaína es quizás el más frecuentemente utilizado entre los diferentes anestésicos de este tipo, siendo todos ellos mucho menos tóxicos que la cocaína. Este último producto fué em-

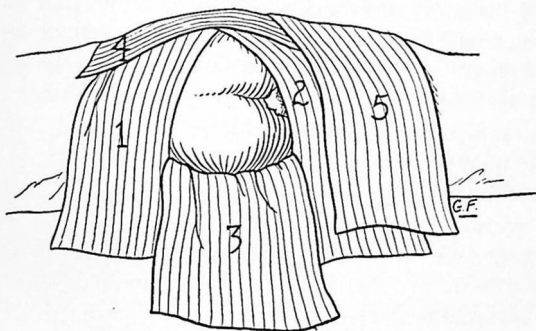


Fig. 33.—Paños colocados sin necesidad de pinzas.

pleado al principio rutinariamente por muchos cirujanos. Su toxicidad es tan grande que pueden presentarse síntomas alarmantes después de la inyección de algunas gotas de una solución débil. Algunos cirujanos empleaban rutinariamente la solución al 4 por ciento, pero en ocasiones se observaban grandes trastornos después de su uso.

Aunque muy pocos médicos emplean la infiltración con cocaína, algunos otorrinolaringólogos mantienen que su uso es necesario para anestesiar la mucosa nasal. Aun se aplican algunas veces a la mucosa nasal torundas impregnadas con soluciones al 4 ó 10 por ciento, llegándose a emplear, incluso, cristales de cocaína. Esto es muy peligroso, y en muchas ocasiones se presentan síntomas alarmantes y hasta fatales resultados, debidos a la intoxicación cocaínica.

En algunos hospitales está prohibido el empleo de la anestesia por infiltración con cocaína, así como las aplicaciones de soluciones mayores de 4 por ciento.

Las drogas anestésicas que se emplean para la anestesia local, regional o caudal constituyen un extenso grupo. Entre ellas mencionaremos la meticaína, la nupercaína, el diotano y el clorhidrato de quinina y urea. Continuamente aparecen nuevas sales anestésicas, pero las que hemos mencionado han sido utilizadas por nosotros con resultados satisfactorios.

Al hablar de la anestesia en cirugía anorrectal, muchas veces mencionaremos exclusivamente la novocaína, pero al hablar de la anestesia postoperatoria, pondremos de manifiesto la adición de soluciones de diotano o de clorhidrato de quinina y urea. El rápido incremento obtenido por la anestesia local en proctología ha sido fomentado, en no pequeña parte, por el uso de agentes que prolongan la anestesia varias horas y aun varios días después de la operación.

Para la anestesia por infiltración se utilizan en la inyección primaria soluciones de novocaína entre medio y uno por ciento. Para asegurar el bienestar del enfermo, hasta después de operaciones de poca importancia, tiene gran valor la inyección de soluciones al medio por ciento de clorhidrato de quinina y urea o de diotano. Cada una de estas drogas tiene su indicación particular. El diotano puede prolongar la anestesia postoperatoria o analgesia durante cuatro o cinco días, en algunos pacientes. A pesar de que se inyecta diariamente bajo los tegumentos, es raro que produzca necrosis. En cambio, la quinina urea, no se inyecta bajo los tegumentos o en ellos porque impide la circulación superficial y da lugar a dicho fenómeno.

La inyección de diotano no carece de molestias, y desventajas a causa de la distensión mecánica de los tejidos y de la acción anestésica tardía. La quinina-urea produce anestesia algo más rápidamente, y acaso tenga la ventaja de prevenir las hemorragias, debido a sus propiedades hemostáticas. La quinina-urea, produce un exudado fibrinoso intersticial que, al envolver los vasos sanguíneos provoca su contracción y de esta manera impide las hemorragias postoperatorias. El diotano no posee esa propiedad. Por otra parte, la anestesia producida por el diotano, no va sucedida de un período de hiperestesia, como el que produce la quinina-urea.

Tanto el diotano como la quinina-urea, aunque poseen propiedades anestésicas magníficas y duraderas, tienen la desventaja de causar ardor y molestia cuando son inyectadas por primera vez. Esto es debido a la distensión mecánica de los tejidos antes de que se produzca la anestesia. Aparte esta desventaja, ambas sustancias pueden ser utilizadas tanto para la anestesia primaria como para la secundaria, sin necesidad de la inyección preliminar de novocaína.

La adición de adrenalina a las soluciones usadas para la anestesia, es innecesaria y, en mi opinión, algunas veces peligrosa. Aunque es cierto que el uso de adrenalina proporciona un campo operatorio prácticamente exangüe en muchas operaciones, su empleo en proctología es muchas veces engañoso. Los pequeños vasos sanguíneos que temporalmente dejan de sangrar, debido a la acción isquémica de la droga, pueden reabrirse más tarde y ser causa de desagradables hemorragias postoperatorias. Es mucho mejor ligar inmediatamente los vasos que sangran, aunque sean pequeños, y continuar la operación, teniendo la seguridad de que se practica una buena hemostasia. La adrenalina, particularmente cuando se inyecta en los tegumentos, altera la circulación produciendo necrosis de los tejidos.

En nuestra práctica nunca usamos la adrenalina, con lo que la posible necrosis que produzca la inyección de todas las soluciones, tiene lugar por debajo del tegumento o de las mucosas, más bien que en ellos mismos.

En caso de urgencia, puede emplearse agua esterilizada pura, en lugar de un anestésico químico. En ocasiones somos llamados para puncionar urgentemente un absceso o para ejecutar alguna otra operación semejante, sin que podamos disponer de anestésicos químicos. Tal ocurre, por ejemplo, en las expediciones al campo, donde sólo se dispone de una jeringa hipodérmica ordinaria, de agua hervida y de un bisturí. Con estos simples medios podemos producir anestesia bastante buena, que permita realizar la punción o la incisión necesaria.

### Instrumental

Los instrumentos necesarios para producir la anestesia regional o caudal son: una jeringa de 20 centímetros cúbicos, provista de agujas de acero inoxidable y flexible. Es-

tas agujas deben tener una longitud de 4 a 7.5 centímetros y un calibre de 20 a 24. La aguja de calibre más fino con la que pueda practicarse la inyección es la que debe elegirse. Las agujas de calibre fino y de punta aguda apenas causan dolor, mientras que aquellas que son gruesas y de bisel corto originan sufrimientos innecesarios. Cuando la droga usada sea novocaína o algún anestésico similar, debe prepararse con cuidado la solución, en lo que se refiere a la proporción del medicamento. La nupercaína y el diotano se precipitan por los álcalis, bastando para ello una pequeña cantidad. En consecuencia, las soluciones de nupercaína y diotano deben ser hechas con una mezcla "buffer", ligeramente ácida, para evitar su precipitación, siendo preferibles los recipientes Pyrex que los de vidrio común. Al agua destilada se añadirán comprimidos de Ringer, con objeto de hacer isotónica la solución de novocaína.

La solución de clorhidrato de quinina-urea al 0.5 por ciento se prepara de manera análoga a la de novocaína. Todas las soluciones anestésicas se esterilizan al baño de María, aunque también puede hacerse la preparación extemporánea, añadiendo tabletas de dosis conocida al agua destilada, que se hierve a la llama del mechero de Bunsen. Las soluciones recientemente preparadas son de ordinario más eficaces que las que se conservan durante algunos días o semanas. Por tanto, no es aconsejable tener en depósito soluciones de más de cinco o seis días.

### Sedantes preanestésicos

Como la mayor parte de los pacientes que han sufrido procesos anorrectales que exigen intervenciones quirúrgicas, son más o menos temerosos, tiene gran valor el empleo de sedantes previos. Es aconsejable administrar un sedante la noche antes de la operación, para provocar un sueño profundo. La cloretona o algún derivado barbitúrico, como el amital sódico, el nembutal, el neonal, el luminal y el dial, son los más usados con este fin. El mismo sedante se administra una o dos horas antes de operar, con lo que el paciente está mejor preparado para la intervención. Puede recurrirse a la morfina, en dosis de 7.5 a 15 miligramos, con hiosciamina a la dosis de gmo. 0.0003 a 0.0006 por vía hipodérmica, que se inyecta media o una hora antes del momento de la operación.

Mejores resultados pueden obtenerse cuando el paciente no se despierta ni se le molesta si cae en un profundo sueño debido a la acción de los sedantes preanestésicos. Los ayudantes y enfermeras deben cuidar de que el paciente sea transportado del lecho a la mesa de operaciones con las menores molestias posible. Se taponarán los oídos del enfermo con algodón y se prohibirán todas las conversaciones innecesarias. La preparación del paciente para la anestesia es, en realidad, la preparación del paciente para la operación.

Cuando el paciente ingresa en el hospital, se administra, la tarde antes de la operación, un sedante suave, como por ejemplo 12 gramos de elixir de bromuro de sodio. Se baña al enfermo pero no se rasura, a no ser que se haya de hacer alguna operación plástica. La razón de por qué no rasuramos a nuestros pacientes antes de operaciones rectales, es que la irritación de la piel perianal les ocasiona muchas molestias. Después de la operación, el crecimiento del vello produce tal irritación, que los pacientes se frotan y rascan inconscientemente, algunas veces por encima del vendaje, pero aun por debajo de él. A no ser que el vello perianal sea excesivamente abundante y grueso, puede cortarse con las tijeras, lavando la región con alcohol o cualquier otro germicida de los que se usan para la desinfección de la piel.

Se prescribirá una dieta líquida de muchas calorías y de escaso residuo, y se limpiará el intestino con enemas de agua con bicarbonato sódico, suero fisiológico o agua corriente. Para la administración del enema se emplea una sonda de goma blanda. Los pacientes son muchas veces traumatizados por la introducción de sondas duras, incluso cuando es un individuo práctico quien practica la enema. Esto no ocurre con las sondas de goma blanda, cuyo calibre no debe ser superior al número 24. No son aconsejables los tubos ordinarios rectales o cólicos, debido a que los labios o bordes de la extremidad distal suelen irritar las lesiones ulcerosas. Las cánulas de vidrio o de goma dura ya no se usan, habiendo sido desterradas totalmente.

La enema se repite hasta que el líquido salga transparente. Se comenzarán a administrar dos horas antes de la operación y se repiten hasta conseguir dicho resultado. Si

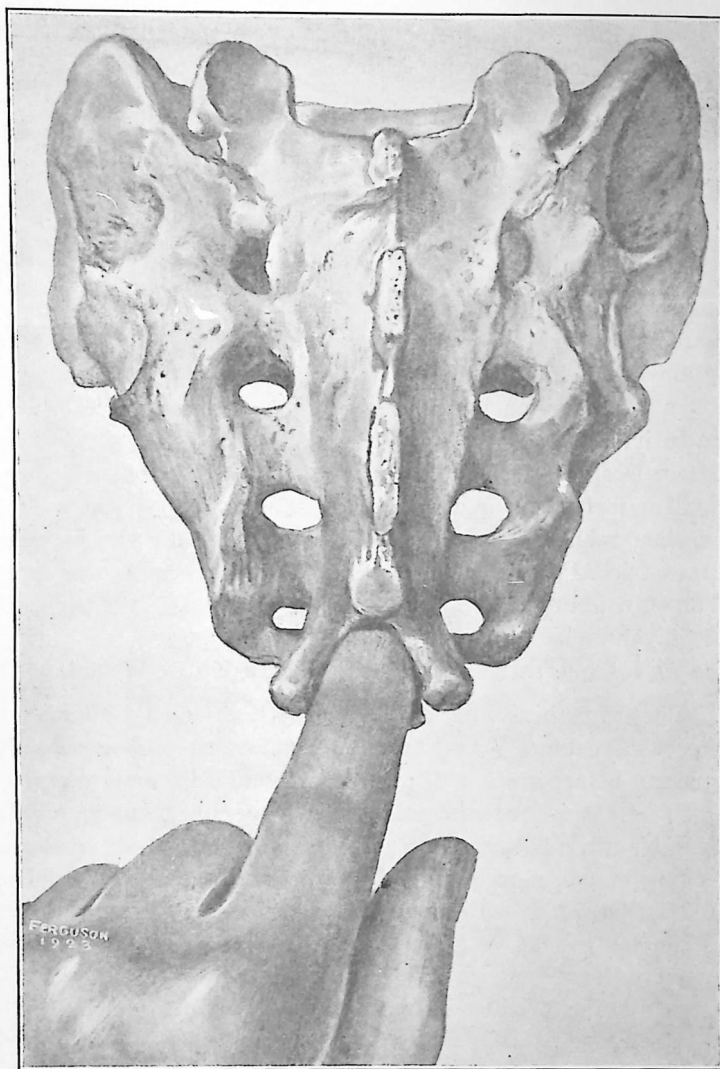


Fig. 34.—Dedo índice colocado entre los cuerpos del sacro. Esto muestra el hiato sacro o abertura en el conducto sacro.

existen bolos fecales, se desintegrarán mediante una enema de un litro de agua oxigenada al 25 por ciento, después de lo cual se continúan administrando las enemas antes mencionadas. El agua de jabón está absolutamente prohibida debido a su efecto irritante sobre la mucosa del recto. Las enemas salinas o de bicarbonato sódico no sólo no son irritantes, sino que además eliminan el moco de la ampolla rectal mucho más satisfactoriamente que las enemas irritantes antes dichas, que se vienen practicando por rutina en la práctica hospitalaria.

En las mujeres suelen prescribirse, sistemáticamente, los lavados vaginales alternando con las enemas.

En casi todas las operaciones anorrectales, el paciente se colocará sobre la mesa, en la posición lateral izquierda, o bien sobre su pecho, estando extendida la pierna izquierda paralelamente al borde izquierdo de la mesa y la derecha flexionada, colocándola sobre un almohadón o cojinetete. Se cubre el cuerpo con un paño de lienzo, como el usado para las laparotomías, o sea con un orificio suficientemente amplio que permita la exposición de la región anal, del perineo y de la mitad del sacro.

Para la esterilización de la piel algunos emplean el friccionamiento con jabón verde o cualquier otro según la preferencia. Durante algunos años no hemos empleado el lavado con jabón y agua en la sala de operaciones, sino que lo hemos sustituido por el aseo ordinario que tiene lugar en la misma habitación del enfermo. Se emplea mucho el alcohol, seguido de algunas de las preparaciones germicidas mercuriales que vamos a citar. Tales son la tintura de mertiolato, el metafero o la mercesina. La tintura de yodo puede ser empleada, si así se desea, pero nosotros hemos prescindido de ella debido a la irritación de los genitales externos que provoca en algunos pacientes. Sabemos que cuando ha pasado cierto tiempo después del lavado con agua y jabón, las células epiteliales pierden humedad y entonces el alcohol y las soluciones alcohólicas penetran mucho más profundamente, facilitando la esterilización cutánea. Cuando se emplea la anestesia caudal se debe practicar antes la esterilización de la piel del sacro, y esta región debe ser preparada antes de que sea tocada la piel que circunda el ano.

## ANESTESIA POR INFILTRACION

Para la infiltración local se emplea una solución al 0.5 por ciento de novocaína, que al penetrar bajo la piel, no sólo anestesia ésta, sino también bloquea el nervio esfinteriano

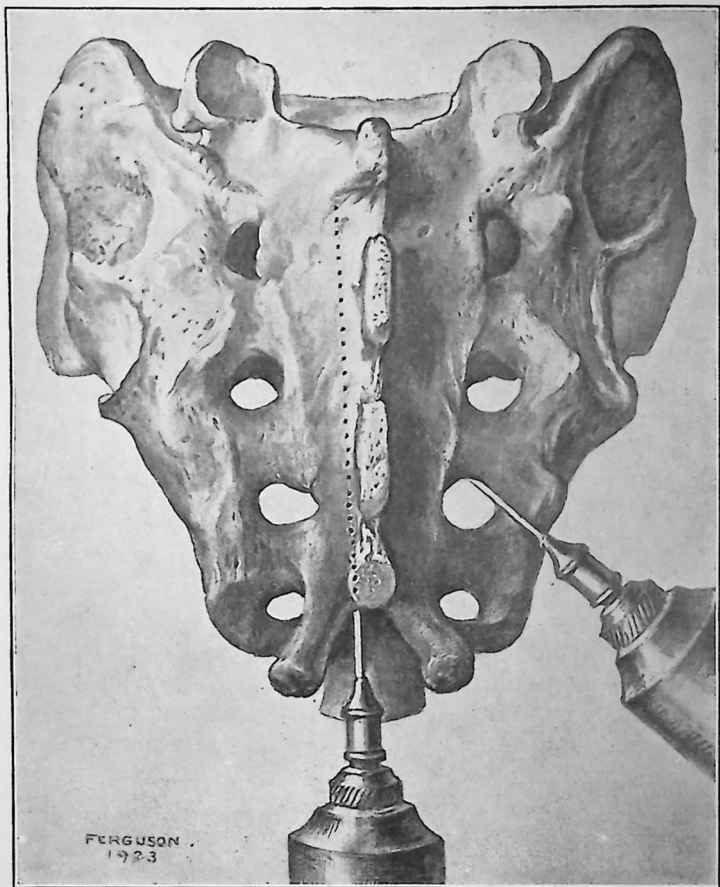


Fig. 35.—La línea de puntos muestra la longitud del conducto sacro. La aguja de la derecha penetra a través de uno de los agujeros sacros.

menor y produce la relajación del esfínter. Algunas veces es necesario recurrir a las soluciones al 1 por ciento, para actuar sobre el esfínter. La nupercaína se emplea en solución al 0.1 por ciento, pero el diotano en solución salina se usa en la misma concentración que la novocaína.

Para la anestesia local se elige un punto situado a 12 milímetros detrás de la comisura posterior del ano. Este punto puede ser tocado o no con ácido fénico, y la punción se practica con la aguja en ángulo recto con la superficie de la piel y no en dirección oblicua, pues así es prácticamente indolora. Inmediatamente después de la punción de la piel, la aguja se dirige hacia el cuadrante izquierdo posterior, directamente debajo del tegumento, comenzando la inyección del líquido. Debe presionarse constantemente sobre el émbolo, para lanzar un chorro de solución anestésica durante todo el recorrido de la aguja. Esta inyección es subcutánea y no intradérmica. Nunca es necesario inyectar la solución anestésica en la misma piel, excepto cuando se emplea el diotano para provocar la anestesia postoperatoria. Los nervios sensorios que se reparten por los tegumentos son completamente bloqueados por la infiltración subcutánea de los tejidos circundantes del ano y del conducto anal. Existe poco peligro de necrosis cuando la infiltración no es intracutánea. La inyección en el lado izquierdo debe continuarse hasta que se alcance la comisura anterior o centro del perineo. La aguja se retira hasta el punto de entrada, pero no es necesario extraerla completamente. El lado derecho de la circunferencia anal se trata de igual modo. Entonces se extrae la aguja y cada cuadrante es inyectado en sus planos profundos avanzando la aguja oblicuamente y hacia dentro hasta el esfínter externo de cada lado. Esta técnica produce anestesia de los nervios esfinterianos de ambos lados con un solo pinchazo.

Las agujas de acero flexible inoxidable cumplen satisfactoriamente su objeto, pero también pueden usarse agujas de oro, platino o iridio. Como es natural, la anestesia se logra también, mediante múltiples punciones, pero en este caso se pierde una cantidad considerable de solución anestésica, cosa que no ocurre cuando se hacen una o dos punciones.

En algunos casos es deseable llegar con la anestesia hasta el elevador del ano. Esto puede lograrse desde ambos cuadrantes pósterolaterales.

Si es necesario extirpar una lesión pequeña, localizada, por ejemplo, una fisura, úlcera o foco hemorrágico agudo, o una hemorroide trombótica, de sólo uno de los cuadrantes, no es preciso anestesiar toda la circunferencia anal. Este método de producir la completa relajación anestésica del ano y del conducto anal mediante infiltración, está indicado en

todas las operaciones anales y anorrectales, excepto en la fístula.

Haremos notar que no hemos hablado de dilatación o divulsión de los músculos esfinterianos. La dilatación de ta-

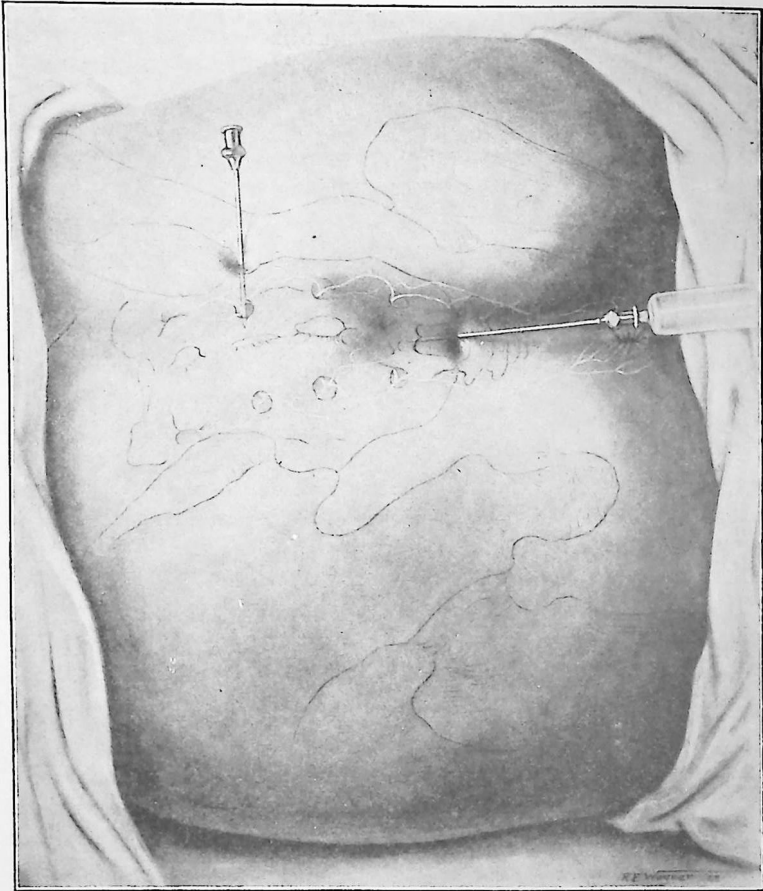


Fig. 36.—Lugar de la punción para la anestesia sacra. La aguja colocada en la parte superior muestra uno de los puntos de punción para penetrar en el agujero sacro.

les músculos no es necesaria en ninguna operación anorrectal. La infiltración corriente, así como la anestesia caudal, pueden producir la relajación de los esfínteres en grado tal como nunca se obtiene en la dilatación practicada con anestesia

general. La distensión de las fibras esfinterianas mientras el paciente está bajo la acción de la anestesia general es injustificable, peligrosa e innecesaria. La anestesia caudal es humana, satisfactoria, eficaz y conservadora.

### **Anestesia caudal**

Un tipo extraordinariamente satisfactorio de anestesia regional, bajo la cual pueden practicarse todas las operaciones del recto, es la lograda por la insensibilización de los nervios sacros a través del conducto sacro o caudal. Se puede emplear en todos los casos de abscesos, fístulas, prolapso, pólipos de gran tamaño, cánceres incipientes de localización baja, reconstrucción de esfínteres, fístulas rectovaginales y en cualquier otro tipo de cirugía plástica de esa región.

La anestesia caudal, como puede comprenderse, es ideal para todas las operaciones que pueden realizarse con la anestesia local por infiltración. En algunas ocasiones es ventajoso combinar la anestesia local con la caudal.

La técnica para producir la anestesia caudal no es difícil. El paciente se coloca sobre la mesa de operaciones en la misma posición, y se prepara del mismo modo que para la anestesia local por infiltración. Palpando la unión sacrocóxígea, se reconocen las dos prominencias óseas conocidas con el nombre de cuernos del sacro, que se localizan con el dedo. Se encuentran 3.5 a 5 centímetros por encima de la unión sacrocóxígea, según los individuos. Los cuernos del sacro están situados a los dos lados de la línea media, y la línea que los une forma la base de un triángulo cuyo vértice está situado 2.5 centímetros sobre la superficie del sacro.

De ordinario en los individuos no obesos, este triángulo, que limita el orificio del conducto sacro es fácilmente apreciable. El extremo del índice naturalmente cae en este espacio triangular al ejercer ligera presión. En los individuos muy obesos es muy difícil de palpar, y en algunos casos no llega a conseguirse. En el 95 por ciento de los pacientes puede localizarse sin dificultad el conducto sacro, y se consigue practicar la anestesia caudal.

Una vez que se palpa la depresión correspondiente a la abertura del conducto sacro, se infiltra la piel en este punto, con solución de novocaína, profundizando hasta la membrana que cierra el agujero; luego para producir la anestesia, se emplea una jeringa de 20 centímetros cúbicos, provista de una aguja de 7.5 centímetros, que se llena de solución de novocaína al 2 por ciento en solución de Ringer. Se hace penetrar la aguja a través de los tejidos hasta que se sienta la resistencia de la membrana que cubre el agujero. La introducción de esta aguja exige considerable cuidado, pues es fácil que se deslice bajo la piel y fuera del sacro. Cuando esto ocurre, y se comienza la inyección del líquido anestésico, se forma una ampolla indicadora de que el líquido se colecciona bajo la piel, o en el tejido adiposo subcutáneo, en vez de penetrar en el conducto. En algunos casos es aconsejable una aguja de punción lumbar con mandril. Cuando se produce hemorragia al separar el mandril, es señal de que se ha puncionado una vena, y entonces se modifica la posición de la aguja hasta que la hemorragia se detenga. Si se emplea una aguja unida a la jeringa, y al perforar la membrana y tirar del émbolo, sale sangre, habrá que cambiar de posición la aguja, hasta que por nuevas aspiraciones no se obtenga sangre, pues tal cosa indica que se perforó una vena. Este accidente ocurre alrededor del 5 por ciento de los casos. Cuando se perfora la membrana se experimenta una sensación análoga a la que produce la paracentesis de la membrana del tímpano. La sensación de haber vencido una resistencia es señal de que la aguja penetró en el conducto.

La solución debe ser inyectada lentamente y, por término medio, el conducto se llena con 35 a 45 centímetros cúbicos de la solución. Cuando la presión del émbolo no indica que el conducto está lleno, se añaden 5 a 10 centímetros cúbicos de agua esterilizada para aumentar la presión dentro del conducto sacro, sin aumentar la dosis de novocaína.

Si el paciente experimenta una sensación de calambre o de dolor en la pierna correspondiente, de ordinario la izquierda, es signo de que se obtendrá buena anestesia. Este dolor muestra que se ha conseguido la suficiente presión para adormecer la sensación dolorosa. Se requiere cierto tiempo

para que la solución anestésica penetre a través de las vainas de los diversos nervios. Como término medio, la anestesia caudal, para ser completa necesita de 7 y medio a 20 minutos. Creemos que 10 minutos es un buen término medio para asegurar la anestesia completa, en la mayor parte de las operaciones anorrectales. El esfínter se relaja minutos antes de que la anestesia cutánea sea total. Entonces, el orificio anal se abre y se relaja sin poder retraerse.

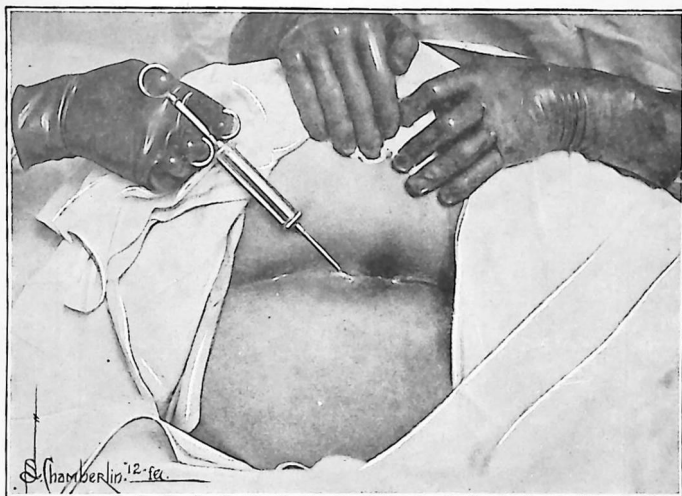


Fig. 37.—Lugar de la punción para la inyección de anestésicos locales, para relajar el esfínter externo. Para la primera inyección se elige un punto situado de 6 a 12 milímetros detrás de la comisura posterior, estando el paciente en posición lateral.

Si después de transcurridos 10 minutos, se observa que una área de la piel carece de anestesia, se inyectan, subcutáneamente, en esa área, algunas gotas de una solución de novocaína al 0.5 por ciento. Esto es excepcional. La anestesia caudal produce la relajación suficiente de toda la región anorrectal y perineal que permitiría la completa extirpación del recto si fuera necesario. En efecto, puede realizarse así la completa perineorrafia, tal como la que se requiere para la reconstrucción del desgarramiento total del perineo o para suturar una fístula rectovaginal.

Aunque algunos proctólogos inyectan solución al 0.5 ó 1 por ciento de diotano dentro de las bases de las masas hemorroidales antes de la escisión, con objeto de procurar la anestesia postoperatoria, creemos preferible no realizar dicha inyección de diotano sino hasta después de que la operación ha sido terminada con la anestesia por novocaína. Entonces se inyectan varios centímetros cúbicos de la solución al 0.5 por

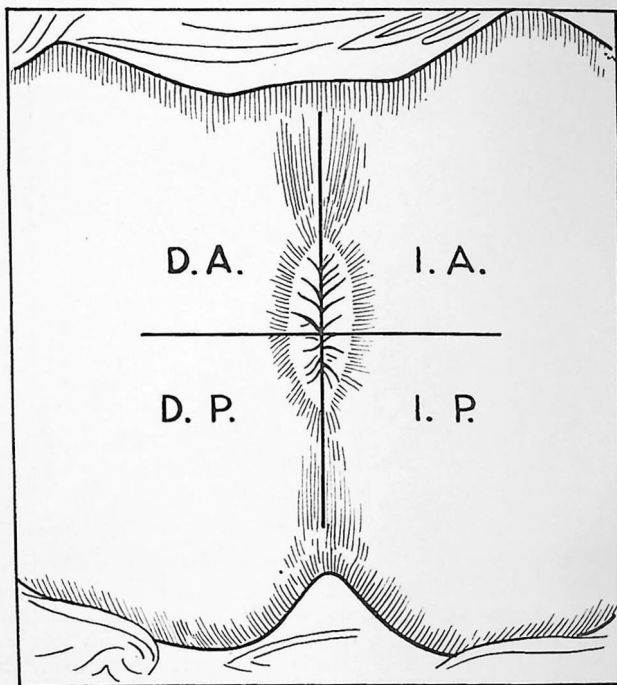


Fig. 38.—Cuadrante de la región perianal.—D. A. Anterior derecho. D. P. Posterior derecho. I. A. Anterior izquierdo. I. P. Posterior izquierdo.

ciento de diotano o de clorhidrato de quinina y urea, a través de la herida operatoria y dentro de los cuadrantes pósterolaterales del esfínter. Si se usa el diotano, la inyección se practica en la piel y en las mucosas, o directamente debajo de ellas. Cuando se emplea la solución de urea y quinina, la inyección debe ser profunda y nunca en la piel ni en las mucosas. Cuando se elige la solución de nupercaína, debe tenerse en cuenta que, dada su toxicidad y su gran poder anes-

tésico, basta la solución al 0.1 por ciento para asegurar la anestesia postoperatoria. Según nuestra experiencia, la anestesia con nupercaína no es superior en intensidad ni en duración a la anestesia postoperatoria conseguida con el diotano, ni con el clorhidrato de quinina y urea.

Después de cualquiera operación realizada con anestesia local o caudal, acostumbramos introducir una tira de tejido de goma sobre la que se ha extendido una pomada anestésica. Se han usado diversas pomadas anestésicas, pudiendo citarse las que contienen diotano al 0.5 por ciento, picrato de butesina, así como la siguiente fórmula, que nos ha dado satisfactorios resultados:

Rp.

Benzocaína	4 grs.
Aristol	4 "
Cloretona pulv.	4 "
Emolientina (P. D.) c. b. para	60 "

Mézclese y hágase pomada.

Las modificaciones de la técnica que se necesitan según las operaciones que hayan de practicarse en la región anorrectal, serán descritas en los correspondientes capítulos. Debemos limitarnos a indicar que en todas las operaciones quirúrgicas, practicadas con anestesia local o caudal, debe cuidarse de no iniciar la intervención antes de que la anestesia sea completa. Por lo menos deben pasar de tres a cuatro minutos después de la inyección de los anestésicos locales del tipo de la novocaína. Cuando se juzgue más deseable emplear el diotano o la urea-quinina, debe prolongarse la espera durante 10 minutos. Este mismo período es el mínimo que debe transcurrir cuando se emplea la anestesia caudal. Aunque la rapidez no es el elemento más esencial del éxito en cualquiera operación practicada con anestésicos de tipo local o regional, el operador debe habituarse a perder el menor tiempo posible con objeto de que la intervención quede terminada antes de que comiencen a disminuir los efectos de la anestesia primaria.

**Extracción de cuerpos extraños.**—En muchas ocasiones son deglutidos pequeños objetos, como huesos, alfileres, etc., que atraviesan todo el tubo gastrointestinal, sin lesionarlo, hasta que llegan a la parte inferior del recto, donde quedan retenidos por la acción del esfínter o alojados en al-

guna de las criptas. La constante irritación que producen, es causa del espasmo de los músculos y de intenso dolor. Debido a la contracción o espasmo del esfínter originado por esta irritación, son de ordinario vanos todos los ensayos para introducir el proctoscopio o el dedo. La relajación del esfínter, mediante las técnicas descritas anteriormente, nunca tiene mejor aplicación que en estos casos. No sólo los cuerpos extraños mencionados, sino también las concreciones y masas

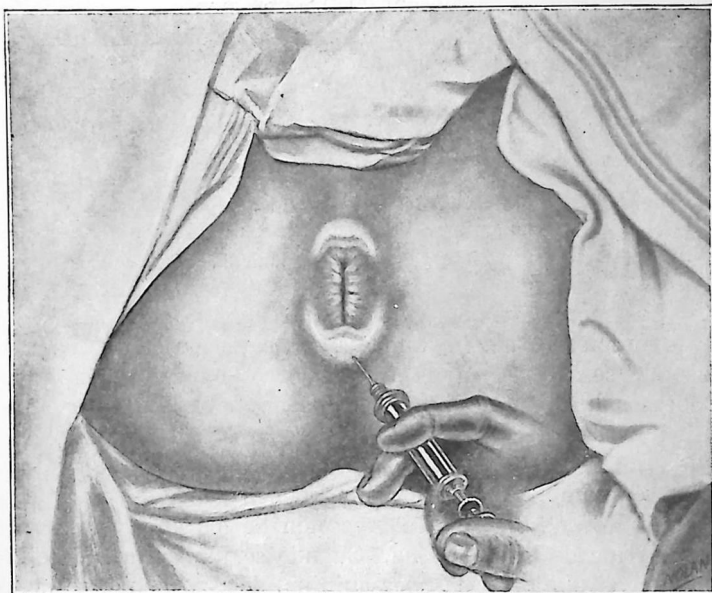


Fig 39.—Distensión necesaria para la anestesia de los esfínteres.

fecales de considerable volumen, pueden ser extraídas mediante el empleo de las técnicas preconizadas.

**Extirpación de neoplasmas perianales benignos.**—Los neoplasmas benignos pequeños, situados en el orificio anal o cerca de él, como quistes dermoides o sebáceos, lipomas o condilomas, son extirpados fácilmente con anestesia local, siguiendo la técnica siguiente:

Una vez que la región ha sido preparada, los condilomas se extirpan infiltrando bajo la piel soluciones de novo-

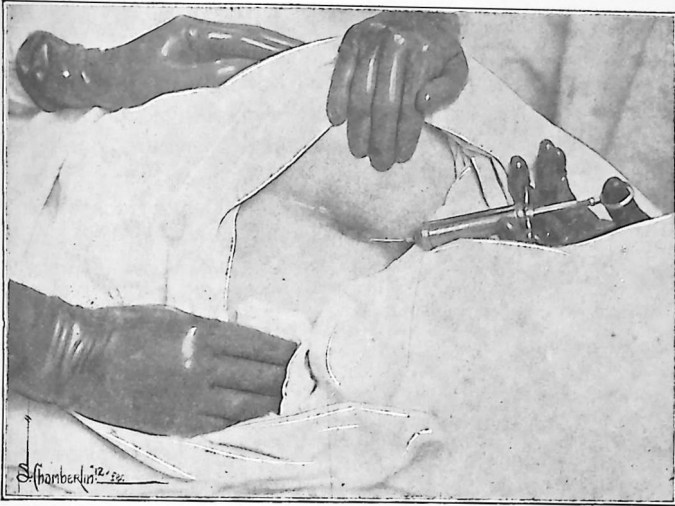


Fig. 40.—Lugar de la punción para la anestesia del nervio esfinteriano anterior, para la relajación del esfínter externo.

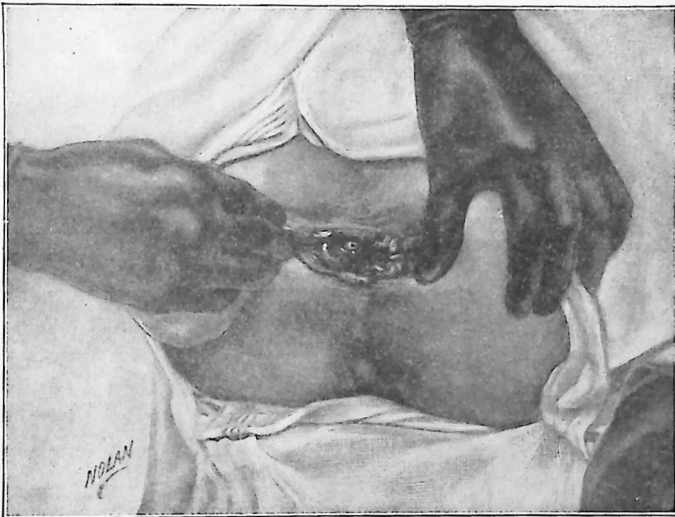


Fig. 41.—Relajación completa con anestesia local.

caína al 0.5 por ciento, seguida de una solución al 0.5 por ciento de diotano o de quinina-urea. Cuando la anestesia es completa, se extirpa la piel afectada dejando la herida abierta para que cure por granulación. Cuando se trata de quistes dermoides, sebáceos o tumores lipomatosos, la técnica es la misma. La piel que cubre el tumor es inyectada con una solución de novocaína al 0.5 por ciento, de manera que forme una como ampolla a lo largo de lo que ha de ser la línea de incisión. Se practica ésta y se infiltran los tejidos que circundan el tumor con la indicada solución anestésica o con una solución al 0.5 por ciento de solución de diotano o de quinina-urea, con lo que puede realizarse fácilmente la di-



Fig. 42.—Bujía rectal de Wales. Está fabricada con goma flexible y provista de un conducto que permite la entrada de aire atmosférico, así como la práctica de irrigaciones y el escape de gases durante su introducción. Se fabrica en doce tamaños diferentes.

sección y extirpación de la masa tumoral. Cuando se trata de un tumor quístico, habrá que tener cuidado de no puncionar la pared del quiste con la aguja de la anestesia, pues evitando esto, se está más seguro de extirpar todo el saco.

**Proctotomía interna posterior en los casos de estrechez anular localizada en el conducto anal o en una zona que no exceda de cinco centímetros encima de la unión anorrectal.**—Colocado el paciente en posición lateral izquierda y preparado para la operación, se infiltra con una solución al 0.5 por ciento de novocaína o de urea-quinina, la región posterior del ano, el conducto anal y la parte estrechada. Después de esperar cinco minutos para que la anestesia

sea completa, se corta la estrechez con un escalpelo afilado o con unas tijeras en ángulo recto, siguiendo, hacia abajo, la línea media de la pared rectal. Se introduce entonces una mecha de tela de goma y la operación queda terminada. La técnica del autor para la valvotomía rectal, mediante el uso de la ligadura de goma, puede ser sustituida por la incisión, si el calibre de la estrechez es suficiente grande para permitir el paso del portalligaduras. Después de la operación, se puede impedir que se restablezca la estrechez introduciendo una bujía de Wales de calibre número 12, al principio dos veces a la semana, y luego con intervalos más largos, hasta que sea completa la curación.

Si la anestesia local o caudal se practica cuidadosamente y se tienen en cuenta las contraindicaciones y limitaciones, que serán indicadas en el siguiente capítulo, no solamente los estados patológicos del recto y del ano, sino también los que asienten en otras partes del cuerpo pueden ser tratados satisfactoriamente con dicha anestesia. Los resultados obtenidos son tan brillantes, que puede sustituir a la anestesia general, que antes era absolutamente necesaria.

## CAPITULO V

### LIMITACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL Y CASOS EN QUE ESTAN INDICADAS OTRAS MEDIDAS

Aunque el objeto primordial de esta obra es hacer conocer a los profesionales los progresos obtenidos en el tratamiento de las diversas enfermedades rectales y demostrar las ventajas del uso de la anestesia local en el tratamiento de la mayor parte de los estados patológicos de estas regiones, debemos hacer al lector algunas advertencias para evitar el excesivo entusiasmo.

#### LIMITACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Desde que fué publicada nuestra primera obra, han sido realizados grandes progresos en el empleo de la anestesia regional. La técnica de la anestesia caudal se ha perfeccionado hasta el punto de que cualquiera operación del ano, del recto, del perineo o de la próstata, puede ser realizada, no sólo tan satisfactoriamente, sino quizás con mayor facilidad que cuando se empleaba la anestesia general. Si el paciente requiere una operación que a juicio del médico necesita anestesia caudal, tal intervención nunca será practicada en una sala del consultorio, a no ser que el paciente pueda permanecer en ella el resto del día. De todos modos, es preferible realizar la operación en la casa del enfermo o aun mejor, en el hospital. Aunque el campo de la acción de la anestesia local se ha ampliado con gran rapidez, *existen limitaciones impuestas por aquellos casos cuyo tratamiento exige medidas más radicales, que sólo pueden ser practicadas bajo la acción de la anestesia sacra, raquídea o general.*

Si el lector lee cuidadosamente cuanto ha sido escrito acerca de los métodos y medios de diagnóstico y en los capítulos siguientes se va fijando cuáles son los casos en los que el autor recomienda el uso de medidas no quirúrgicas y el empleo de anestesia local y caudal, podrá observar que los métodos de tratamiento recomendados se limitan a un tipo

muy definido de casos. Todos estos casos corresponden a enfermedades del conducto anal o de los tejidos contiguos, o bien a aquellas afecciones de las mucosas del recto o de la parte inferior de la flexura sigmoidea que son accesibles al tratamiento con el uso del proctoscopio o sigmoidoscopio.

Lo primero que hay que recordar antes de comenzar el tratamiento de cualquier estado patológico en la región del ano, es que no debe comenzarse el tratamiento hasta que se haya establecido el diagnóstico mediante la cuidadosa exploración de toda la cavidad rectal. Es una sorpresa desagradable para el médico que ha estado tratando una úlcera anal, un pólipo o unas hemorroides, encontrar, al cabo de algunas semanas, que las lesiones tratadas eran tan sólo procesos secundarios de una poliposis múltiple del colon, de una extensa ulceración en la parte superior del recto o del colon, de una estrechez o de una enfermedad maligna (véase la lámina del frente de este libro).

### CONTRAINDICACIONES GENERALES DE LA ANESTESIA LOCAL

Las mujeres que padecen procesos pélvicos cuyo tratamiento exige laparotomía, y al mismo tiempo presentan un proceso anorrectal que podría ser tratado con anestesia local, es preferible esperar el momento en que se practique la laparotomía para realizar también la otra operación.

En los pacientes que sufren irregularidades e interrupciones de sus evacuaciones intestinales, es deseable excluir, mediante la cuidadosa palpación y especialmente mediante la radioscopia y radiografía estereoscópica, practicadas en posición vertical y horizontal, la posibilidad de obstrucciones intestinales crónicas, debidas a neoplasmas abdominales, ptosis, desplazamientos o adherencias, en vez de intentar el tratamiento de estos pacientes mediante la dilatación rectal o el masaje.

Todos los pacientes que presentan fisuras o ulceraciones del conducto anal deben ser cuidadosamente interrogados acerca de la existencia de infecciones sifilíticas. La presencia de escurrimientos gonocócicos es una contraindicación para operar, hasta que el proceso gonocócico cure. En las mujeres el flujo purulento así como el período menstrual, constituyen contraindicaciones.

Los enfermos que sufren profundas anemias, son siempre malos sujetos para operar en el consultorio con anestesia local. Antes de cualquier operación se debe excluir la presencia de estados hemofílicos. Los pacientes de temperamento neurótico y las mujeres histéricas deben ser operadas en el hospital o en su casa, y en muchas ocasiones con anestesia general. *En otras palabras, los casos que pueden tratarse en el consultorio son aquellos cuyas lesiones están localizadas en las mucosas del recto o parte inferior de la flexura sigmoidea, cuando están bien circunscritos y no son de tipo maligno, sífilítico ni tuberculoso, o las lesiones se presentan en o alrededor del orificio anal, cuyos límites pueden ser perfectamente determinados mediante los procedimientos de diagnóstico expuestos en la primera parte de este libro.*

### NEOPLASMAS MALIGNOS DEL RECTO

Ya hemos indicado la importancia de los exámenes precoces y frecuentes del ano y del recto en los enfermos que se quejan de síntomas que se refieren a esta región del cuerpo. La razón de esto es que puede pasar inadvertida la existencia de tumores malignos cuando no existen síntomas que sugieran esta posibilidad. El hallazgo de un neoplasma maligno incipiente del recto en un momento en que todavía permite su tratamiento quirúrgico, recompensaría al médico por centenares de exámenes inútilmente efectuados. Como ya se ha dicho, el antecedente de una hemorragia rectal, aunque sea pequeña, exige imperativamente la completa exploración de la cavidad rectal, pues precisamente el cáncer es la enfermedad que, sin dar otros síntomas, suele originar una hemorragia precoz. Es en estas condiciones, cuando un temprano y detenido examen sigmoidoscópico y proctológico, puede producir brillantes resultados, al permitir la extirpación precoz del neoplasma. En esta región del cuerpo, como en todas las restantes, la extirpación precoz de un crecimiento maligno es el *único método* del que puede esperarse una curación definitiva.

En el cáncer rectal, que ordinariamente se presenta en la porción inferior del órgano, la operación precoz y la extirpación completa suelen producir buenos resultados. *Los síntomas precoces de los cánceres incipientes del recto o de la flexura sigmoidea están constituidos por modificaciones*

en los hábitos intestinales del sujeto, flatulencia con dolores cólicos, algunas veces alternando con estreñimiento; tenesmo; descargas mucosas en aumento, de ordinario de olor repugnante, y hemorragias. Al principio estas hemorragias son muy ligeras consistiendo muchas veces en estrías sanguinolentas sobre el moco o en la expulsión de pequeñas cantidades de sangre, ora en el momento de la defecación, ora entre las deposiciones. Cuando el cáncer está localizado muy cerca del ano su primer síntoma es la hemorragia debida al traumatismo originado sobre el neoplasma por el paso de las heces. La caquexia, la pérdida de peso y la alteración del estado general, no son signos precoces del cáncer rectal.

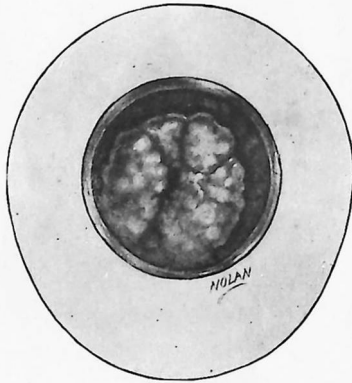


Fig. 43.—Carcinoma visto a través del proctoscopio.

La diarrea que persiste algún tiempo, que se acompaña de sangre, aunque en pequeña cantidad, debe ser considerada como sospechosa, y es necesario vigilar al paciente. Si se considera que el 50 por ciento de los casos de cáncer se presentan en el tubo gastrointestinal y que el 16 por ciento de los cánceres del aparato digestivo tienen su asiento primario en el recto o en la flexura sigmoidea, se comprenderá la importancia del examen de todos los casos que presenten antecedentes de hemorragias rectales, aunque sean pequeñas, sin tener en cuenta la edad o el aspecto general de los enfermos.

Casos seguros de cáncer del recto se han encontrado incluso en pacientes de quince años de edad. La frecuencia con que se localiza el cáncer en esta parte del organismo es ma-

yor que la que generalmente se supone y puede recordarse que Boas, hace ya tiempo, vió 83 casos de cáncer del recto en 500 casos de cáncer del aparato digestivo. En nuestra práctica hemos observado con mucha frecuencia enfermos con cáncer rectal no diagnosticados y que habían sido vistos por médicos concienzudos y estudiosos. Algunos de estos pacientes eran fuertes y robustos en apariencia, y como en sus

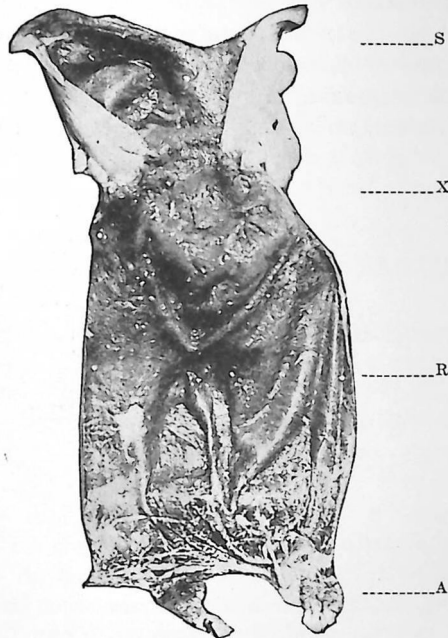


Fig. 44.—Cáncer del recto.

- A. Lugar de la amputación en el ano.
- R. Recto.
- X. Cáncer.
- S. Flexura sigmoidea.

antecedentes figuraba alguna hemorragia rectal, ellos mismos se hicieron el diagnóstico de "almorranas sangrantes". Se quejaban también de algunos trastornos de las evacuaciones intestinales, consistentes en estreñimiento o diarrea, así como de alteraciones de la digestión gástrica e intestinal y, en ocasiones, de un dolor no bien definido en la región sacra.

En algunos de estos casos la proctoscopia y la sigmoidoscopia demostraron la presencia de cánceres del recto tan

avanzados, que originaban la casi completa obstrucción de la luz del intestino y no dejaban esperanzas por lo que se refiere a los resultados del tratamiento. Esta triste experiencia de algunos proctólogos, es la que incita a exaltar la importancia de la exploración de la cavidad rectal en todos los casos que presenten los síntomas antes mencionados, siendo

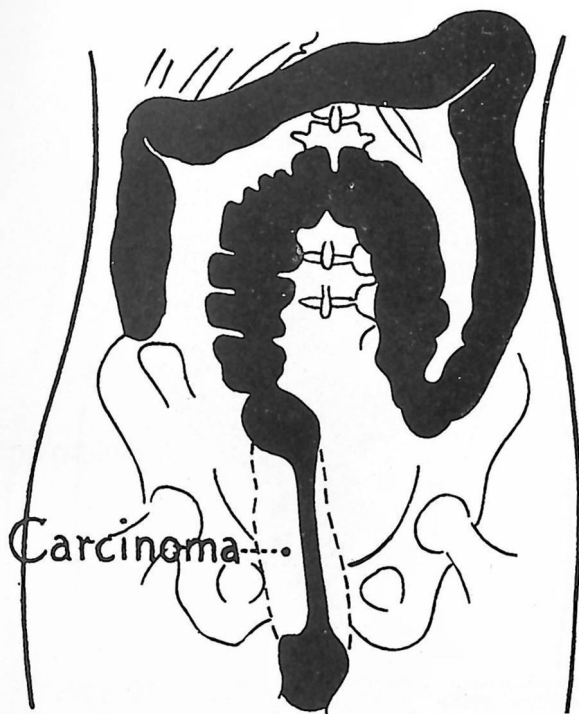


Fig. 45.—Radiografía mostrando un carcinoma cilindrico extendido hasta la flexura sigmoidea.

absolutamente necesario que todo médico explore precozmente la cavidad rectal.

Es conveniente, que en todos los casos en que se descubre un carcinoma inoperable, se intente el tratamiento radioterápico. Aunque mi experiencia respecto del uso del radio en las enfermedades rectales no ha sido satisfactoria, se ha observado, sin embargo, un buen número de casos de apa-

rente mejoría, mediante el uso de la radioterapia profunda, en los pacientes inoperables. Se practica una colostomía, bajo la acción de la anestesia local o raquídea, para que la ampolla rectal esté en reposo, utilizando luego la radioterapia profunda, que si no llega a curar la enfermedad, al menos hace más soportables sus síntomas.

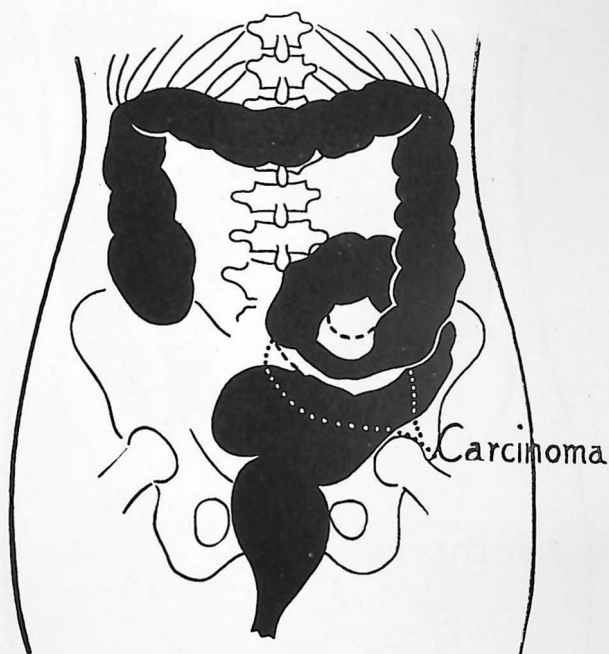


Fig. 46.—Radiografía mostrando un carcinoma del colon sigmoideo.

### Úlceras del intestino

No son adecuadas para el tratamiento local, ni para las curaciones en el consultorio, las úlceras del intestino que no se limitan a un área circunscrita, que se han vuelto crónicas, como la colitis ulcerosa crónica, ni las úlceras muy extensas originadas por infecciones específicas (tuberculosis y sífilis). La experiencia de la mayor parte de los proctólogos ha mostrado que en tales casos el único tratamiento satisfactorio es desviar el paso de las heces mediante una colostomía temporal. Este método evita la irritación mecánica y bacteriana

de las superficies ulceradas, proporcionando un reposo fisiológico a las partes enfermas, después de lo cual, las irrigaciones o cualquier tratamiento que se considere útil, puede aplicarse tanto arriba de la lesión como por abajo. Sin embargo, estos casos exigen un reposo mayor o menor en cama o en la casa.

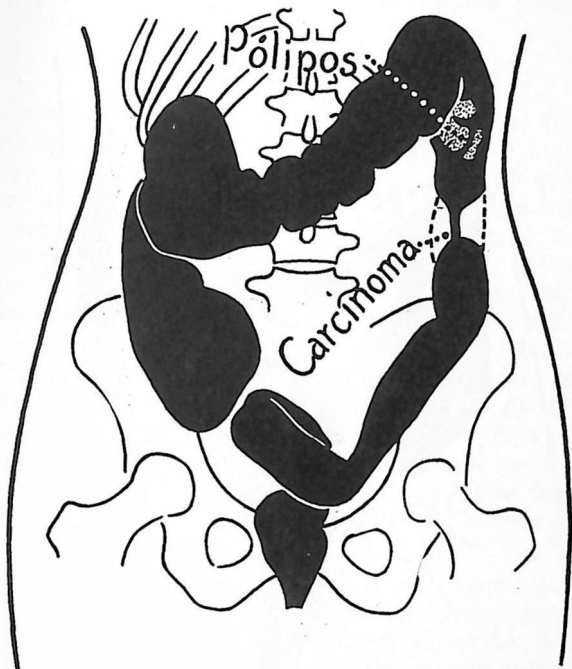


Fig. 47.—Radiografía de una poliposis de la flexura esplénica con carcinoma del colon descendente.

Aunque es cierto que la colostomía puede ser fácilmente realizada con anestesia local, como ha sido repetidamente demostrado, es hasta cierto punto difícil aconsejar que sea realizada por el médico general, o incluida dentro del mismo tipo de intervenciones expuestas en el presente volumen.

#### Estrechez del recto

Ningún caso de estrechez del recto debe ser tratado por dilatación, incisión ni ligadura en el consultorio del médico,

a no ser que esté situado en los primeros 7 centímetros del conducto anorrectal y no sea más estrecho que el calibre número 10 de la bujía de Wales. Aun así, su situación, consistencia, estructura y relación con las paredes rectales, deben ser detenidamente observadas por la radiografía y por la exploración digital e instrumental. Se tomarán grandes precauciones al proceder a la dilatación forzada de cualquier tipo

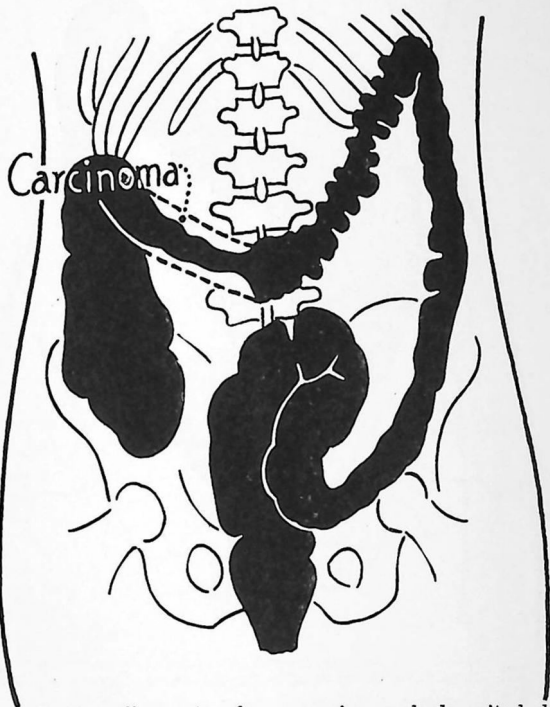


Fig. 48.—Radiografía mostrando un carcinoma de la mitad derecha del colon transverso.

de estrechez del recto, por muy elástica que parezca ser. La simple dilatación de estrecheces no muy marcadas, mediante la bujía de Wales, ha dado lugar, en algunos casos, a la ruptura del recto y a la penetración en la cavidad peritoneal con los fatales resultados consiguientes. Las "estrecheces" debidas a la marcada infiltración de una de las válvulas de Houston o las estrecheces del tipo de sombrilla, pueden ser fácilmente divididas mediante la operación del autor consis-

tente en una ligadura de goma aplicada a la válvula rectal hipertrofiada.

La administración de óxido nitroso con oxígeno o de etileno es tan fácil y tan exenta de peligros, que su uso debe aconsejarse en las operaciones de breve duración, pero que exijan la anestesia general, o bien se empleará la raquí-anestesia.

### **Abscesos rectales**

Aunque, según se dijo en otro capítulo, algunos abscesos circunanales y perirrectales se tratan con ciertas limitaciones, bajo la acción de la anestesia local, bien puede llegar el caso en que sea necesario realizar una intervención más extensa, que sobrepase los límites de las que se realizan con anestesia local. Ningún absceso que se extienda arriba del músculo elevador del ano, debe ser abierto con anestesia local; tampoco lo será ningún absceso de la región isquiorrectal cuando haya duda de que el operador pueda obtener un buen drenaje mediante la incisión, sin necesidad de recurrir al raspado. A causa de la facilidad con que se extiende a la fosa isquiorrectal, es de buen criterio no intentar abrir un absceso con anestesia local cuando es más grande que un huevo de gallina, a no ser que pueda descubrirse, bien fuera de los esfínteres, un punto definido de reblandecimiento y fluctuación.

La anestesia caudal es preferible y más segura para intervenir en estos casos. El anestésico se inyecta fuera del área contaminada, pues de no ser así, la inyección de la solución anestésica podría acarrear bacterias patógenas a los tejidos circundantes. Otro tanto puede decirse de las operaciones de fístulas. Si existe alguna duda al elegir el anestésico, tanto para los abscesos, como para fístulas, debe usarse la anestesia sacra. Cuando el proceso infeccioso ataque también la región del sacro, ensuciándola con sus secreciones, se recurrirá a la anestesia raquídea.

### **Fístula anal**

Ninguna fístula anal que tenga más de un trayecto, o cuyos límites no hayan podido ser determinados por la exploración digital, debe ser abierta con anestesia local. En

efecto, lo único aconsejable es obtener una radiografía estereoscópica después de una inyección de pasta de bismuto. Tan sólo las fistulas simples, directas, las fistulas ciegas externas o internas o las fistulas submucosas deben operarse con anestesia local, y en caso de duda se empleará la anestesia caudal o raquídea, el óxido nitroso o el etileno. Es imposible predecir hasta qué altura llegará, o qué magnitud alcanzará la dirección que requiera la extirpación de un conducto fistuloso, como tampoco es posible predecir, cuál sería la operación perfecta, a no ser que el médico disponga de una buena colección de radiografías estereoscópicas.

### Hemorroides

Al operar hemorroides con anestesia local hay que proceder con extremo cuidado en la elección de los casos. Las hemorroides complicadas con fístulas, ulceraciones extensas, prolapso rectal completo o abscesos, se tratan mejor con anestesia caudal, raquídea, o general. Las hemorroides externas, y algunas hemorroides trombosadas agudas pueden ser extirpadas siempre con anestesia local de un modo tan satisfactorio como pudieran serlo con la anestesia general. En el tratamiento de las hemorroides internas y externas existe un límite, pasado el cual es también *posible* emplear la anestesia local, pero *no es prudente* hacerlo.

Todavía no me he encontrado ninguna hemorroide interna prolapsada, que no haya yo podido extirpar con anestesia local. Mas para el médico no especializado, propongo las siguientes reglas: en todas hemorroides internas, estén o no prolapsadas, la operación con anestesia local es el método de elección; cuando existe bastante prolapso rectal, es aconsejable la extirpación con anestesia caudal; cuando por alguna razón sea peligroso o cuando el paciente rechace absolutamente la anestesia general o raquídea, podrá recurrirse a la anestesia local, operando en diferentes sesiones, es decir, extirpando una hemorroide cada vez y haciendo la completa extirpación de todas las hemorroides en tres o seis semanas. En algunos enfermos que padecen procesos cardíacos, pulmonares o renales y en los que está absolutamente prohibida la anestesia general, puede recurrirse al método citado.

### **Prolapso del recto**

En el prolapso del recto de segundo grado, cuando sólo se refiere a una mitad de la circunferencia del intestino, puede emplearse la anestesia local. Pero, en general, el autor no se cree con derecho a recomendarla. Algunos proctólogos han realizado operaciones de prolapso con anestesia local, pero algunas técnicas que se han usado empleando anestesia general pueden ser también utilizadas con anestesia caudal o espinal. En el prolapso de tercer grado o en el prolapso oculto, o en cualquier operación que exija el empleo de termocauterío, las razones estéticas rigen algunas veces la elección de la anestesia. Aunque no se produce dolor, el paciente suele percibir el olor de la carne quemada, particularmente desagradable si esta carne es la propia. Cuando se emplea la anestesia caudal se debe administrar al enfermo, antes de la operación, sedantes o narcóticos para que se halle prácticamente inconsciente.

### **Extracción de concreciones y bolos fecales**

La extracción de concreciones del recto o de la flexura sigmoidea, cuyo diámetro sea mayor de 3.5 centímetros, no debe ser realizada con anestesia local, pero es muy fácil empleando anestesia caudal, raquídea, o la narcosis originada por la administración de etileno, o de óxido nitroso. Aunque casi todos los bolos fecales pueden ser extraídos con anestesia local, como se dirá en el capítulo VII, suelen producirse tantas molestias al enfermo, que es necesario la administración de la anestesia raquídea o general, para facilitar la operación.

### **Fístulas comunicantes con otros órganos**

Las operaciones de fístulas que comunican el recto con otros órganos adyacentes, nunca deben ser realizadas con anestesia local, ni debe *emplearse extensamente el termocauterío*, que sólo se *utilizará sin reservas*, cuando el paciente se halle bajo la acción de la anestesia profunda general. Antes de intentar cualquiera operación en el ano o en el recto es necesario asegurarse, mediante la detenida proctosco-

pia y sigmoidoscopia y el examen radiográfico, que no existen otros procesos patológicos en puntos más elevados del intestino.

Muchos tratamientos que en este capítulo han sido considerados como no factibles con anestesia local, se han practicado en nuestro servicio hospitalario con excelentes resultados siguiendo ese método de anestesia. Los límites de la anestesia local en proctología están dados por la habilidad y experiencia del operador. Con todo, hasta que, tras larga experiencia, se haya aceptado de todo en todo la anestesia local, ha de tener cautela y extremo cuidado todo aquel que se valga de dicha anestesia, aun cuando parezca muy sencilla la operación.

## CAPITULO VI

### ESTREÑIMIENTO Y OBSTRUCCION ("OBSTIPACION")

Se puede definir el estreñimiento, diciendo que es la evacuación de cantidad insuficiente, o la anormal retención de heces en el conducto intestinal. Una definición más amplia sería decir que es la retención anormal de productos de desecho en el cuerpo humano. El estreñimiento, en oposición a la obstrucción, es un estado puramente funcional. Por otra parte, la obstrucción es un estado en el cual no existe alteración de la actividad funcional y la cantidad de heces es suficiente, pero alguna dificultad mecánica impide la defecación normal.

El estreñimiento es quizás la desviación más común de las funciones normales de la raza humana. Un escritor festivo dijo que "la mitad de los hombres y todas las mujeres están estreñidos". Esta exageración puede mover a risa, pero indica que se trata de un estado muy frecuente. Seguramente, no hay remedio tan anunciado en las revistas, diarios y hasta recientemente por las estaciones de radio, como los medicamentos que se ofrecen al público para curar el estreñimiento. La venta de preparaciones laxantes alcanza en los Estados Unidos a varios centenares de millones de dólares por año.

Con excesiva frecuencia el "paciente estreñado" abandona el consultorio del médico con una prescripción de un purgante, sin que se haya realizado una exploración para averiguar a qué se debe esa alteración de una de las funciones más importantes del cuerpo. Algunos individuos, después de un ensayo más o menos prolongado se desilusionan y se resuelven a emplear los llamados "cristales mágicos", los "chicles laxantes", "caramelos purgantes", "alimentos de salud", "reguladores intestinales", "aguas minerales salutaríferas", "magnetismo", "baños internos", "lavados del colon", debido a que el médico a que acudieron, perdió la oportunidad de instituir el tratamiento oportuno. En todo individuo que con-

sulte al médico para que restablezca el ritmo normal fisiológico de su intestino, debe averiguarse sus antecedentes, costumbres y modo de vivir, lo mismo que se hace cuando se trata de cualquier otra enfermedad más grave. Es absolutamente necesario realizar una meticolosa exploración del apa-

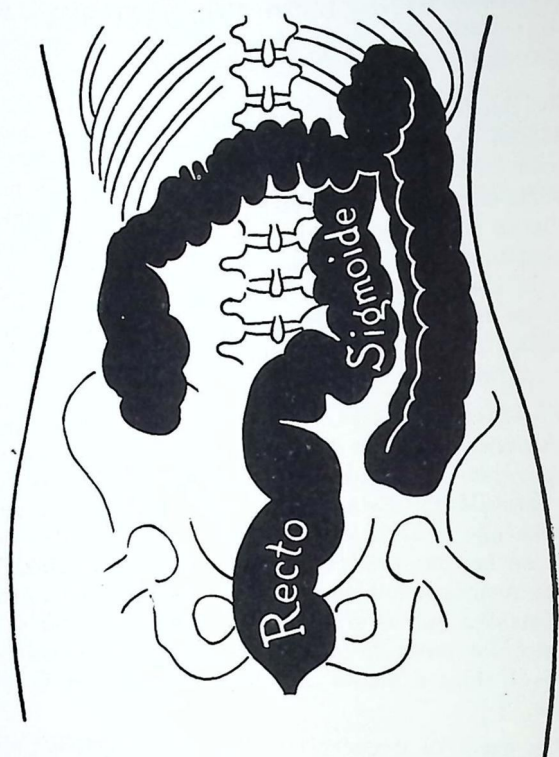
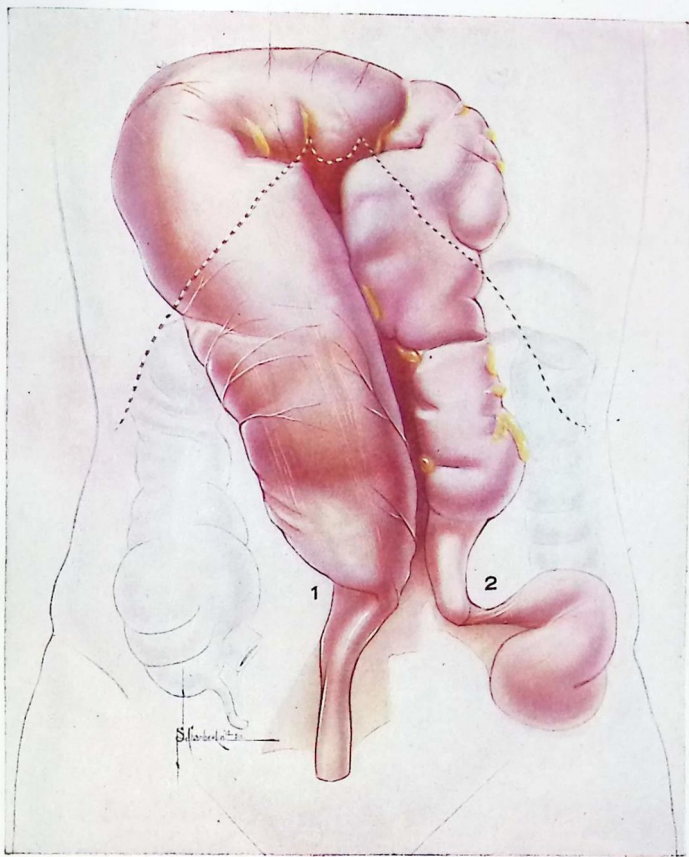


Fig. 49.—Radiografía mostrando una gran dilatación del recto y de la flexura sigmoidea, con adherencias en la flexura esplénica y formación de un ángulo agudo del colon descendente.

rato digestivo, y particularmente de la porción inferior del intestino, la cual constituye la especialidad del proctólogo.

El estreñimiento es, realmente, un estado relativo. Un individuo puede tener durante dos o tres días evacuaciones regulares y sin embargo de ello, estar estreñido; o por el contrario, no realizar más que una deposición a la semana y,



### LAMINA III

Colon sigmoideo gigante. Este caso muestra hasta qué extremo puede llegar la dilatación del colon.

1.—Vólvulo en la unión del colon descendente y la flexura sigmoidea.

2.—Vólvulo en la unión rectosigmoidea. (Pieza del Museo Anatómico del *Detroit College of Medicine*, reproducida gracias a la amabilidad del Dr. F. N. Blanchard).



sin embargo, tener vacío completamente el colon. Un individuo con megacolon, que fué visto por nosotros, hacía cuatro o cinco deposiciones por año.

El estreñimiento cuando se trata desde su comienzo obedece con mayor facilidad que cuando remonta a muchos años. Es aconsejable, por tanto, interrogar a todos los indi-

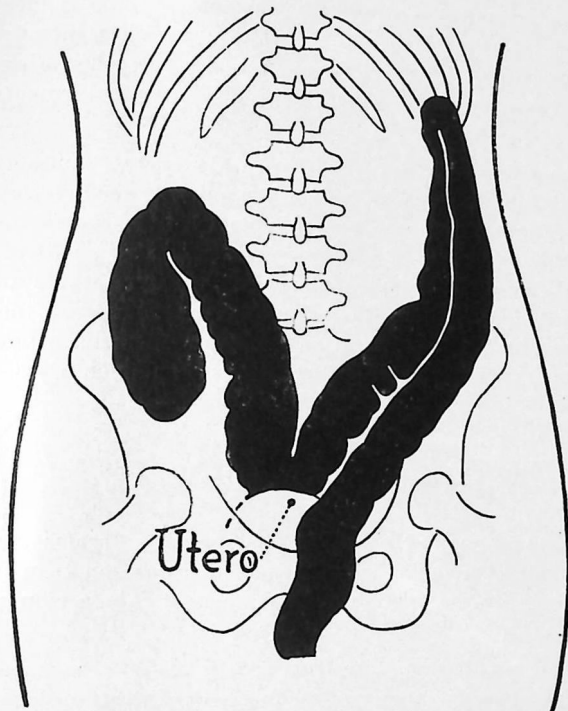


Fig. 50.—Radiografía mostrando adherencias postoperatorias del colon transverso y del útero, que dan lugar a ángulos agudos en las flexuras hepáticas y esplénicas, que originaban obstrucción y alteraciones funcionales del colon.

viduos que acudan al consultorio, acerca de los antecedentes que conciernen a la normal evacuación intestinal.

La obstrucción ("obstipación") debe diferenciarse del estreñimiento por ser puramente de origen orgánico o mecánico. Para mejorar el estreñimiento en los pacientes que también presentan una obstrucción, debe ser corregida y tratada primeramente la lesión obstructiva. La obstrucción

puede estar originada por malformaciones del conducto intestinal, adherencias abdominales, estrecheces, poliposis, compresión de tumores intestinales o por otras neoformaciones de la cavidad abdominal, desviaciones angulares, enteroptosis, estenosis de la válvula íleocecal, exageración de los ángulos normales, prolapsos, bolos fecales, cuerpos extraños del tubo intestinal, válvulas rectales hipertrofiadas, próstata hiperplasiada, grandes hemorroides, perineo relajado o lacerado, esfínteres hipertrofiados o contraídos, papilitis hipertrófica y cualquier otra alteración que produzca estrechez, flexiones u obstrucciones del conducto intestinal, particularmente del colon.

Los individuos con estreñimiento y obstrucciones tienen también interés para el pediatra y para el médico general. El estreñimiento que se presenta en los niños es fácilmente combatido educando al niño y sometiéndolo a una dieta adecuada. La obstrucción requiere en la mayor parte de los casos, un detenido estudio para observar si se trata de una neoplasia, de un prolapso o de cualquier anomalía congénita. Para poder comprender y tratar el estreñimiento, es necesario conocer la fisiología de la defecación.

### Fisiología de la defecación

Hasta el momento en que las materias fecales son expelidas por el ano, las sustancias ingeridas son transportadas a lo largo del tubo intestinal, merced a la acción peristáltica.

El peristaltismo intestinal puede estudiarse mediante repetidas observaciones radioscópicas del intestino delgado y del grueso, después de la ingestión de comidas opacas, y estas observaciones han vertido nueva luz sobre los movimientos normales del intestino. Sabemos que el contenido del intestino delgado pasa en cuatro horas desde el píloro hasta el ciego, atravesando una distancia que puede calcularse, por término medio, en 6.50 a 7.00 metros. Desde la válvula íleocecal hasta la unión rectosigmoidea, la progresión es más lenta, oscilando entre 14 y 20 horas. Por tanto, puede decirse, en términos generales, que los residuos de los alimentos ingeridos se expelen 24 horas aproximadamente después de la ingestión. Una retención más larga indica que el individuo padece estreñimiento u obstrucción.

Después de que la digestión gástrica ha terminado, el contenido del estómago pasa a través del píloro al interior del duodeno. En este lugar, el material ácido puesto en contacto con las secreciones alcalinas intestinales, da lugar a reacciones químicas que excitan el peristaltismo. Estos estímulos provocan ondas de contracción y relajación muscular a lo largo de toda la longitud del intestino delgado y del grueso. Debido a las reacciones químicas producidas se originan ciertos gases que distienden y aumentan el calibre del intestino. Esta distensión estimula a su vez la contracción muscular, y es una eficaz ayuda para activar los movimientos. Cuando no existe una relación adecuada entre ácidos y álcalis puede originarse un aumento anormal de gases intestinales. Cuando repetida o continuamente se producen estas flatulencias, se origina atonía y algunas veces estasis por hiperdistensión y fatiga muscular.

Los gases normales son fácilmente absorbidos por los vasos sanguíneos o expulsados por el ano. Si estos gases, al progresar, encuentran una obstrucción, se invierte el peristaltismo y entonces el gas penetra en el estómago y se eructa.

Además del estímulo químico del peristaltismo, que se produce por la digestión, y de la distensión originada por los gases, los componentes no digeridos de la dieta constituyen una causa excitadora muy importante. Estos residuos ayudan a dar a las heces su consistencia, volumen y aspecto normales. Irritan suavemente o estimulan la mucosa y producen la contracción de las fibras musculares circulares, tanto del intestino delgado como del grueso. El estímulo producido por el movimiento del diafragma es muy importante pues contribuye al peristaltismo.

La respiración normal no sólo ayuda a estimular los movimientos del colon, sino que empuja el material en el intestino delgado. Se puede comprobar que cualquier vestido que dificulte los movimientos respiratorios normales, así como las posturas incómodas, son un importante factor que impide el peristaltismo normal.

El contenido intestinal es líquido hasta que llega a la válvula ileocecal. En el ciego se espesa y su movimiento en el intestino grueso es detenido por la fuerza de la gravedad. En el intestino grueso el contenido se detiene durante 14 a 20 horas, los líquidos se absorben gradualmente, y cuando se acercan a la flexura sigmoidea, las heces se hacen más sóli-

das. La mucosa del colon es más gruesa y no tan sensible como la del intestino delgado, exigiendo un estímulo mayor; en consecuencia, las heces son más sólidas en esta porción intestinal. Cuando existe un exceso de fibras vegetales y de material indigerible, el colon, excesivamente estimulado, se distiende, y se hace atónico; las masas fecales se mueven muy lentamente, originándose estreñimiento crónico y algunas veces concreciones fecales. Las materias fecales, cuando alcanzan la flexura sigmoidea, permanecen allí y pasan al recto y al ano, debido a los movimiento de la defecación.

La absorción de las toxinas que se hallan disueltas, producen una autointoxicación que es la responsable de los síntomas impropriamente llamados "biliosos". El intestino grueso es, en efecto, uno de los focos más importantes de los síntomas que hoy se consideran como debidos a la "infección focal". Entre estos síntomas puede mencionarse el "reumatismo", la neuritis, los vértigos, el dolor de cabeza, la pérdida del apetito, el aliento fétido, la pereza mental, las náuseas; en algunos casos, se producen también ataques de vómitos y sensación general de fatiga y malestar. El hígado se resiente por la absorción del material tóxico que le llega del intestino grueso a través de la circulación porta, y es así que el llamado síndrome bilioso o también hígado tórpido es causa de estreñimiento. La bilis no es un factor tan importante como antes se creía, para provocar el peristaltismo normal de la defecación; su presencia no estimula en grado apreciable el peristaltismo del intestino delgado y no es necesaria para la producción del peristaltismo y de la defecación. La secreción biliar es meramente la excreción del hígado, que contiene los productos de desecho que quedan después de que la víscera hepática desempeña sus funciones más importantes, cuales son: la desintoxicación de sustancias tóxicas que penetran en el organismo, por el conducto gastrointestinal; la de almacenar parte del exceso de grasa que se toma en la alimentación y devolverlo a medida de las necesidades; la de almacenar los hidratos de carbono en forma de glicógeno o de transformar éste en glucosa, y ponerla en libertad cuando así sea necesario; la de cooperar en el metabolismo de las proteínas cuando menos hasta el grado de formar urea o compuestos amoniacaes, además de otras funciones de menor cuantía.

El argumento propuesto por algunos de que la administración de un laxante, al aumentar la corriente de bilis "descargando el hígado", vacía el intestino y alivia los síntomas de autointoxicación, es prueba decisiva en favor de la hipótesis, pero pierde fuerza cuando recordamos que algunos casos de autotoxemia se mejoran por la acción mecánica del lavado conseguida por una enema o irrigación. En este último caso no interviene la llamada, purga natural de la bilis. Las erróneamente llamadas "píldoras hepáticas" producen el mismo resultado simplemente debido a su acción purgante, tengan o no acción colagoga. Que la bilis no es esencial para la defecación normal, se demuestra por el hecho de que los pacientes con fístula biliar permanente, y que, por tanto, no tienen bilis en el tubo intestinal, tienen sus movimientos intestinales normales y efectúan su defecación como los demás.

### Factores etiológicos

Todo lo que dificulte o altere el desarrollo y ejercicio de los movimientos intestinales, altera, como es natural, el movimiento de su contenido y su expulsión. En primer término, deben administrarse diariamente los líquidos necesarios para mantener el contenido intestinal suficientemente flúido y, al mismo tiempo, abastecer de agua los diversos órganos del cuerpo. Por otra parte, los individuos que no beben agua en cantidad suficiente, sufren estreñimiento debido a que al reabsorberse el líquido, las heces quedan muy duras y secas. Los sujetos que ingieren grandes cantidades de agua *en sus comidas*, mastican insuficientemente y llenan de agua el contenido gástrico; las partículas no digeridas de los alimentos atraviesan el píloro con grandes cantidades de jugo gástrico muy diluido; la débil reacción ácida de esta mezcla no reacciona debidamente con el contenido duodenal alcalino; no se producen gases en suficiente cantidad, y las partículas alimenticias irritantes pasan al intestino delgado. Esta es otra causa de la pérdida del tono.

Es bien sabido que los animales carnívoros son estreñidos, mientras que los herbívoros tienen evacuaciones abundantes y frecuentes. Analizando este fenómeno nos daremos cuenta de que para facilitar la cantidad suficiente de residuos, deben incorporarse a nuestro régimen diario, productos que, al no ser digeridos, estimulen las fibras musculares del

intestino. Citaremos por ejemplo, el maíz, el repollo, el apio, las zanahorias, la remolacha, la lechuga, la espinaca, el berro, la escarola, y otras verduras, así como también las semi-llas vegetales y frutas.

Debe notarse que entre las sustancias no digeribles y que aumentan el volumen de las heces, no hemos hablado del salvado ni de la harina integral. Aunque estas sustancias no son peligrosas en sujetos con conducto anal normal, que no padecen hemorroides, ni criptas excepcionalmente grandes, son indudablemente inconvenientes en los sujetos con ligeras lesiones de la región, como se hará notar en el capítulo acerca de la criptitis. Las partículas de salvado irritan las criptas y son responsables de ciertos síntomas. El valor de la harina de avena, del trigo entero o del salvado, depende de la acción estimulante que ejerce sobre el intestino, debido a su solidez. Los otros vegetales mencionados producen los mismos resultados sin el peligro de traumatizar las criptas y las hemorroides.

Las sales minerales, y particularmente el cloruro de sodio, son elementos constituyentes de nuestra dieta. La mayor parte de las sales minerales son laxantes naturales. Un razonable consumo de dulces tiene también valor debido a que aumenta la formación de anhídrido carbónico que también es un buen laxante. Los alimentos no deben estar concentrados sino contener, como ya se ha dicho, residuos vegetales en cantidad suficiente, para que las heces se solidifiquen llenando y distendiendo el intestino. El peristaltismo se debe a que la distensión originada, va seguida de la contracción correspondiente. Todos los alimentos deben ser cuidadosamente masticados para asegurar la acción de la saliva y para que al fraccionarse en pequeñas partículas, el jugo gástrico pueda penetrarlos completamente y provocar una buena digestión gástrica.

Los individuos que tienen la costumbre de comer ligero y de masticar mal los alimentos y tragarlos con rapidez, ayudándose de abundante cantidad de agua o de otros líquidos, están propensos al estreñimiento porque su naturaleza protesta contra tales ataques. Aparte de los errores dietéticos, la causa más común del estreñimiento es que la mayor parte de los individuos no atienden a la llamada que la naturaleza hace para realizar la defecación. Los escolares reciben este llamado: las materias fecales estimulan la dilatación de sus

esfínteres para expulsar el contenido intestinal; pero en nuestras modernas escuelas, la hora de la lección es más importante que algunas de las funciones de la naturaleza. No se permite al niño que cumpla esta función, y al realizar esfuerzos para contenerse, pasa el deseo. La repetición día tras día de tales esfuerzos, da lugar a que el niño padezca estreñimiento crónico.

Aunque el peristaltismo es involuntario en la mayor parte de los individuos, la regulación voluntaria del esfínter basta para detener el peristaltismo. Los esfuerzos expulsivos son detenidos y retardados por una fuerte contracción del esfínter y pronto se provoca el estreñimiento. Las muchachas en la vida social, se habitúan a reprimir el deseo de la defecación, unas veces porque el momento no es propicio y otras porque se avergüenzan de usar el retrete ante sus amistades, con lo cual el deseo pasa y el estreñimiento se va produciendo.

Por otra parte la taza del retrete debe tener una altura proporcionada a la talla de los sujetos, pues de ordinario, suele tener 5 ó 6 centímetros más de lo que corresponde.

Los hombres de negocios, los trabajadores, incluso los médicos, padecen también ese defecto de no atender a las llamadas de la naturaleza, con lo que el estreñimiento viene a ser un mal universal. El resultado es que las revistas, diarios, transmisiones de radio, estén llenas de anuncios de jarabes y píldoras purgantes. En nuestra humilde opinión esta negligencia o indiferencia es la causa más importante del estreñimiento. Otra causa impone la represión voluntaria de la defecación y es que en las escuelas, los negocios, etc., no hay número suficiente de retretes.

Los individuos de vida sedentaria padecen de ordinario estreñimiento. El ejercicio es uno de los factores más importantes para mantener en estado normal las funciones del cuerpo. Otras causas intervienen también en el origen del estreñimiento, pero hemos citado las más importantes.

Cuando el intestino se hace atónico hay que emplear remedios para reestablecer su tono. En el tratamiento del estreñimiento agudo, están indicados los purgantes, los supositorios, las enemas, pero la víctima de estreñimiento crónico no debe ser más víctima del uso de las drogas, como los pacientes que sufren de apendicitis crónica. En lugar de pro-

vocar irritación, de producir movimientos peristálticos irregulares y violentos durante el día; en lugar de cambiar un purgante por otro, o de aumentar la dosis; en fin, en vez de substituir la acción fisiológica natural del intestino mediante enemas, debemos esforzarnos en devolver el tono normal al intestino imitando los métodos de la naturaleza. En el tratamiento del estreñimiento crónico únicamente al principio está indicado el purgante.

### Diagnóstico

Cuando el paciente acude al médico quejándose de que sus deposiciones son poco frecuentes o escasas, lo primero que hay que hacer es averiguar si se trata de estreñimiento u obstrucción. El enfermo será examinado cuidadosamente, y el autor desea hacer notar que el examen sistemático del ano, del recto y de la flexura sigmoidea de todos los enfermos que presenten síntomas referentes a estos órganos es de gran utilidad, pues facilita el tratamiento de los procesos anorrectales, que no es tan enfadoso como se había creído en otro tiempo.

Para establecer el diagnóstico tiene importancia determinar el tiempo que tarda la materia fecal en recorrer el tubo intestinal. Esto puede conseguirse fácilmente administrando 60 centigramos de carmín o 1.20 gramos de carbón vegetal, en cápsulas, antes de la comida, y ordenando al paciente que anote el tiempo que transcurra entre el momento en que fueron ingeridas tales substancias y la aparición del color rojo o negro en las heces. También debe observarse el tiempo que tarda en desaparecer. Por término medio, cuando ese tiempo es mayor de 17 a 24 horas, puede decirse que existe estreñimiento, que es evidente cuando el material coloreado tarda en aparecer más de 24 horas.

Ningún paciente que presente síntomas de hallarse alterada la regularidad y cantidad de sus deposiciones, debe ser sometido a tratamiento sin que antes se haya establecido el diagnóstico, valiéndose de la exploración digital y de la anoscopia, proctoscopia y sigmoidoscopia. Un paciente que sufre síntomas de estreñimiento debe ser objeto de examen proctológico, lo mismo que hay que inspeccionar, auscultar y percudir el tórax de los sujetos que padecen tos. Todos los pacientes, sea cual fuere su sexo, serán sometidos al examen

bimanual rectoabdominal, y si son mujeres se practicará la exploración vaginal. En los varones, debe explorarse también la vejiga y la próstata.

Al realizar el examen con el proctoscopio es siempre aconsejable colocar a los pacientes en posición genupectoral o en posición invertida para que el recto pueda dilatarse por la presión del aire atmosférico. En todos los enfermos con estreñimiento debe atenderse siempre, en primer término este estado, o sea, que hay que precisar la situación de las heces en el intestino y localizar las obstrucciones mecánicas, si es que existen. Luego se practicará una enema y se continuará el examen.

Si la causa no llega a descubrirse, se hará un estudio radiográfico. La técnica del examen radiográfico del colon, mediante el bario, que me ha producido los mejores resultados, es la siguiente:

Se mezcla una cucharada pequeña llena, de goma tragacanto pulverizada, con 30 gramos de alcohol. Si se dispone de un batidor eléctrico, se coloca en un vaso medio litro de agua muy caliente y agitando continuamente se va añadiendo la mezcla de tragacanto y alcohol. Una buena pasta debe quedar completamente exenta de grumos. Se pesan 500 gramos de sulfato de bario en polvo que se suspenden en un litro de agua caliente y se añaden lentamente a la suspensión de goma tragacanto. Si existen masas o grumos, serán separados, pasando la mezcla a través de una gasa para evitar que se ocluya la sonda. Debe completarse la cantidad de líquido hasta dos litros, añadiendo agua caliente. Es esencial para obtener un diagnóstico seguro, que la suspensión del bario sea homogénea.

Es aconsejable emplear un catéter de goma blando que no sea superior al número 26 (francés). En ninguna circunstancia se utilizarán las cánulas de vidrio, de goma dura o de metal, pues traumatizan el conducto anal.

Se hará penetrar lentamente el bario en el conducto anal, apretando suavemente con la mano la pera insufladora de que está provisto el aparato inyector, procediendo así hasta que el bario emerja del catéter bajo la observación radioscópica. Es aconsejable agitar la mezcla de tiempo en tiempo durante su administración. En algunos pacientes puede ser necesario inyectar aire dentro del colon una vez que se ha

evacuado parte de la enema de bario, pues así se produce un buen contraste de los neoplasmas y se dibujan claramente los límites de los divertículos.

Después de una enema de limpieza, colócase al enfermo en posición lateral izquierda y, utilizando un catéter de goma, se introduce lentamente de medio a un litro de la mezcla de bario. El irrigador se colocará a 60 centímetros encima del ano del enfermo. Tan pronto como empieza a correr la solución, el enfermo se coloca en decúbito supino. Esto permite al líquido pasar al ciego y, a no ser que exista una obstrucción por alguna alteración patológica, se obtiene una buena imagen. El paso de la enema opaca se vigila cuidadosamente con la pantalla fluoroscópica y cuando la marcha de la pasta se detiene, hay que practicar manipulaciones para establecer si existe o no una obstrucción. El punto del ombligo se marca con una moneda fijada con tira emplástica, y se hacen radiografías estereoscópicas colocando al enfermo sobre el abdomen, así como en pie, con el abdomen comprimido por un marco vertical.

Cuando se desea observar la actividad del intestino delgado se administra el bario o la comida de bismuto por vía bucal, realizando frecuentes radioscopias hasta que la sustancia opaca llegue a la válvula íleocecal.

Mediante la radiografía del aparato intestinal se han puesto claramente de manifiesto las causas de algunas formas de estreñimiento, que se iban agravando, y contra las cuales toda medicación era ineficaz. Una gran parte de estos casos se deben a la obstrucción provocada por la exageración de las flexuras normales, a la angulación o a las ptosis, con o sin adherencias, y en el 95 por ciento de los enfermos, el colon es el asiento principal de estas alteraciones. En el intestino delgado se presentan muy rara vez.

El examen fluoroscópico es una exploración muy importante en lo que se refiere al estudio del abdomen, no sólo en relación con el diagnóstico del estreñimiento, sino también en los casos de "colitis". En todos los pacientes y particularmente en las mujeres que han sido objeto de una laparotomía anterior o de otro tipo de operación, la pantalla revela la existencia de adherencias, angulaciones o desplazamientos del colon, que pueden dificultar su función.

No sólo los procesos inflamatorios intestinales, sino también las operaciones quirúrgicas sobre los órganos del abdo-

men dan lugar a adherencias. Creo firmemente que muchas de estas adherencias podrían evitarse si el cirujano protegiera las serosas, tan sensibles, del intestino y de otros órganos, mediante gasas húmedas o secas. Esto puede llevarse a cabo empleando grandes láminas de goma, que se interponen entre las gasas o torundas que se introducen en el abdomen, para separar el intestino, especialmente en las operaciones de la vesícula biliar y en la región de la pelvis.

Las radiografías que se muestran, se presentan con el fin de demostrar la inutilidad de tratamientos contra el estreñimiento, sin hacer uso de todos los medios diagnósticos de que podemos disponer. No hay ni qué decir que deberá acudirse a tales medios cuando se trate de operaciones de mayor importancia, como la colectomía, la ileosigmoidostomía, la resección de las partes enfermas del colon, la anastomosis lateral, la peritonización de adherencias y otras intervenciones quirúrgicas que no pueden ser tratadas en esta obra.

Cuando después de una cuidadosa exploración física, proctoscópica y radiográfica del paciente, no llega a descubrirse ninguna de las obstrucciones mecánicas mencionadas al principio de este capítulo, habrá que pensar en que probablemente, se trata de una alteración funcional, o sea de un verdadero caso de estreñimiento crónico atónico. Durante la exploración debe interrogarse al enfermo acerca de su régimen alimenticio, de sus costumbres, ocupación, etc. Cuando se han realizado todos los exámenes se plantea el problema del tratamiento.

### Tratamiento

Lo primero que hay que considerar al plantear el problema del tratamiento de cada caso, es el tipo del paciente. Así, por ejemplo, a un atleta que sufre estreñimiento, es inútil recomendarle ejercicio. En este caso el estreñimiento es debido a una pérdida de líquido por la excesiva transpiración y la fatiga muscular.

Al sujeto que padece indigestión intestinal crónica por no poder digerir alimentos, como el repollo, la coliflor o los espárragos, sería absurdo aconsejarle ingerir abundantes cantidades de vegetales de este tipo. Es decir, en cada caso debe considerarse el estado individual, y las diferentes varia-

ciones en el tratamiento deben ser guiadas por la observación que el médico haga en cada enfermo en particular.

Se ha dicho con propiedad que los médicos no procuran ya descubrir la clase de enfermedad que tiene el paciente, sino, antes bien, hallar en qué clase de paciente se alberga la enfermedad. En todos los casos es necesario darse cuenta de los errores dietéticos y de los excesos cometidos y corregirlos, aconsejando al paciente cuáles son los alimentos adecuados para él, y la cantidad y el momento en que debe ingerirlos. Cuando no pueda practicar una masticación perfecta, habrá que recurrir al dentista para que corrija posibles defectos de la dentadura. Se le ordenará tomar de seis a ocho vasos de agua en las 24 horas, siendo aconsejable beber un vaso de agua fría o caliente al levantarse y otro al acostarse. La cantidad ingerida entre las comidas debe ser abundante, pero será escasa en ellas. Es esencial que entre los alimentos se haga figurar una suficiente cantidad de vegetales como los anteriormente enumerados, y no pelar las frutas del tipo de las peras, manzanas y melocotones. Son recomendables los ejercicios al aire libre, como el tenis, el golf, la natación y sobre todo los grandes paseos a pie y al aire libre. Están indicados también los ejercicios respiratorios y en algunos casos los masajes de las paredes abdominales, que restablecen el tono muscular.

Deben corregirse todas las alteraciones locales, como, por ejemplo, las hemorroides, que, aunque por sí solas no son causa de estreñimiento, los dolores que producen son causa de que los pacientes retarden el momento de la defecación. Las fisuras, las úlceras y las escoriaciones del ano, serán tratadas por los métodos adecuados. La proctitis se curará mediante un tratamiento dietético y de aplicaciones locales.

Los pacientes cuyo estado general es deficiente requieren un masaje general, practicado por un masajista hábil. Si el esfínter está anormalmente apretado, se relajará con anestesia local o sacra. De todos modos, lo más importante en los casos de recto o flexura sigmoidea atónicos, es el masaje interno.

Teniendo presente que la administración de purgantes y laxantes tiende a aumentar la atonia intestinal en lugar de mejorarla, algunos médicos han ensayado numerosos métodos mediante la dieta, el ejercicio, el masaje, la hidroterapia, etc. Algunos pacientes responden satisfactoriamente a algunos de

estos procedimientos. Dado que el más poderoso estímulo para la contracción muscular es la previa dilatación, se ha aconsejado administrar substancias que contengan material capaz de producir abundante residuo en el intestino, como agar-agar, kava, mucilosa, metamucil, testagar, etc. Se han utilizado también para excitar el peristaltismo tapones rectales o sigmoidorrectales de algodón o gasa (secos o humedecidos en glicerina o con soluciones de sulfato de magnesia o de sulfato de sodio al 50 por ciento).

El estímulo directo de la mucosa rectal y de la muscular puede ser eficaz y el autor ha empleado, en algunos casos de atonía rectal, el masaje dilatador.

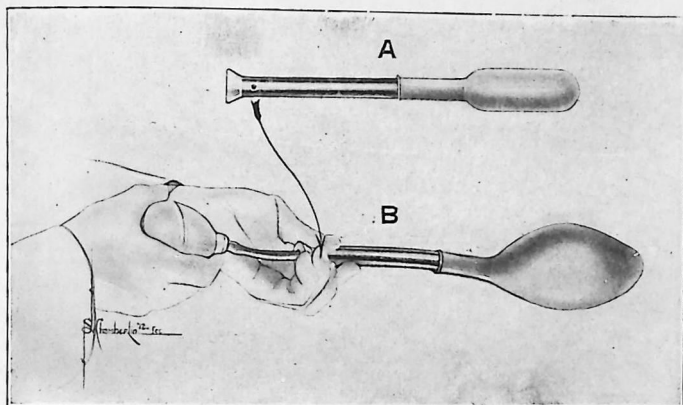


Fig. 51.—Ampolla de goma del autor, para masaje rectal dilatante.

**Método del autor.**—El aparato consiste en una pera de goma de forma especial, provista de un tallo que se introduce en el extremo distal de una bujía de Wales (números 3 al 5); la bujía de Wales es hueca y tiene en el mango un pequeño orificio lateral que se tapa con el extremo del dedo cuando se infla la pera. Se hace penetrar en esta pera aire comprimido a baja presión (0.5 a 1.5 kilos) para producir la distensión que se desea. Mediante una válvula de cierre ordinaria y de un reductor de presión esta distensión puede ser fácilmente regulada. Cuando no se dispone de aire comprimido, puede usarse un insuflador ordinario.

La técnica es la siguiente:

Se coloca al paciente en la posición de Sims; se pliega sobre su propio eje la pera, alrededor de la bujía, como se pliega un paraguas; se lubrica y se introduce en el recto, empujando primero hacia adelante, hasta pasar el conducto anal y luego hacia atrás, siguiendo la curva del sacro, hasta que se alcance la altura deseada dentro de la flexura sigmoidea. La bujía de Wales ofrece la necesaria resistencia para hacer esta maniobra e introducir la pera hasta la flexura sigmoidea y, al mismo tiempo, su flexibilidad permite que no se produzcan molestias ni traumatismos cuando penetra. No es



Fig. 52.—Posición para el uso del método del autor, para masaje rectal.

necesario el uso del proctoscopio para la introducción. Cuando la pera llega al lugar deseado, se infla lentamente, hasta que el paciente se queje de sensación de llenura, de un ligero dolor espasmódico o de deseo de evacuar. Luego se hace salir el aire, levantando el dedo que obstruía el orificio del mango de la bujía. Después de cinco a diez segundos, se vuelve a inflar la pera hasta el grado que sea tolerada. Este tratamiento se repite por unos cinco a diez minutos, según los casos. Finalmente, cuando se practica la última inflación, y antes de extraer el instrumento, se desconecta la válvula de cierre, si se emplea aire comprimido, y se ocluye la abertura de la bujía con el pulgar. Cuando en vez de aire comprimido

se emplea un insuflador corriente, se cierra el orificio del mango de la bujía con la extremidad del dedo y luego se extrae el aparato, lenta y suavemente, con ligeros movimientos de un lado a otro. Este momento de la extracción del aparato es de importancia pues dilata suavemente el esfínter.

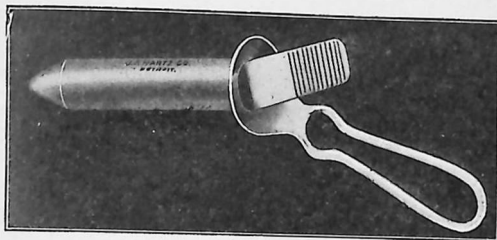


Fig. 53.—Proctoscopio del autor, de 10 centímetros, para operaciones.

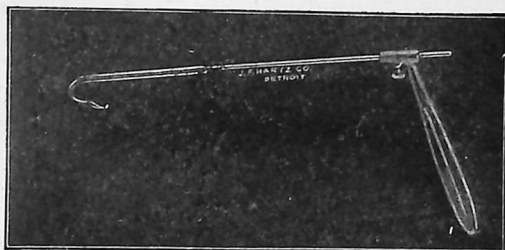


Fig. 54.—Portaligaduras del autor, o aguja valvotómica.

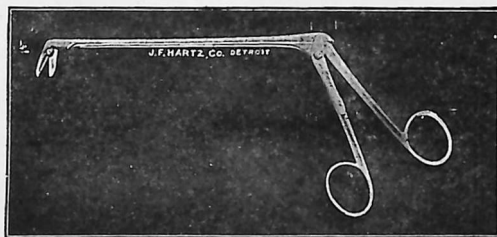


Fig. 55.—Tijeras rectales, angulares del autor.

El tratamiento se repite diariamente durante cinco días o una semana, y de ordinario después del primero o segundo tratamiento el paciente se siente mejorado. Los enemas y purgantes están absolutamente prohibidos en esta época.

Cada día el paciente refiere que sus deposiciones son más abundantes y más satisfactorias, y que en ocasiones tienen lugar más de una vez al día. Se recomienda al enfermo hacer sus evacuaciones a determinada hora del día, y también que intente defecar en cuanto sienta el más leve deseo. La regularidad es importantísimo factor del tratamiento. Cuando la defecación se aproxime a lo normal, el tratamiento se hará sólo en días alternos. Después de seis u ocho tratamientos, se deja transcurrir un intervalo de dos días, luego de tres, más tarde de cuatro y finalmente se realiza cada cinco a seis días. Cuando las evacuaciones tienen lugar diariamente y con regularidad, el intervalo se alarga a una semana o diez días. Luego puede suspenderse el tratamiento que volverá a restablecerse en cuanto las deposiciones se suspendan.

*En ninguna circunstancia se permitirá que el paciente realice por sí mismo el tratamiento.* Es imposible que el enfermo pueda introducir satisfactoriamente el instrumento y logre el grado de dilatación necesaria. La mayor parte de los fracasos son debidos a este hecho. El tratamiento debe ser siempre practicado por el médico y jamás por el paciente.

Quando el caso es diagnosticado y se instruye al enfermo de que debe realizar diariamente y en tiempo determinado sus evacuaciones, empleando también una dieta adecuada, los resultados de este tratamiento son muy satisfactorios, como pueden atestiguarlo muchos médicos que lo han empleado.

El paciente debe cooperar en lo que esté de su parte; hay que atraer su atención hacia el tratamiento y continuamente debe cuidar de que las deposiciones se realicen diariamente. La sugestión desempeña gran papel en el restablecimiento de la función normal, y el estreñimiento funcional obedece siempre a esta sugestión. A los niños se les debe ofrecer un premio y estimularlos a que evacuen su vientre todos los días.

La única medicación interna que puede estar indicada; según mi experiencia, es el extracto de nuez vómica, en dosis de 15 ó 30 miligramos, antes de las comidas, como tónico para combatir la astenia del enfermo. La pancreatina y la bilis de buey, en dosis moderadas, antes de las comidas, tienen valor en los pacientes que padecen síntomas de indigestión intestinal. Cuando los almidones se digieren con dificultad, es conveniente la administración de 25 a 50 centigramos

de tacadiastasa. También es eficaz la administración de una cucharada grande de extracto simple de malta. El autor ha podido comprobar en estos últimos treinta años, los buenos resultados de la administración de parafina líquida.

Como es sabido, el aceite no obra como medicamento, ni como purgante, ni como alimento, y no actúa sobre ninguna de las secreciones digestivas. Atraviesa sin modificarse el estómago y el intestino limitándose a lubricar las heces durante su paso a través del aparato intestinal, reblandeciendo las masas duras que se forman y evitando la formación de otras. Una forma de administración satisfactoria es la siguiente:

Rp.

Esencia de gaulteria	}	II gotas
Esencia de menta piperita		
Esencia de clavo		
Esencia de canela		
Parafina líquida		90 grs.

Sig.: Una cucharada grande al acostarse.

Se disminuye gradualmente la dosis hasta que al final del tratamiento se suspende totalmente. De la experiencia personal y de los informes recibidos de otros compañeros, que ascienden a millares de casos, el autor puede afirmar que cuando el sujeto es exactamente diagnosticado y adecuadamente tratado, la curación se obtiene en el 85 por ciento de los enfermos. La mayor parte de los fracasos se deben a que existen obstrucciones mecánicas, a que se ha permitido que el enfermo use el dilatador por sí solo, o a que la técnica no ha sido exactamente practicada. Hemos visto un paciente cuyo estreñimiento databa de cinco años y medio, que obtuvo la curación después de tres tratamientos. En otro caso, cuya enfermedad se remontaba a 26 años y que pasaba hasta dos semanas sin mover el vientre, fué necesario prolongar el tratamiento por dos meses para obtener la curación. El grado de atonia es el que rige el número de tratamientos y su duración. Por término medio puede calcularse que dicho número oscila entre 10 y 24.

Otras enfermedades que algunas veces acompañan al estreñimiento serán tratadas como corresponde.

## Obstrucción

En oposición al estreñimiento, que como hemos dicho es un estado puramente funcional que puede ser corregido modificando la musculatura intestinal por la dieta y los medios mecánicos, la obstrucción se debe a la existencia de obstáculos al paso de las heces. Todos los obstáculos (presiones, estrecheces, desplazamientos, etc.), que ofrezcan una resistencia mayor que la que puede ser vencida por el peristaltismo normal, dan lugar a la obstrucción. Entre estas causas puede mencionarse la compresión ejercida por los órganos abdominales aumentados de volumen o desplazados, la obstrucción de la coloptosis con o sin adherencias, las torceduras, las exageraciones de los ángulos de las asas intestinales, la invaginación crónica o repetida. Estos estados exigen intervención quirúrgica con anestesia general y hospitalización, por lo cual no pueden ser expuestos en este capítulo, dada la índole de la obra.

En cambio, las obstrucciones originadas por estrecheces anales o rectales, la fibrosis del elevador o del esfínter, el prolapso anorrectal, las concreciones fecales, la hipertrofia de las válvulas de Houston, son susceptibles al tratamiento con anestesia local o caudal.

**Estrechez anorrectal.**—Cualquiera estrechez que se presente en el conducto anal o en la ampolla rectal, a una altura no mayor de 7.5 centímetros del ano, puede ser tratada por la proctotomía posterior con anestesia local o caudal.

**Fibrosis de los músculos elevadores del ano o del esfínter.**—En algunos casos la proctitis crónica da lugar a una fibrosis de los músculos que rodean el ano y el recto. El dedo explorador descubre un repliegue de tejido fibromuscular producido por la infiltración del músculo elevador del ano. Este repliegue, por encima del cual se encuentran heces retenidas, no debe confundirse con una válvula rectal hipertrofiada. Puede diferenciarse fácilmente de ésta por la anchura de su base y por el típico borde de la válvula rectal fibrosa. En algunos pacientes que padecen hipertrofia de la próstata la asociación de ambas alteraciones causa una obstrucción casi completa.

El tratamiento del músculo hipertrofiado se realiza del mismo modo a como se procede en los casos de estrechez del recto. La fibrosis del esfínter puede ser consecuencia de una inflamación crónica o de una lesión ulcerosa de esta región. No es raro que sea una secuela de una criptitis o papilitis anal crónica. La relajación del esfínter con anestesia local y el masaje digital, con o sin incisión posterior, es suficiente para corregir la lesión. El masaje practicado en días alternos, con el índice o con la bujía de Wales de tamaño adecuado, evita la contracción durante el proceso curativo.

**Prolapso anorrectal.**—El tratamiento del prolapso anorrectal se expone en el capítulo XVI y tiene gran importancia en el tratamiento del estreñimiento, particularmente en las mujeres, sobre todo en las que han parido y sufrido lesiones del perineo. En ausencia del sostén anterior normal, constituido por un perineo normal, los movimientos peristálticos tienen marcada tendencia a distender la pared rectal anterior, formándose como un bolsón que se proyecta dentro de la vagina, dando lugar al rectocele. Esta misma alteración puede producirse en cualquier cuadrante de la circunferencia anorrectal, debido a los esfuerzos violentos para expulsar heces muy duras. Aunque este es un efecto, más bien que una causa de estreñimiento, el tratamiento de éste no puede llevarse adelante hasta que se combata la obstrucción originada por el prolapso.

**Concreción fecal.**—La extracción de los bolos fecales, que se describe en el capítulo VII, puede suprimir la causa del estreñimiento crónico. El obstáculo producido por la presencia de los bolos fecales, da lugar a que los músculos realicen grandes esfuerzos para eliminar esta obstrucción, esfuerzos que debilitan a estos músculos, trayendo como consecuencia el estreñimiento. Si los bolos fecales se extraen a su debido tiempo, la musculatura intestinal readquiere pronto su tono normal, restableciéndose la función, merced a los métodos higiénicos antes mencionados.

**Válvulas rectales hipertrofiadas.**—Hace algunos años se pensaba que la hipertrofia fibrosa de las válvulas rectales era un factor importante en la etiología de la obstrucción;

en efecto, un buen número de casos era tratado con buen resultado por la valvotomía. Sin embargo, estudios posteriores sobre la hipertrofia valvular nos han convencido de que esta hipertrofia, a no ser que la fibrosis sea muy marcada, puede responder a tratamientos paliativos o no quirúrgicos.

El masaje rectal tiene gran valor, especialmente cuando se emplea un dilatador de goma blanda. De todos modos, cuando estas válvulas son duras y fibrosas y ofrecen gran resistencia a la exploración digital, es de gran valor, y está, por tanto, indicada la acción de la válvula o valvotomía. La



Fig. 56.—Posición genuacromial empleada en la valvotomía rectal.

experiencia de muchos años muestra la eficacia de la técnica empleada por el autor, que consiste en practicar la sección de una válvula fibrosa con el uso de una ligadura de goma que, por presión, produce su necrosis. En primer término, se practica la anestesia y la relajación del esfínter siguiendo la técnica descrita en el capítulo IV. Se coloca al paciente en la posición genuacromial y se introduce un grueso proctoscopio. Se enhebra una ligadura de goma (tamaño 5 a 8 de la escala francesa) en el portalligaduras del autor o aguja de valvotomía, siguiendo la curva de ésta. La ligadura pasa por dentro de la curva de la aguja y debe sobresalir por lo

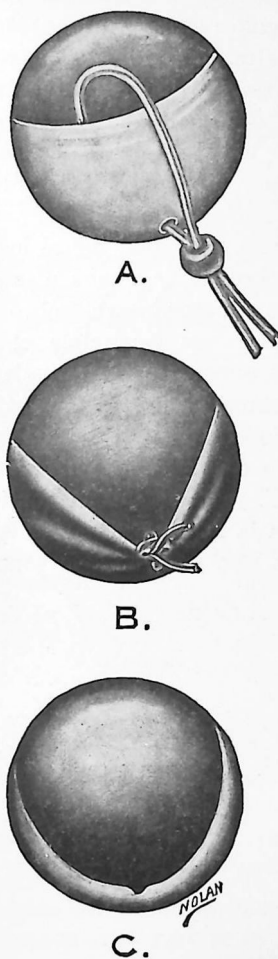


Fig. 57.—Operación del autor, de la ligadura de goma, para la valvotomía rectal. (Vista a través del proctoscopio.)

- A. Ligadura de goma colocada, con pasador de plomo, dispuesto para la compresión.
- B. Ligadura colocada y pasador de plomo comprimido mostrando el grado de constricción.
- C. Resultados después de tres semanas de efectuada la operación.

menos 7 centímetros de la punta de ésta. La aguja, que tendrá unos 20 centímetros de longitud y que estará provista de un mango en ángulo recto para no obstruir la vista, atraviesa la parte más alta de la válvula, hasta que la punta sobresalga y pueda verse claramente la ligadura. Entonces, con una pinza larga de boca de caimán, se toma el extremo de la ligadura y se extrae a través del proctoscopio. La aguja se pasa entonces detrás y alrededor de la válvula y también se la lleva fuera del proctoscopio y se la saca entonces de la ligadura, la cual queda colocada. Sobre los extremos de ésta se hace deslizar un broche de plomo o una munición perforada, que se empuja vigorosamente sobre la válvula, y mediante una pinza larga se comprime el broche de plomo para que la ligadura quede firme. La válvula queda comprimida y plegada, y como la circulación está impedida se necrosa el tejido ligado entre los dos y los ocho días. Después que se ha producido este efecto, los bordes se retraen formando una ancha U, y la retracción continúa aún más. La figura 57 C muestra la retracción, en los casos en que la válvula rectal contiene una considerable cantidad de tejido fibroelástico.

## CAPITULO VII

### CONCRECION FECAL

Esta consiste en la formación y retención, en alguna parte del conducto intestinal, de una masa de heces endurecidas. En el 70 por ciento de los casos se encuentra la concreción en el recto, y en el 20 por ciento en la flexura sigmoidea. En el 10 por ciento restante la concreción se encuentra en el colon descendente, medio y ascendente, en el orden mencionado, y con frecuencia se acompaña de otras concreciones localizadas en el recto y la flexura sigmoidea. En algunos casos todo el colon está repleto de masas fecales, fácilmente palpables, particularmente cuando los pacientes tienen paredes abdominales delgadas o laxas. Al tacto se palpa una como sensación pastosa, o como una serie de pelotas que varían en número de dos a tres o en número bastante para llenar todo el colon.

#### Causas

Todo aquello que dificulte la regularidad de la defecación puede ser causa de la formación de bolos. El decúbito, después de una enfermedad o de la convalecencia de una operación quirúrgica, es una causa predisponente muy frecuente. La dieta demasiado concentrada, como por ejemplo, la láctea, predispone a la producción de concreciones.

La gran distensión del intestino, provocada por el estreñimiento, puede en ocasiones, originar la formación de divertículos. Estos se llenan de materia fecal, y no son capaces de vaciarse por sí mismos durante la defecación, debido al estado atónico de sus fibras musculares. De este modo se absorbe la parte líquida de las heces, originándose masas fecales duras, cuya consistencia varía entre la de la arcilla y la de las masas calcáreas, constituyéndose los enterolitos, compuestos de abundante cantidad de sales de cal. El centro de la concreción puede estar formado por fragmentos de huesos, semillas vegetales, fibras vegetales no digeridas, y con-

creciones de bismuto, salol, magnesia u otros medicamentos insolubles que hayan sido administrados. Los cálculos biliares también pueden ser responsables, de la formación de bolos.

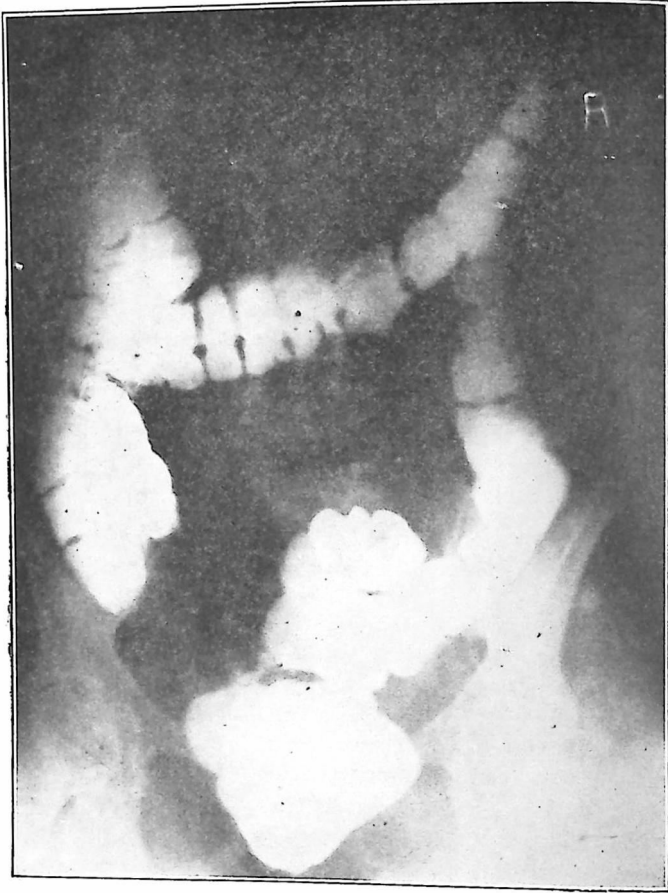


Fig. 58.—Concreción fecal del recto.

### Síntomas

Los síntomas son los de la oclusión y sobrevienen, de ordinario, repentinamente, con distensión intestinal más o menos marcada, acompañada de dolor en el recto, que se ex-

tiende hacia la región inguinal izquierda y que frecuentemente se irradia hacia la pierna del mismo lado. El paciente se queja de deseos de defecar, pero le es imposible hacerlo y experimenta una sensación de peso y de verdadero bloqueo del recto. Si el bolo asienta en la parte baja del recto, puede llegar a tocarse al realizar esfuerzos para expelerlo. La presión e irritación originada por la presencia de este cuerpo extraño endurecido provoca hipersecreción de moco y causa la alteración de la mucosa. En algunos pacientes se origina, por tanto, una diarrea que se caracteriza por la emisión de pequeña cantidad de heces acuosas irritantes, que, en ocasiones contienen sangre y pus, particularmente si se ha producido una ulceración. El paciente tiene frecuentes deseos de defecar y experimenta sensación de llenura en el recto, pero le es imposible expulsar heces sólidas. Sus esfuerzos dan lugar a la salida de pequeñas cantidades de heces mucosas que se desprenden del bolo.

Se han referido casos de bolo acanalado y entonces, después de un período de casi completa obstrucción, los enfermos expulsan heces al parecer normales. Esto suele ocurrir cuando el bolo asienta en una bolsa o divertículo. Sin embargo, continúa la sensación de peso y de malestar en la flexura sigmoidea o en el recto que se acompaña de tenesmo más o menos marcado, no quedando el enfermo satisfecho después de la defecación.

En las mujeres la presión de un gran bolo sobre el útero o los ovarios, da lugar al desplazamiento de esos órganos y a síntomas de irritación uterina. Debido a la presión directa y a la acción refleja, la vejiga está excitada y las micciones son frecuentes. Añádese también a tales síntomas los de la autointoxicación, o sea, vértigos, dolor de cabeza, lengua saburrosa, mal olor del aliento, indigestión con o sin vómitos, distensión abdominal y malestar general.

### Diagnóstico

El diagnóstico no es difícil. Mediante la palpación recto-abdominal se aprecian las masas redondeadas o nodulares en la región inferior derecha o en la inguinal izquierda, o en el

recto mismo. Como ya ha sido dicho, llegan a palpase fácilmente un buen número de masas nodulares, cuando el paciente no es muy obeso. En los niños la formación de bolos fecales no es rara, y en ocasiones llegan a rellenar la pelvis. En la exploración digital del recto se palpa la masa dura y nodular, pudiendo también pasar inadvertida cuando está albergada en una bolsa o divertículo rodeada casi completamente por la mucosa. En tales casos se tiene la impresión de que se trata de un tumor pelviano extrarrectal.

Cuando se practica el examen con el proctoscopio, estando el enfermo en posición genuacromial y el recto distendido, el bolo es fácilmente visible. Al emplear el proctoscopio debe recordarse que el bolo puede ocultarse detrás de una válvula rectal o asentar en alguna bolsa, por lo que es posible que no llegue a ser visto. Cuando la palpación descubra una masa en la flexura sigmoidea, se empleará la sigmoidoscopia que permita observar el bolo o concreción. Es importante determinar, tanto por la inspección ocular como por empleo de una sonda, si nos hallamos ante un bolo de consistencia de arcilla o ante una concreción dura, pues el tratamiento debe ser diferente.

### Tratamiento

El tratamiento consiste en la rápida extracción del bolo formado. Cuando se encuentra en el recto y se alcanza con el dedo, es fácil romperlo sin necesidad de instrumento alguno, con tal que su formación sea reciente y su consistencia no muy dura. Cuando está situado en un lugar donde ya no se alcanza con el dedo, o si es demasiado duro para poder quebrarlo, se inyectan en el intestino 300 centímetros cúbicos de aceite mineral, de oliva o de semillas de algodón, caliente, estando el enfermo en posición genuacromial. Esto basta para que al cabo de doce horas las masas se reblandezcan, se desintegren y puedan ser expulsadas sin dificultad. En algunos casos, el aceite hace descender las masas fecales hacia el recto y entonces es posible romperlas con los dedos o con una cucharilla roma, estando el enfermo en posición lateral o en posición de litotomía, con el proctoscopio colocado.

Otro método muy satisfactorio para desintegrar el bolo es perforar la masa, formando un túnel con una pinza recta de hemostasia. La pinza se abre una vez que ha penetrado en la masa fecal. Algunas veces se puede perforar el bolo con la pinza e introducir un catéter, a través del cual se administra una enema de agua oxigenada. La técnica es la siguiente:

Estando el enfermo en posición lateral, se inyecta a través de un catéter de goma blanda, que atraviesa el bolo, de

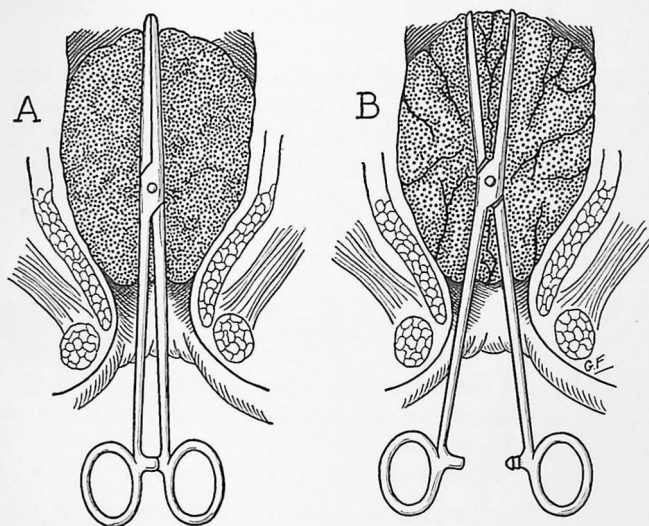


Fig. 59.—Concreción fecal.

- A. Concreción perforada por una pinza hemostática larga.  
 B. Pinza abierta para desintegrar la masa.

250 a 500 gramos de una solución de agua oxigenada al cuarto o al tercio. Se deja la sonda en su lugar y transcurridos 10 minutos se practica una irrigación que facilita la salida de la masa que ha sido desintegrada por la acción mecánica del gas puesto en libertad. En ocasiones, es necesario practicar varias inyecciones de agua oxigenada, pero con un poco de paciencia se logra el objeto. Cuando la masa data de largo tiempo y es tan dura que adquiere las características de una verdadera concreción, puede ser necesario relajar el es-

fínter con anestesia local, y disgregar las masas con un litotribo introducido a través de un proctoscopio ancho

Cuando no se está seguro de poder resquebrajar el bolo de este modo, es mejor acudir a la anestesia raquídea o general para relajar la región. El etileno o el óxido nítrico son más recomendables que el éter. Está indicada la anestesia general, particularmente cuando se trata de niños pequeños.

Una vez que la región está relajada, si la concreción es demasiado gruesa para extraerla con el fórceps, puede ser triturada o fragmentada y sus restos se extraen fácilmente con un lavado.

Después de extraído el bolo, se prescribirá una dieta líquida absorbible durante dos o tres días. Se facilitará la regulación de las defecaciones administrando vaselina líquida, en la dosis de una o dos cucharadas grandes. El estado atónico del recto será combatido mediante el masaje neumático descrito en el capítulo referente al tratamiento del estreñimiento crónico.

## CAPITULO VIII

### PRURITO DEL ANO

El prurito del ano es el síntoma más molesto, aparte del dolor, que pueda acompañar a cualquier enfermedad del recto o del ano. Débese al intenso sufrimiento y malestar que produce el que se le haya dado una importancia tan grande y que se trate como si fuera de una verdadera enfermedad.

El prurito del ano es un síntoma que acompaña a diferentes enfermedades y, lo mismo que el dolor o la hemorragia rectal, no constituye por sí una enfermedad. Sin embargo, como ocurre con el estreñimiento, es un síntoma tan importante y a menudo el único aparente de diferentes estados patológicos, que nos ha parecido acertado dedicar este capítulo al estudio de las causas que con más frecuencia lo originan.

#### Causas

El prurito del ano puede ser originado o acompañar a todas las enfermedades anorrectales, así como también a diversos procesos que afectan otros órganos. En otras palabras, el prurito puede estar originado por:

- 1º Enfermedades del recto o del ano.
- 2º Enfermedades de la piel que afectan la región anal.
- 3º Como reflejo de diferentes enfermedades de la vejiga, de la próstata, útero, ovario o vagina, es decir, de cualquiera de los órganos del aparato urogenital masculino o femenino.
- 4º Enfermedades generales o constitucionales.
- 5º Trastornos dietéticos.
- 6º Parásitos y hongos.
- 7º Irritación producida por vestidos, sustancias detergentes o humedad.

La exposición de los diversos procesos anorrectales de las que el prurito es un síntoma, será hecha en los capítulos respectivos dedicados a estas enfermedades. Las enfermedades cutáneas que más comúnmente afectan la región anal

son: el eczema marginal, el herpes, el eritema, la sarna y la foliculitis.

Los cálculos vesicales se acompañan, frecuentemente, de picor en el ano y en el perineo y lo mismo ocurre en la prostatitis crónica, la vesiculitis, la uretritis, la fimosis y la cistitis. Algunas enfermedades del útero o de los anexos pueden originar prurito en la región del ano, y muchas veces este síntoma es originado por el flujo irritante vaginal.

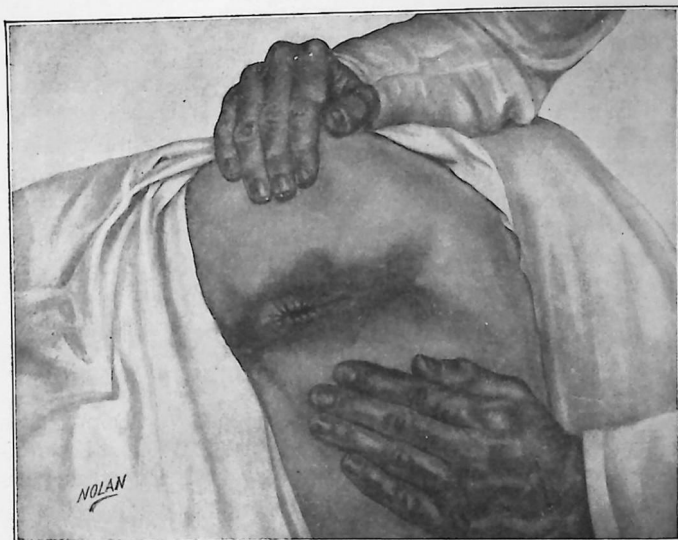


Fig. 60.—Prurito del ano. Grietas características alrededor del margen del ano y en la comisura posterior, y áreas de irritación en las superficies oponentes de los glúteos.

Los pediculos o ladillas, los oxiuros, los ácaros y los parásitos del género *trichofiton*, manifiestan generalmente su presencia por el prurito de la región anal.

Entre las enfermedades de carácter más general que originan prurito del ano, citaremos la diabetes, el paludismo, la uricemia, las nefritis, la tuberculosis, la sífilis y el histerismo. Algunos sujetos padecen ataques de prurito después de los abusos alcohólicos. También el excesivo uso del tabaco, café, té y especias, origina este síntoma. Algunos pacientes sufren ataques de prurito solamente cuando comen

fresas, mientras que en otros, este síntoma es desencadenado por la ingestión de pescados y especialmente de mariscos. Algunos individuos están sensibilizados para ciertos tipos de alimentos. Tales pacientes deben ser sometidos al estudio de las pruebas cutáneas para determinar sus reacciones alérgicas particulares.

En algunos casos el prurito es originado por la irritación mecánica de la piel que rodea el ano o por el uso de sustancias, duras o ásperas para limpiar el ano después de la defecación. Algunos autores indican que el papel impreso de los diarios origina una irritación especial. El uso de ropas interiores de color, de calidad inferior, así como la presión de los vestidos que se ajusten excesivamente a la región perineal; la irritación causada por la excesiva transpiración, particularmente en los individuos gruesos o en aquellos que tienen que trabajar a elevadas temperaturas, como los maquinistas, fogoneros, fundidores, etc., es muchas veces responsable de la irritación y prurito del ano. La falta de limpieza de esta región como de cualquiera otra parte del cuerpo, puede ser también causa del prurito.

Existe también un estado descrito por algunos autores como prurito idiopático del ano, en el que este síntoma es el único y no puede descubrirse ninguna causa que lo provoque. Yo no creo que exista un verdadero prurito idiopático del ano y aunque en mi práctica he visto casos en los que la más minuciosa investigación no ha podido descubrir la causa de la picazón, sigo creyendo que había una causa local aunque no fué posible descubrirla. El hecho de que algunos de estos casos se curen empíricamente por dilatación del esfínter, indica que puede haber algún estado local de irritación de las terminaciones nerviosas, que se alivia mecánicamente por la mencionada dilatación. Indudablemente, existe una perineuritis anal, bien sea primaria o secundaria, en algunos casos de prurito de la región. En los más de los casos se encuentra una proctitis que puede atacar un área circunscrita o todo el revestimiento rectal.

Hace algunos años, el finado D. H. Murray, de Siracusa, llamó la atención sobre la importancia de ciertos tipos de estreptococos en la etiología del prurito del ano, asegurando que en ciertos casos se obtenían resultados favorables con la inyección de una autovacuna de *Streptococcus fecalis*. En relación con el estudio de la infección focal de la región rec-

tal, hemos practicado reacciones de la desviación del complemento en enfermos que padecían prurito del ano. En buen número de casos, los cultivos con material tomado de las criptas anales y de las heces descubría un predominio de estreptococos hemolíticos y no hemolíticos, así como de *Streptococcus viridans*, y con los cuales se prepararon autovacunas. En algunos de estos pacientes se logró mejoría y hasta la completa curación.

Según nuestra experiencia, en la mayor parte de los enfermos que padecen prurito del ano hay antecedentes primarios de una ligera irritación. Atraída su atención por el prurito, los pacientes intentan aliviar esta sensación con fricciones o rascados, dando lugar a la traumatización del epitelio; entonces se comprende fácilmente que se produzca una infección secundaria. Cualquier factor que dé lugar a una irritación de las terminaciones nerviosas sensitivas, puede ser punto de partida del prurito anal, cuando esta región se pone en contacto con los vestidos, el aire, etc.

### Diagnóstico

El aspecto del ano y del perineo en los pacientes que sufren prurito anal es muy característico. La piel que circunda el ano presenta numerosos pliegues profundos que irradian del orificio anal. En los casos que se acompañan de un grado de humedad más o menos marcado, la piel es blanca, mojada, está más o menos macerada, y en algunos puntos se encuentran áreas en que la piel ha perdido el epitelio debido al rascado. En otros casos más recientes, la piel que rodea el ano tiene color normal, pero es seca y con tendencia a formar escamas. Los pliegues cutáneos no son tan profundos, pero en su fondo se encuentran pequeñas grietas, que algunas veces se extienden hasta la mucosa. En muchos casos, particularmente en los individuos robustos, se presentan fisuras o grietas que se extienden a lo largo del rafe medio, que por delante llegan al escroto y posteriormente hasta una distancia de 10 ó 12 centímetros. La piel que rodea el ano y estas grietas puede estar enrojecida y escoriada hasta una gran distancia de la región, llegando incluso al abdomen o, por debajo, a los muslos, hasta las rodillas. En los casos que datan de mucho tiempo, la piel circundante del ano, pierde su elasticidad y se hace dura y espesa. En realidad, esto es



LAMINA IV

Prurito del ano, extendiéndose, hacia abajo por las superficies internas de los muslos y hacia arriba, entre los pliegues inguinales.



debido al rascado, a los frotamientos y a las infecciones secundarias que el paciente se provoca en sus vanos esfuerzos para calmar la picazón.

El prurito del ano se manifiesta por una débil sensación de molestia o irritación de la región anal, o por un fuerte ardor, como ocurre en los casos más graves. El prurito presenta diversas características:

- 1º—De ordinario, es más intenso por la noche.
- 2º—Tiende a agravarse progresivamente.

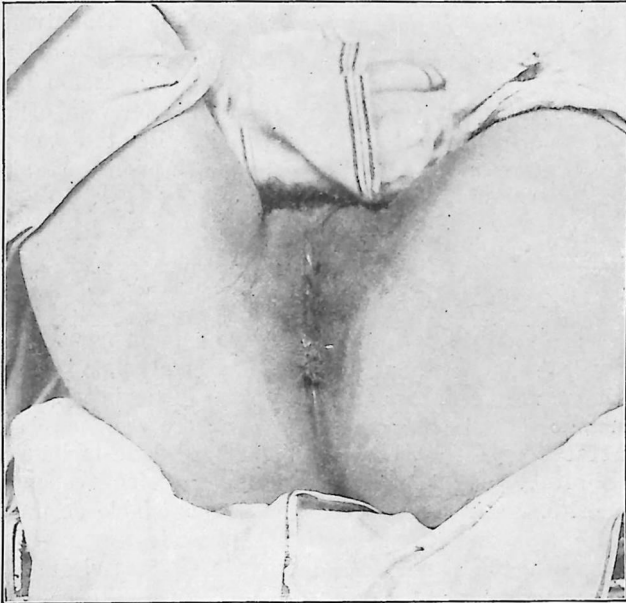


Fig. 61.—Hemorroides externas con prurito anal. Muestra la extensión a que puede llegar la irritación cutánea, que en este caso se extendía por detrás, hasta el sacro y por abajo, hasta las rodillas.

- 3º—No se calma con el rascado.

4º—Aunque el enfermo se da cuenta de que el rascado o la fricción no hace más que agravar la picazón, continúa rascándose incesantemente.

Si bien todas las enfermedades que afectan el recto o el ano, pueden ser responsables del prurito, las causas más frecuentes son: la fisura del ano, las úlceras, particularmente del conducto anal, las fístulas anales, sean completas o in-

completas, la hipertrofia de las papilas, la alteración de las criptas y la proctitis. Remitimos al lector a los capítulos respectivos que describen estos estados, en cuanto se refiere a su diagnóstico y tratamiento. En muchos casos, hay que tener presente la existencia del *Streptococcus fecalis*, pero casi siempre se trata de una infección secundaria.

Todos los casos de prurito del ano exigen interrogar a los pacientes acerca de sus costumbres, ocupación y modo de vivir, estando siempre indicada la exploración del ano, del recto, de la flexura sigmoidea y de los órganos adyacentes.

Por desgracia, en ciertos casos, en que se encuentran lesiones del ano o del recto que parecían ser la causa del prurito, no se consigue mejoría alguna aunque la lesión llegue a curarse. En efecto, el tejido de granulación y la cicatriz resultante pueden hasta agravar el prurito. Por tanto, el pronóstico debe ser siempre reservado y no se prometerá al enfermo que obtendrá la curación.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del prurito del ano es, como puede comprenderse, el de la enfermedad, local o general, a que deba su origen. En consecuencia, se aplicará la medicación general cuando se trate de enfermedades de ese tipo, pero sobre tales tratamientos no podemos detenernos, dada la índole de esta obra. Aparte el tratamiento de la lesión responsable del prurito, este síntoma, como tal, es justificable de un tratamiento simplemente paliativo. Compréndese que en muchos casos nos hallamos ante un círculo vicioso: el área irritada atrae la atención del enfermo, que se rasca o se frota, y a su vez el traumatismo causa mayor irritación o picazón. Cuanto más se rasca tanto mayor es el prurito y cuanto mayor es el prurito más se rasca. Por esta razón cualquier medida que pueda romper este círculo vicioso, y aliviar temporalmente al enfermo, permitiendo un estudio más concienzudo, será un progreso importante para su tratamiento. Ya hemos dicho que en los diferentes capítulos de este libro se expone el tratamiento de los diversos procesos anorrectales, causa del prurito. Cuando se trata de una enfermedad cutánea, como por ejemplo, un eczema marginal, deberá consultarse algún buen libro de dermatología y se tratará como se trataría cualquiera lesión en otra región del cuerpo. El

autor ha empleado con buen resultado, en estos casos, la siguiente pomada:

Rp.

Carbonato de cinc	8.0	grs.
Oxido de cinc	4.0	„
Calomelanos	1.0	„
Fenol	1.25	„
Lanolina hidratada	30.	„

Hágase pomada.

Esta pomada se aplica después de cada defecación y por la noche, limpiando y secando previamente la región. En algunos casos de eccema húmedo puede emplearse el siguiente polvo en lugar de la pomada.

Rp.

Cloretona	2.00	grs.
Carbonato de cinc	8.00	„
Oxido de cinc	4.00	„
Calomelanos	2.00	„

Mézclese y háganse polvos.

Se aplica de la misma manera que la pomada.

El herpes y el eritema de la piel que rodea el ano, puede tratarse por la aplicación de estearato de cinc con bálsamo del Perú o estearato de magnesia. La región será protegida con algodón absorbente, para evitar la fricción de la superficie. En algunos casos, el polvo de almidón, es muy eficaz, pues calma la comezón. La sarna se trata con la pomada oficial de azufre. Cuando existe inflamación de los folículos pilosos, con formación de pústulas, éstas serán abiertas y lavadas con una solución de agua oxigenada al 25 por ciento, aplicando luego una compresa de alguna de las soluciones antisépticas, entre las cuales el autor emplea preferentemente el ácido bórico. Cuando hay ladillas, se usan las aplicaciones de pomada mercurial. En las parasitosis del género *Trichophyton* se emplea la pomada de azufre. Contra los ascáridos están indicadas las enemas de agua de cal. Estas enemas se emplean dos veces al día, utilizando cada vez de 120 a 250 gramos de líquido. Al mismo tiempo se administran cápsulas que contengan 3 centigramos de sulfuro de calcio, antes de las comidas, tres veces al día.

En aquellos casos en que se abuse del tabaco y del alcohol o de las especies, que produzcan o agraven el prurito, no hay ni qué decir que serán prohibidos tales abusos. Cuando las costumbres del enfermo o su profesión sean la causa del síntoma, deberán modificarse, con lo cual se obtienen buenos resultados. Los remedios o combinaciones de remedios que han sido recomendados para el prurito son muchos, Tuttle consideró que el ácido fénico en pomada o en solución del 5 al 20 por ciento es el medicamento más eficaz para aliviar el prurito anal. Recomendó esta prescripción:

Rp.

Fenol	8 grs.
Acido salicílico	4 "
Glicerina	30 "

Mézclese según arte.

Sig.: Aplíquese mediante un cepillo de pelo de camello o una to-runda de algodón ablandada en agua caliente.

Cripps recomendó:

Rp.

Acido fénico	2 grs.
Pomada mercurial	8 "
Vaselina	30 "

Otra pomada que recomienda mucho dicho autor es la siguiente:

Rp.

Extracto de cicuta	4 grs.
Aceite de ricino	4 "
Lanolina c. b. para	30 "

Cripps empleó también una loción que contiene 12 centigramos de bicloruro de mercurio en 30 gramos de agua de cal que se aplica después de haber lavado la región con agua y jabón.

Gant emplea la siguiente pomada:

Rp.

Fenol	1.20 grs.
Mentol	0.60 "
Alcanfor	0.60 "
Sebo	30.00 "

Aplíquese dos o tres veces por día después de lavar la región.

En esta última preparación, Gant aconseja fundir el sebo y cuando se va enfriando, añadir los otros ingredientes. El autor se manifiesta en contra de la adición de aceite pues la pomada debe ser algo dura, con objeto de formar una capa sólida que no sea penetrada por las secreciones. La *pomada de nitrato de mercurio* ha sido muy recomendada por Gant en aquellos casos en que es necesario restablecer la circulación, con lo cual la piel indurada adquiere su color y flexibilidad normales. Por sugerencia del Dr. L. H. Alder, Jr. ya finado, Gant lo emplea del siguiente modo: después de lavar la región con agua caliente, se extiende la pomada (que a las veces hay que diluir con grasa de cerdo), sobre varias capas de gasa, que se aplican a la región, cubriéndola, finalmente, con tafetán y un vendaje en T. Esta pomada se mantendrá constantemente o en algunos casos puede alternarse con otra que contenga 1.20 de calomelanos en 30 gramos de vaselina.

Según la experiencia del autor, las compresas y las enemas de agua tan caliente como pueda tolerarse, alivian el prurito. En algunos casos los líquidos fríos actúan mejor que los calientes. También es útil la pomada que contenga 25 por ciento de cloretona en "cold-cream".

Cuando existen fisuras del ano, de la piel o de las mucosas, la aplicación de una solución al ciento por ciento de nitrato de plata puede provocar una descamación de todas las superficies en unas 24 horas. Entonces se aplica en días alternos una pomada de rojo escarlata en vaselina al 5 por ciento.

Para curar las escoriaciones de la piel del perineo es muy eficaz la aplicación de ácido fénico al 5 por ciento, seguida de dos o tres capas de tintura de benjuí compuesto. El benjuí será aplicado con una torunda de algodón o con un cepillo de pelo de camello, y se extiende sobre la piel en una superficie que sobrepase dos o tres centímetros la superficie escoriada. Se favorece la rápida evaporación del alcohol mediante la aireación, o con un ventilador eléctrico. Esto calma la molestia inherente a todas las preparaciones que contienen alcohol.

Los sujetos que padezcan prurito deben emplear algodón absorbente humedecido en agua caliente en lugar de papel higiénico. La irritación producida por el papel es mu-

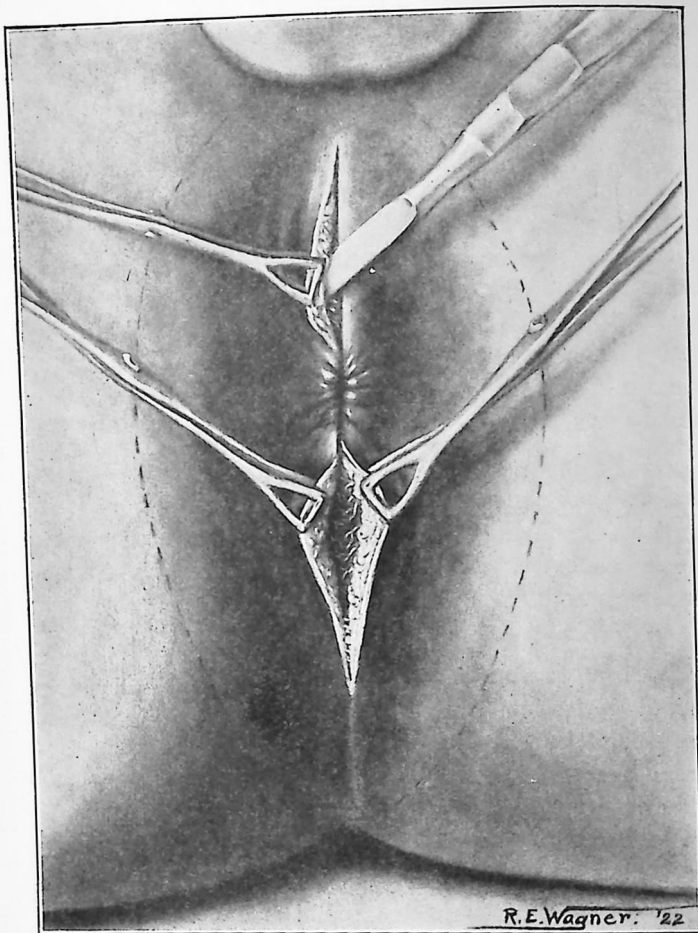


Fig. 62.—Incisiones anterior y posterior. La línea de puntos indica los límites externos de la disección subcutánea.

chas veces responsable de que continúe el prurito anal. El tejido de papel, como el empleado por las mujeres para quitarse los afeites y preparaciones cosméticas, es un excelente sustituto del algodón absorbente y del papel higiénico. Des-

pués de la limpieza de la región con algodón, y de secarla sin frotar, es muy conveniente la aplicación de estearato de cinc en polvo. Al retirarse a descansar el enfermo tendrá a su alcance el polvo de cinc, y en cuanto comience el prurito por la noche, se lo aplicará en abundancia.

Debe tenerse presente que cualquiera de los remedios mencionados sólo sirven para aliviar la picazón, que sólo son paliativos, y que la curación permanente de este molesto síntoma sólo se obtiene por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que lo produzca. Todos los casos deben ser diagnosticados y estudiados para su tratamiento, y cuando se trate de un proceso cuyo tratamiento sea quirúrgico y que éste no pueda realizarse con anestesia local, el médico general debe recurrir a la ayuda del proctólogo.

Si el prurito es causado por exudados procedentes de cánceres rectales o de pequeñas ulceraciones superficiales de la mucosa entre los esfínteres —que Wallis, de Londres, consideró eran la causa del 90 por ciento de los casos de prurito— están indicados los métodos quirúrgicos, que al curar la enfermedad, terminan con el prurito. En todos los casos en que se encuentre el *Streptococcus fecalis*, descrito por Murray, debe ser ensayada la administración de la autovacunación, además de las medidas antes indicadas.

Un método eficaz de producir la anestesia circunanal, que algunas veces cura permanentemente el prurito, es la inyección bajo la piel de esta región, de una solución al 0.5 por ciento de clorhidrato de quinina y urea. La anestesia circunanal puede ser lograda de diversas maneras. Las inyecciones de novocaína, diotano o quinina-urea, provocan anestesia más o menos prolongada. En muchos casos hemos empleado, con excelente resultado, la última sustancia nombrada. La técnica es muy sencilla: se esterilizan, mediante yodo o fenol, las comisuras anterior o posterior, donde vaya a realizarse la punción. La aguja se introduce a través de la piel hasta llegar al tejido celular subcutáneo. Colocando la jeringa y la aguja paralelamente a la superficie de la piel, se inyecta lentamente una solución al 0.5 por ciento de metocaína, con 0.5 por ciento de clorhidrato de quinina y urea. La cantidad inyectada debe ser suficiente para producir una ligera elevación de la zona pruriginosa. Esto requiere de 20 a 40 centímetros de solución en los casos graves. La inyección causa a las veces cierto grado de edema o de induración,

pero el alivio del paciente es inmediato. Este tratamiento debe ser repetido en cuanto el paciente se queje de picazón, y al mismo tiempo se continúa aplicando, si así se desea, la tintura de benjuí compuesta y el estearato de cinc.

Algunos proctólogos han obtenido análogos resultados con diversos agentes anestésicos solubles en aceite, y muchos de ellos estiman preferente la benzocaína. Una fórmula recomendada por Yeomans y Gorsch, es el benacol. Se inyecta bajo la piel partiendo desde el margen externo de la zona del prurito, hasta llegar al margen anorrectal. De ordinario se inyecta un cuadrante a la vez, requiriéndose cuatro inyecciones para completar el ciclo del tratamiento. En algunos casos, el prurito puede desaparecer durante dos o tres meses.

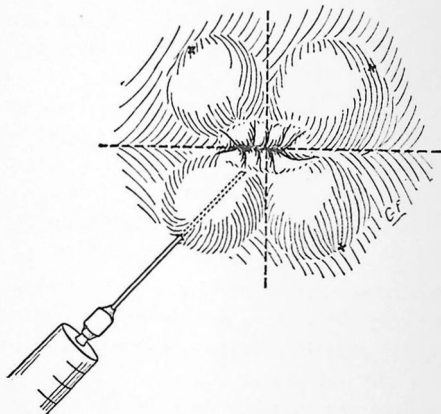


Fig. 63.—Inyección subcutánea para prurito anal. Se inyecta un cuadrante en cada tratamiento.

Algunos autores proponen la inyección de agua destilada pura o solución salina normal o de ácido clorhídrico (1: 5,000), como recomienda Hanes, quien dice haber obtenido buenos resultados. Se discute si la acción se debe a la dilatación de las terminaciones nerviosas producidas por la infiltración de los tejidos, o si se origina por el estímulo sobre las células retículoendoteliales. No dejaremos de repetir que en el tratamiento del prurito deben tenerse presente todas las enfermedades que afectan el ano y el recto, para poderlas excluir antes de considerar el caso como de prurito idiopático.

El autor remite a sus lectores a los capítulos sobre la proctitis, el estreñimiento, la fisura y úlcera del ano, las fístulas, las hemorroides, la criptitis y la papilitis, así como

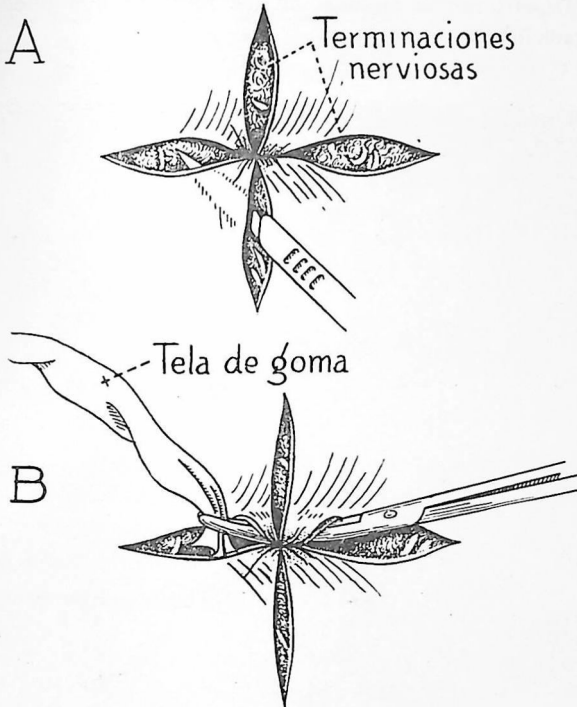


Fig. 64.—A. Diseción subcutánea para la neurotomía circunanal a través de cuatro incisiones. B. Introducción de una mecha de goma.

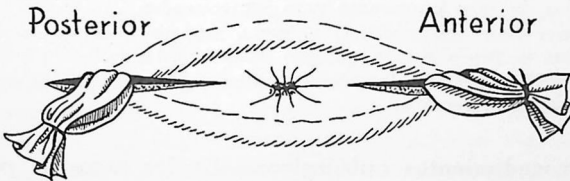


Fig. 65.—Tira de tela de goma rodeando el conducto anal y anudada en los extremos para evitar su deslizamiento.

el capítulo referente a la exploración del enfermo, antes de intentar el tratamiento en los casos de prurito secundario.

En muchos casos, el estado local reclama imperiosamente el tratamiento quirúrgico, y muchos pacientes obtienen rápido alivio después de practicada la operación que convenga. Describiremos algunos de los métodos que pueden ser recomendados.

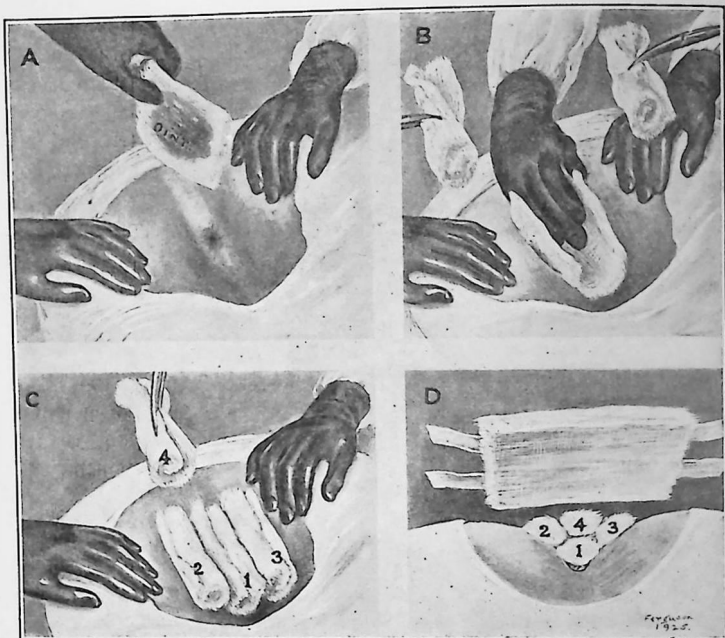


Fig. 66.—Apósitos rectales.

- A. Gasa con pomada anestésica para ser aplicada en el ano.
- B. Rollos de gasa preparados para ser colocados.
- C. Primer rollo comprimiendo el recto, segundo y tercero separando las nalgas y cuarto colocado sobre el primero.
- D. Situación adecuada de todos los rollos por encima de los cuales se aplica el vendaje.

**Procedimientos quirúrgicos.**—En los casos de prurito del ano en los que la piel que rodea el orificio está hipertrofiada, cruzada de pliegues profundos, y existan en los surcos situados entre estos pliegues, fisuras y escoriaciones, que, por el exudado que originan, aumentan la irritación, puede obtenerse un eficaz alivio mediante un simple procedimien-

to quirúrgico: la extirpación de los pliegues cutáneos hipertrofiados, bajo la acción de la anestesia local.

Cuando se trata únicamente de dos o tres pliegues, pueden ser extirpados en una sola sesión. En caso contrario, la extirpación se realizará en diferentes sesiones, con intervalos suficientemente largos para permitir la curación de los ya operados. Realmente, no hay razón, para que en la mayor parte de los casos no pueda realizarse la operación en un solo tiempo.

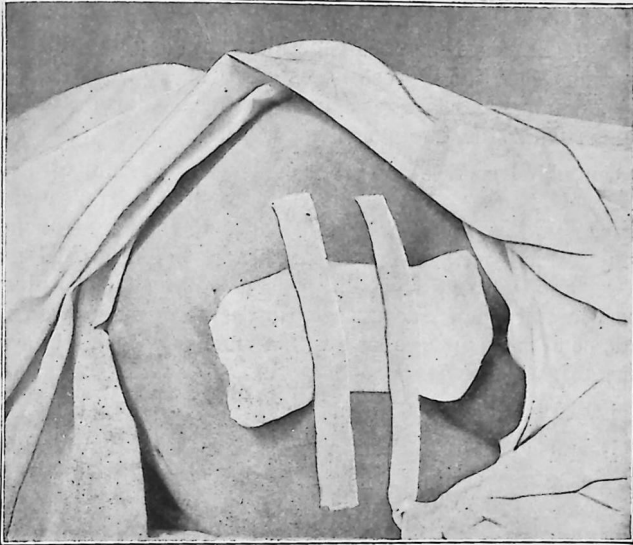


Fig. 67.—Apósito rectal simple y eficaz, consistente en un rollo de algodón envuelto en gasa y dos tiras de tela adhesiva.

Después de esterilizar la región, el paciente es colocado en posición lateral, derecha o izquierda. En cada pliegue que va a extirparse se inyecta, en el punto más externo, solución de novocaína al 0.5 por ciento. Transcurridos algunos minutos para que la anestesia ejerza su efecto, se extirpa el pliegue levantando su vértice con unas pinzas y cortándolo por su base con unas tijeras curvas, o mediante incisiones elípticas con el escalpelo. El restante o los restantes pliegues serán tratados de igual modo. No hay necesidad de suturar las superficies cruentas, que curan frecuentemente por pri-

mera intención. Durante dos días no se permitirá defecar al enfermo y en la noche del segundo día se administrará una cucharada chica de polvo de regaliz, compuesto<sup>1</sup>, seguida a la mañana siguiente, de una enema de bicarbonato sódico. Las aplicaciones diarias de solución de nitrato de plata al 25 por ciento sobre las superficies cruentas favorece la curación cuando existe poca tendencia a cicatrizar. Cuando las heridas han cicatrizado se extirpan otros pliegues, preferentemente los situados en el lado opuesto a los operados. La técnica se repite hasta haber extirpado todos los pliegues. La presencia de estos pliegues impide al enfermo limpiar cuidadosamente la región, lo cual facilita que se escorie e infecte. Las escoriaciones repetidas son seguidas de fibrosis y como el tejido fibroso no es elástico, se desgarrá fácilmente, dando lugar a alteraciones crónicas que no sólo producen prurito sino también dolor.

Cuando el prurito es más persistente en la comisura posterior del ano y el examen de este punto sólo muestra un área espesa e irritada, que se extiende ligeramente hacia el conducto anal, o existen escoriaciones superficiales del margen del ano, pero no se hallan fisuras ni verdaderas ulceraciones, la extirpación de un colgajo de piel o mucosa en forma de cometa o papalote, es seguido muchas veces de una mejoría de los síntomas.

La técnica es la siguiente:

Después de esterilizar la región, se elije un punto situado unos dos centímetros detrás de la comisura posterior, inyectando una solución al 0.5 por ciento de meticaína, novocaína o clorhidrato de quinina y urea, en un triángulo cuyo vértice sea el punto de la inyección y su base se extienda de 5 a 12 milímetros a ambos lados de la comisura anal posterior. La infiltración de la solución anestésica debe extenderse hacia el conducto anal cuando en él existen áreas escoriadas o irritadas. Se disecciona un colgajo triangular de piel, mediante un escalpelo fino o unas tijeras curvas de punta aguda, partiendo del punto de la inyección y dirigiéndose hacia el margen posterior del ano. Las incisiones deben ser dirigidas una hacia otra, para reunirse de modo que coincidan en un punto situado a 5 ó 6 milímetros por encima del área enferma, en el conducto anal. En la última parte de la operación se

<sup>1</sup> En vez de este polvo, que no se conoce en nuestros países, se puede administrar algún otro laxante suave. (Nota del Trad.)

practica otro triángulo corto y ancho, en sentido contrario, es decir, cuya base sea la misma que la del triángulo de la superficie cutánea. Esto permite denudar un área de forma de cometa. Es preferible dejar que estas heridas curen por granulación, que intentar su sutura. Cuando se crea necesario suturar, puede emplearse una sutura interrumpida. De todos modos, cuando se recurre a la sutura, debe dejarse como drenaje una o dos tiras de tela de goma. Se aplica una pomada analgésica, se cubre con gasa la herida y se sujeta la gasa

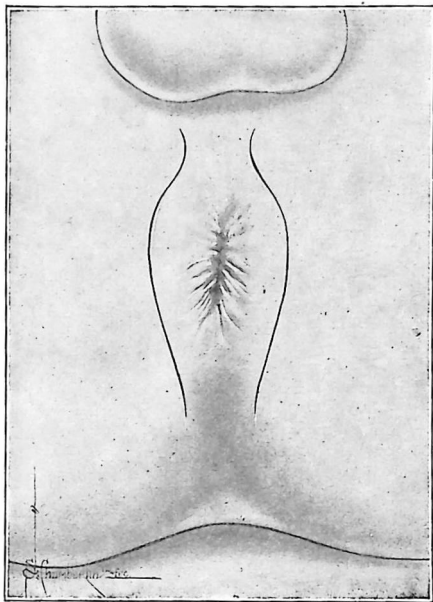


Fig. 68.—Operación de Ball, para prurito anal. Líneas elípticas de incisión a ambos lados del ano.

con tela adhesiva. Las precauciones con respecto a la defecación son las mismas que las indicadas anteriormente, y el tratamiento posterior consiste en la limpieza de la región, pudiendo aplicar polvos de boroaluminio o estearato de cinc. La curación tiene lugar en cuatro a siete días y el alivio experimentado por el paciente es muy satisfactorio.

**OPERACION DE BALL.**—Una de las intervenciones quirúrgicas más eficaces que se realizan con anestesia local para la curación del prurito persistente del ano, es la ingeniosa operación propuesta por Sir Charles Ball, de Dublín.

El propio autor en su obra "*The Rectum*", recomienda que la operación sea practicada con anestesia general. Sin embargo, nosotros hemos podido modificar dicha operación para que pueda ser realizada con el empleo de la anestesia local o caudal, obteniendo brillantes resultados. El objeto de la operación es seccionar todas las ramas nerviosas sensitivas que se extienden por la piel del ano, el conducto anal y la región circunanal, que proceden de las ramas del tercero y cuarto nervios sacros, descienden luego hasta el elevador del ano y alcanzan la piel perforando el esfínter externo.

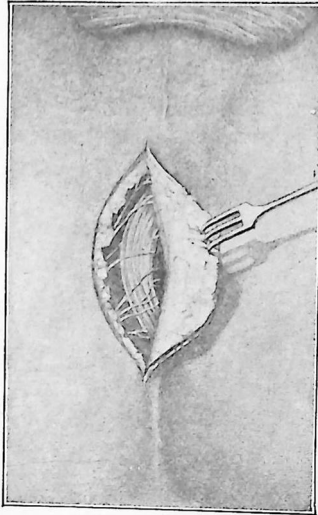


Fig. 69.—Operación de Ball, para prurito anal inveterado. Método de disecar el colgajo y de seccionar las ramas nerviosas cutáneas terminales. Para que la figura sea más clara se ha exagerado el volumen de estas ramas. (Según Ball.)

En ocasiones la causa del prurito localizado puede ser una pequeña fístula submucosa o submucosacutánea, que parta desde una cripta de Morgagni. De ser así, se extirpa según la técnica expuesta en el capítulo XI.

#### Modificación del autor y la operación de Ball

El paciente se prepara como ha sido descrito anteriormente. En todos los casos de prurito se emplean soluciones de mercurocromo en lugar de tinturas alcohólicas, para evi-

tar la innecesaria irritación de las superficies escoriadas. La anestesia caudal, puede prestar grandes servicios, pero igualmente puede usarse la anestesia local con soluciones de novocaína o metocaína al 0.5 por ciento, extendiendo la infiltración hasta cuatro centímetros más allá de la superficie escoriada. Si existe prurito en el pliegue inguinal, el perineo y labios mayores o bajo el escroto, la infiltración debe extenderse a todas estas regiones.

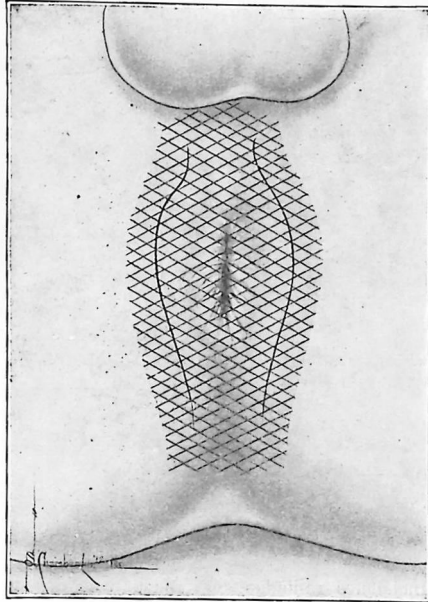


Fig. 70.—Operación de Ball, para prurito anal. Las líneas cruzadas muestran hasta dónde debe realizarse la disección subcutánea, y los límites externos del área anestésica para la operación.

Una vez que la anestesia es completa se practica una incisión desde la comisura posterior hasta cuatro centímetros más allá del área enferma, y otra incisión análoga que se extienda desde la comisura anterior, a lo largo del perineo, sobrepasando la zona pruriginosa en la misma longitud. Con una hoja flexible Bard-Parker, se disecciona por debajo de la piel toda el área subcutánea circunanal. Esta disección se extenderá hasta la unión con la mucosa de transición del ano, pero no se sobrepasará este punto. Algunos autores prefieren las

tijeras, pero nosotros juzgamos más conveniente el escalpelo flexible, pues secciona con mayor seguridad todas las ramas nerviosas que comunican con la piel. No hay ninguna objeción a practicar otras incisiones a ambos lados de la piel circunanal, cuando se quiere realizar una disección más completa.

Cuando el tegumento ha quedado completamente separado del tejido celular subyacente, se introduce una pinza larga desde la incisión posterior hasta la anterior y, luego se colocan desagües de goma que rodeen el ano, saliendo por ambas incisiones. Los extremos de los desagües se entrelazan

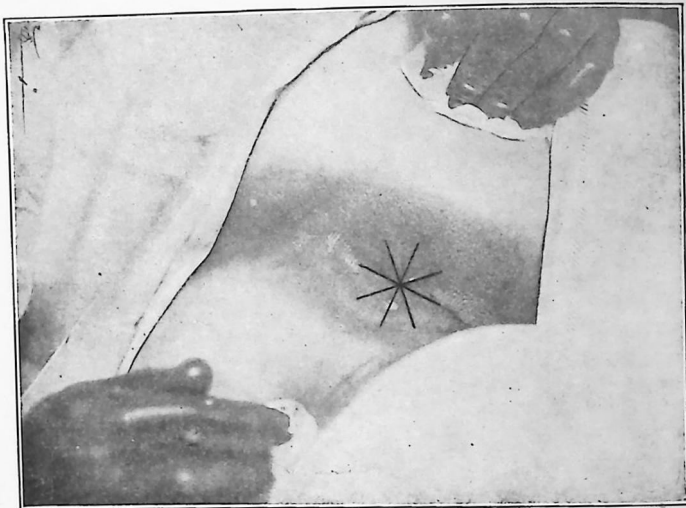


Fig. 71.—Incisiones radiadas de Krouse para su modificación de la operación de Ball.

entre sí para que no se desplacen. Es muy raro que sea necesario ligar los vasos sanguíneos y es aconsejable no suturar las heridas. Los tubos de goma permanecerán colocados durante 24 horas. Para retirarlos basta cortar los extremos anteriores entrelazados y entonces salen fácilmente a través de la incisión posterior. No es necesario que el enfermo guarde cama después de la operación y los cuidados postoperatorios son los mismos que los antes mencionados. Es eficaz la aplicación de polvos de estearato de cinc o de boroeloretona.

Cuando las heridas tardan en curar, la aplicación diaria de pomada de rojo escarlata al 5 por ciento facilita la

epitelización. En muy pocos días y aun en menos tiempo que lo normal, la región operada se cicatriza. Como la anestesia circunanal que subsigue a esta operación evita el prurito, no hay que temer las infecciones secundarias originadas por las uñas cuando el paciente se rasca. Esto acelera la curación.

En algunos casos es necesario practicar más de dos incisiones, especialmente cuando la piel está indurada o escoriada. En tales casos añadimos una incisión que se dirige al centro de las áreas cutáneas derecha e izquierda perianales. De este modo se divide esta área en cuatro cuadrantes como los representados en la figura 64. Algunos proctólogos prefieren practicar una serie de incisiones radiales. Louis J. Drouse, de Cincinnati, preconizó esta técnica hace algunos años. Cualquiera técnica que pretenda sustituir por incisiones radiales hacia el orificio anal, las incisiones curvas de la operación original de Ball, evita la sección de los vasos sanguíneos nutricios. Mediante estas modificaciones, se impide la necrosis de la piel.

Una de las desventajas y contraindicaciones de la operación original de Ball, era la posible presencia de lesiones necróticas al estar impedida la circulación en la piel.

TRATAMIENTO POSTERIOR.—Los cuidados postoperatorios consisten en prescribir al enfermo una dieta líquida fácilmente absorbible, evitar la defecación durante dos o tres días, al cabo de los cuales se practicará una enema de bicarbonato sódico o de agua oxigenada. La región operada se lavará cuidadosamente y se protegerá aplicando abundante cantidad de polvo de estearato de cinc o de compuesto de magnesia. El paciente guardará cama durante un día o dos, pero no regularizará su vida hasta transcurridos cinco o seis días. Según la experiencia del autor, los resultados conseguidos con esta operación son excelentes, particularmente en los casos crónicos inveterados en los que habían fracasado otros tratamientos.

## CAPITULO IX

### FISURAS Y ULCERAS DEL ANO

La fisura del ano es, seguramente, el proceso que en relación con el tamaño de la lesión, produce dolores más violentos. La fisura que, como su nombre lo indica, es una grieta o rajadura, es siempre una lesión aguda o traumática. Cuando una fisura se ulcera, su curso se hace crónico y se denomina úlcera anal. Esto ocurre con más frecuencia en la comisura posterior del ano.

#### Causas

Las fisuras son originadas por traumatismos. El traumatismo puede ser producido por el paso de heces extraordinariamente voluminosas, por la introducción o expulsión de un cuerpo extraño o por los esfuerzos realizados al estornudar, toser, etc. De ordinario, las fisuras son únicas. Cuando se presentan más de una y no tienen tendencia a curar, es evidente que intervienen infecciones, como la tuberculosis, la blenorragia, la sífilis, o se trata de individuos con mal estado general, debido a enfermedades consuntivas.

En el hombre las fisuras se hallan en la vecindad de la comisura anal posterior en el 90 por ciento de los casos, mientras que en la mujer esto ocurre en el 60 por ciento, quedando los restantes localizados en la comisura anterior.

Las razones por las cuales la comisura posterior es el asiento más frecuente de las fisuras, son: que, dada la concavidad del sacro, la curvatura del recto y del conducto anal es tal, que la mayor fuerza para la expulsión de las heces se dirige hacia la comisura posterior; también hay que recordar que algunas de las fibras del esfínter del ano corren paralelamente hacia el coxis, y esta es la dirección de la línea anal de división. Por lo demás, esta región constituye el asiento de una o más de las mayores criptas de Morgagni y la desgarradura de una válvula semilunar es a menudo, el lugar de partida de una fisura.

Cualquier estado inflamatorio que origine humedad y reblandecimiento del epitelio anal, facilita el que se produzca una fisura cuando interviene una de las causas antes mencionadas. Una fisura pronto se transforma en una úlcera longitudinal. Cuando ésta dura cierto tiempo, tiende a hacerse crónica. Los tejidos circundantes se induran, se hacen fibrosos y la piel sobresale en forma de reborde formado por un grueso pliegue en media luna, llamado "almorrana centinela". Las fisuras se acompañan frecuentemente de hemo-

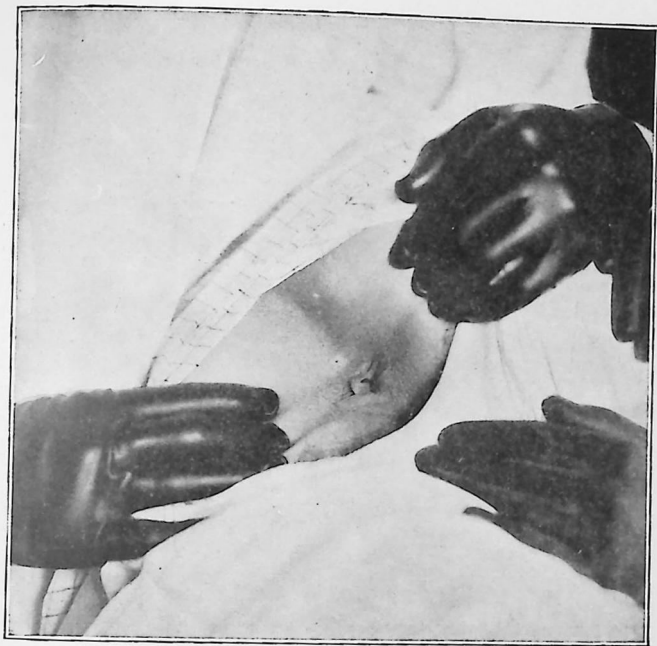


Fig. 72.—Fisura anal con "almorrana centinela".

roides y entonces la ulceración se localiza en el surco que forman dos masas hemorroidales. Con frecuencia, cuando la fisura pertenece a la variedad "crónica" (úlcera anal alargada), se asocia con un pólipo, que, al frotar la fisura, la mantiene irritada e impide su curación. Una razón que explica que las fisuras o ulceraciones del conducto anal, tienden a hacerse crónicas en vez de curar, es que dicho conducto está tapizado por un epitelio delgado de transición que no es mucosa ni piel, y que está poco vascularizado. Este hecho,

unido a que la acción de los esfínteres mantiene el movimiento de estas partes, tiende a impedir que se realice la curación.

### Diagnóstico

El diagnóstico de las fisuras es relativamente fácil. El antecedente de dolores lancinantes, agudos que acompañan al paso de las heces, y las hemorragias, de ordinario ligeras, que se producen también después de la defecación, constituyen los signos patognomónicos de una fisura. Cuando el pa-

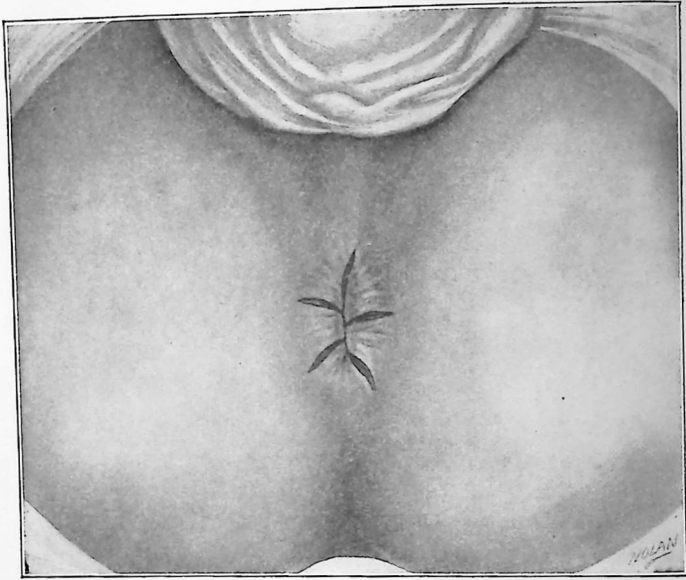


Fig. 73.—Fisuras anales múltiples.

ciente se queja también de dolores pulsátiles, que duran de media a varias horas, después de la defecación y de intensas contracciones espasmódicas muy dolorosas del esfínter anal o de prurito del ano casi podría diagnosticarse la fisura, sin necesidad de exploración. Sin embargo, en ningún caso puede establecerse el diagnóstico de un proceso anorrectal sin haber realizado previamente un examen completo. Sin embargo, después de haber interrogado al enfermo, éste debe ser colocado sobre la mesa en posición lateral.

Después de separadas las nalgas, lo primero que llama la atención, excepto en los casos agudos, es la presencia de la "almorrana centinela". Como ya hemos dicho, la fisura o úlcera suele encontrarse a uno de los lados o en la comisura posterior anal. Además, como todo el esfínter está inflamado, hipertrofiado y muy sensible al tacto, debe hacerse una aplicación anestésica en la superficie cruenta y esperar unos minutos antes de realizar el examen.

Sin embargo, mediante una suave tracción de la piel, justamente debajo de la "almorrana centinela", se descubre

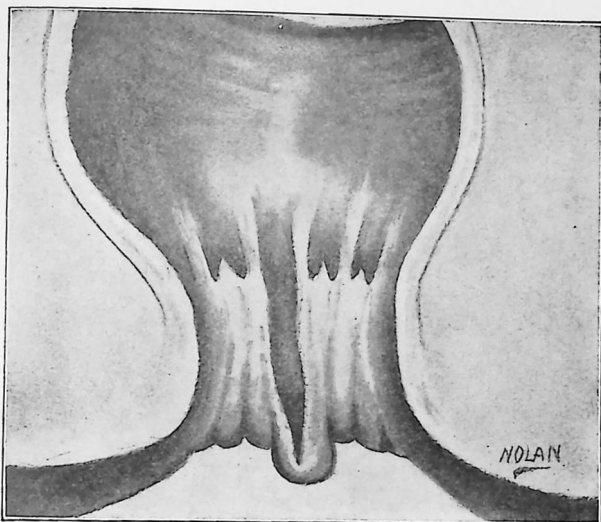


Fig. 74.—Fisura anal resultante de la desgarradura de una de las criptas de Morgagni con formación de una "almorrana centinela".

una superficie cruenta que se extiende hacia el conducto anal, con lo que se confirma el diagnóstico de fisura. Si este procedimiento produce aún grandes dolores, es preferible suspenderlo hasta que el esfínter haya sido anestesiado, siguiendo la técnica expuesta en el capítulo IV.

Cuando la fisura data de algún tiempo, en lugar de estar irritada o roja, se encuentra cubierta de un exudado gris o amarillento. La razón de que una fisura o ulceración sea tan sensible, es que están al descubierto numerosas terminaciones nerviosas, que en esta región son abundantísimas.

Los únicos procesos con que puede confundirse una fisura son las hemorroides o también pequeños cuerpos extraños deglutidos, que estén alojados en una cripta anal. No es raro que un médico haya sido inducido a error al dejarse guiar por el enfermo que supone padecer hemorroides debido al dolor y a las hemorragias que sufre al defecar; por tanto, debemos reiterar, aún a riesgo de parecer enfadosos, que en todos los casos debe realizarse el examen rectal para establecer el diagnóstico.



Fig. 75.—Inyección de la fisura anal en la base de su "almorrana centinela" en la comisura anterior.

### Tratamiento

El tratamiento de la fisura anal es paliativo y quirúrgico. La mayor parte de las fisuras recientes se curan por tratamiento médico. Lo primero que hay que combatir es el estreñimiento, administrando al enfermo una dieta adecuada y excluyendo todas las sustancias que provoquen heces voluminosas. La administración de vaselina líquida a la dosis de 15 ó 30 gramos, todas las noches, reblandece las he-

ces y facilita su expulsión sin necesidad de hacerlas líquidas e irritantes.

Cuando la fisura es superficial y no se acompaña de la formación de "almorrana centinela", se aplica una torunda de algodón con una pomada analgésica o empapada de una solución al 2 por ciento de novocaína. Transcurridos cuatro o cinco minutos se hacen unas aplicaciones de ictiol puro sobre la superficie de la fisura. Estas aplicaciones se repiten en días alternos. Por otra parte, se recomienda al paciente

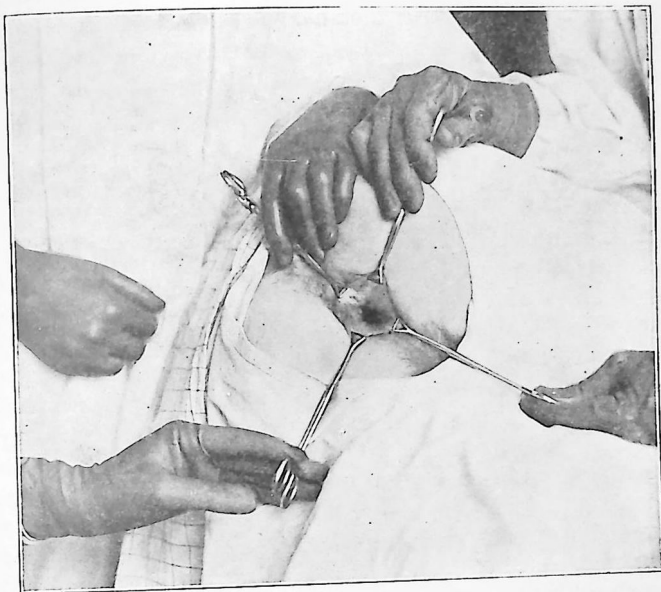


Fig. 76.—Anestesia y relajación esfinteriana completa para la fisurectomía.

la limpieza cuidadosa de la región, después de las evacuaciones y la aplicación de una pomada analgésica, que ya viene preparada en tubos provistos de una larga cánula.

Rp.

Benzocaína	4 grs.
Cloretona	4 "
Aristol	4 "
Emolientina (P. D.) c. b. para	60 "

Mézclese y hágase pomada.

Cuando la fisura es muy superficial y consiste simplemente en una grieta de la mucosa, basta a veces una aplicación de solución saturada de nitrato de plata. Esta aplicación produce una cubierta protectora de albuminato de plata, que facilita la cura. El cuidado del intestino, la limpieza y las aplicaciones de polvo de estearato de cinc, son los únicos requisitos exigidos.

La inyección de solución al 0.05 por ciento de quinina y urea directamente bajo la fisura, como recomienda A. B. Graham o de solución de diotano, es suficiente muchas veces para curar los casos sencillos. Estas inyecciones actúan al producir el reposo de la porción de esfínter externo afectado por la fisura.

Las aplicaciones diarias de soluciones débiles de nitrato de plata, de alumbre o de sulfato de cobre, o el uso de lápices cáusticos debe ser proscrito porque mantienen la irritación y destruyen el tejido de granulación tan presto como se forma. Las soluciones más concentradas de nitrato de plata, como la antes mencionada, que coagulan rápidamente la albúmina de los tejidos y originan la formación de una capa impermeable que protege la superficie de granulación, es además menos dolorosa que las soluciones débiles. La aplicación de pomada de rojo escarlata al 5 por ciento, constituye un excelente estimulante para la formación del nuevo epitelio. Los supositorios son ineficaces. Como la fisura se encuentra siempre en el *conducto anal* y la acción de los supositorios se ejerce únicamente en la *cavidad rectal* inferior, no puede comprenderse cómo se conseguiría un alivio por el empleo de supositorios. Además es dudoso que las pomadas aplicadas con el dedo tengan algún valor, pues no pueden alcanzar toda la extensión de la fisura. Sin embargo, en muchas ocasiones el médico sale del paso prescribiendo a los enfermos unos supositorios o una pomada.

**Tratamiento quirúrgico.**—El mejor y más seguro de los tratamientos de la fisura anal es la incisión o la escisión. No existe en la proctología ningún procedimiento quirúrgico que produzca resultados más seguros que los que se obtienen con la incisión o escisión de una fisura anal. Se practica fácilmente con anestesia local y los resultados son frecuentemente tan buenos como puedan desearse.

INCISION.—La técnica de la incisión de una fisura anal es la siguiente:

Después de anestesiar el esfínter y relajarlo, como ha sido descrito en el capítulo de la anestesia, se inyecta abajo y alrededor de la fisura, cantidad suficiente de una solución al 0.5 por ciento de diotano o de clorhidrato de quinina y urea. Transcurridos cinco minutos, al cabo de los cuales la anestesia es completa, se practica una incisión desde el extremo superior de la fisura, hacia abajo, por dentro del esfínter extendiendo la extremidad inferior de la incisión sobre la piel. La incisión debe ser más superficial en su extremi-

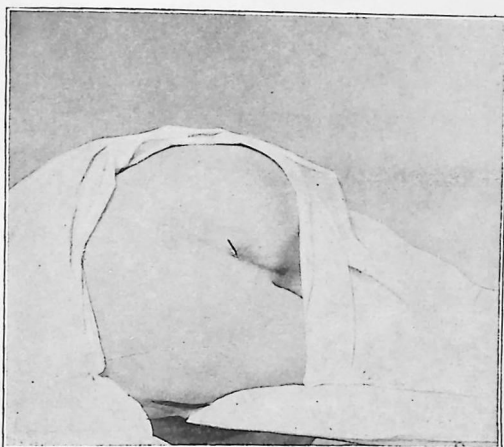


Fig. 77.—Incisión simple de una fisura en el cuadrante lateral posterior derecho del ano.

dad superior e interna e ir aumentando en profundidad hasta que el extremo inferior o cutáneo alcance de 5 a 12 milímetros. De esta manera se consigue que la parte superior cicatrice antes que la inferior, dando lugar a un excelente drenaje. Algunas de las fibras del esfínter externo tienen que incidirse y en la superficie cruenta se hará una aplicación de fenol, colocando, si se estima conveniente, una mecha de tela de goma en la herida.

Al cabo de 24 horas se retira la mecha pero no se permitirá al paciente mover el vientre hasta transcurridas 48 horas. Entre tanto, se prescribe una dieta líquida y se ad-

ministra vaselina líquida a partir de la noche del primer día, para que todas las heces sean blandas y no irritantes. Es aconsejable administrar la noche antes que se desee provocar la defecación, una cucharada pequeña de polvo de regaliz compuesto y a la mañana siguiente se ordenará una enema de bicarbonato sódico, practicada mediante un catéter de goma estrecho, con lo que se consigue una deposición blanda y fácil.

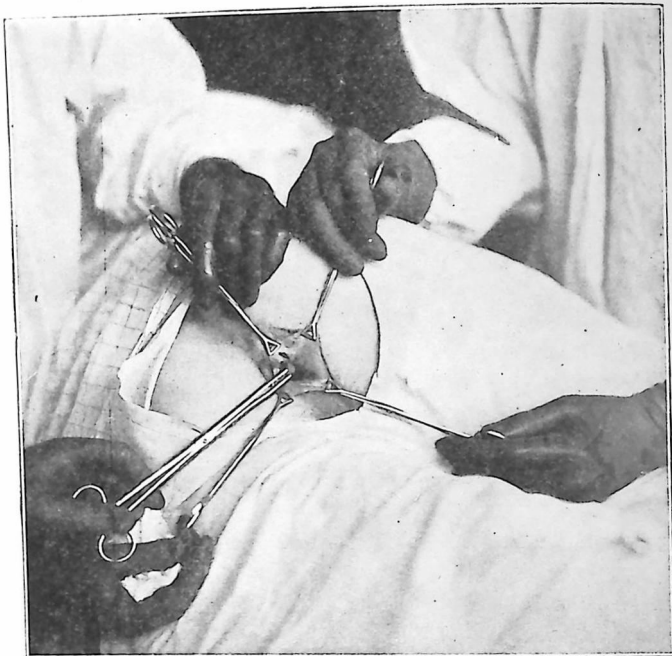


Fig. 78.—Fisura anal complicando hemorroides internas.

Los cuidados postoperatorios consisten en mantener limpia la región y en facilitar el que las heces sean blandas, pudiendo el enfermo levantarse después de transcurridas 24 horas. Cuando el tejido de granulación es débil, basta realizar una aplicación de solución saturada de sulfato de cobre o de nitrato de plata, para estimular los procesos de cicatrización. La pomada de rojo escarlata al 5 por ciento acelera la epitelización en los casos tórpidos.

Aunque en algunos casos este procedimiento es suficiente, no puede decirse lo mismo cuando la fisura se ha transformado en una úlcera persistente, o rodeada de un área de infiltración, o cuando se ha desarrollado la "almorrana centinela", o cuando la fisura se acompaña de un pólipo. En muchas ocasiones una fisura no llega a cicatrizar después de la incisión, debido a que la mucosa se interpone en la herida y mantiene sus bordes separados. Para evitar esto, y para asegurar la extirpación de todos los tejidos enfermos, creemos más recomendable que la fisura seguida de úlcera sean *escindidas* en lugar de *incindidas*.

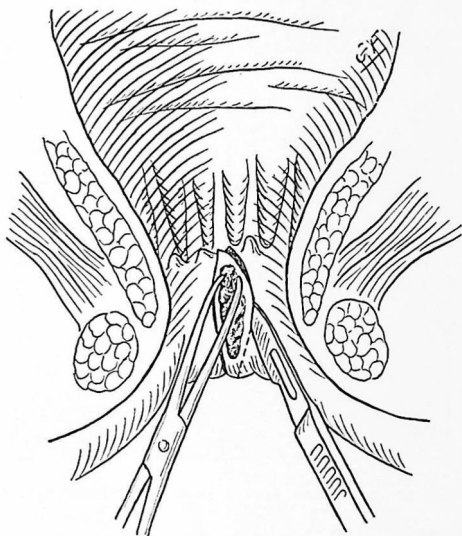


Fig. 79.—Escisión de una úlcera anal alargada.

OPERACION DEL AUTOR.—Se prepara y anestesia al paciente de la misma manera que cuando se trata de la incisión, si bien, el área de infiltración anestésica debe ser más extensa, para que estén incluidos todos los tejidos duros que rodean la superficie ulcerada. Procedemos del modo siguiente: se toma la úlcera en su extremidad superior con una pinza de dientes finos y se practican dos incisiones longitudinales, a ambos lados de ella, a partir de 3 a 6 milímetros de la extremidad superior interna, haciéndolo en tal forma que vengan a reunirse por debajo de la úlcera constituyendo un surco en forma de V, que en una extremidad

superior tiene una profundidad de 3 milímetros y una anchura de 6; y en su extremidad externa o cutánea una profundidad de 6 a 12 milímetros y una anchura de 12 a 18. Se abarca así toda la úlcera, los bordes indurados y la "almorrana centinela". Esto permite que la herida cicatrice pronto, evitándose los hipercrecimientos de la mucosa y su interposición entre los bordes de la herida. Cuando exista un pólipo en la extremidad superior, debe incluirse en las incisiones, y como la úlcera se disecciona de arriba a bajo, se ligan los vasos sanguíneos que riegan el pólipo y la úlcera, y el pólipo se extirpan *en masa*. El tratamiento ulterior es el

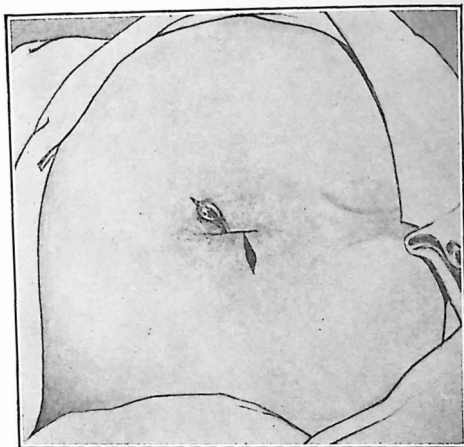


Fig. 80.—Escisión de una fisura y de la "almorrana centinela".

mismo que el referido al tratar de la incisión. En nuestras manos esta operación ha dado tan satisfactorios resultados, que constituye el tratamiento que utilizamos siempre para todas las úlceras de este tipo, y para muchas extensas fisuras que no responden al tratamiento médico. En ocasiones, cuando las fisuras o las úlceras son pequeñas, basta la extirpación de la "almorrana centinela" para lograr la curación.

### Úlcera anal

Todo lo que se ha dicho con respecto al tratamiento no quirúrgico de la fisura anal, puede aplicarse a los casos de úlcera anal que no se originan de una fisura, con la sola

distinción de que entre ambos casos existe únicamente una diferencia de forma. Las úlceras a consecuencia de fisuras son alargadas, mientras que en los otros casos son redondas o irregulares. En las úlceras que no responden a las curaciones locales aconsejadas en los casos de fisuras, puede emplearse la inyección bajo la úlcera de algunas gotas de solución de novocaína al 0.5 por ciento, de diotano o de ureaquinina, y la incisión del esfínter da lugar, muchas veces, a un marcado alivio. Cuando la úlcera data de largo tiempo, deben extirparse también los tejidos indurados circundantes, siguiendo la misma técnica que la descrita para la escisión de las úlceras a consecuencia de fisuras. Tan sólo varía el tipo y la dirección de las incisiones que corresponderán a la forma de la úlcera.

El tratamiento postoperatorio de la escisión de una úlcera de este tipo es exactamente el mismo que el descrito anteriormente al tratar de las úlceras que se desarrollan después de una fisura. Es deber del médico prestar la mayor atención a sus enfermos después de las operaciones anales de escasa cuantía, pues muchas veces los buenos resultados que podrían obtenerse se anulan cuando no se presta la suficiente atención a los cuidados postoperatorios. En muchas ocasiones, tales cuidados son más importantes y entrañan más peligros que la misma operación.

## CAPITULO X

### ABSCESOS DE LA REGION ANORRECTAL

La región del ano y del recto está particularmente predispuesta a las infecciones y a la formación de abscesos, por varias razones: la abundante cantidad de tejido celular que rodea el recto; la profusa irrigación sanguínea de esta región; la presencia constante en el recto de bacterias piógenas; los traumatismos producidos por las heces excesivamente gruesas y duras; los cuerpos extraños, tales como fragmentos de huesos, semillas, etc., que son ingeridos. La abundante red linfática de esta región tiene gran importancia en el origen y extensión de los procesos sépticos. Las enfermedades de la piel que rodea el ano, particularmente la afección de los folículos pilosos, la inflamación de hemorroides externas, la irritación provocada por el vestido, las afecciones de las criptas de Morgagni, las úlceras rectales y las fisuras anales, constituyen punto de partida para la formación de abscesos en esta región.

Las infecciones de la región anorrectal han sido clasificadas por los autores de modo diferente. Tuttle las agrupó del modo siguiente, que nosotros consideramos satisfactorio:

Inflamaciones o abscesos circunscritos.....	{	Superficiales .....	{	Subtegumentarios Tegumentarios Isquirrectales
		Profundos .....	{	Retrorectales Pelvirrectales superiores Intersticiales
Inflamaciones difusas.....			{	Celulitis perirrectal difusa Celulitis perirrectal Gangrenosa

Entre las inflamaciones o abscesos circunscritos únicamente los localizados por debajo del elevador del ano pueden ser tratados con anestesia local o caudal y serán considerados en esta obra con las designaciones de abscesos tegumentarios o perineales; abscesos subtegumentarios marginales

o perianales; abscesos submucosos o intermurales, y abscesos isquiorrectales.

### Abscesos tegumentarios o cutáneos

Los abscesos tegumentarios o cutáneos son simplemente pústulas o furúnculos de la piel que rodea el orificio anal o inflamaciones pustulosas de los folículos pilosos. Pueden ser provocados por cualquiera causa que irrite la región como, por ejemplo, la transpiración abundante, los exudados anales

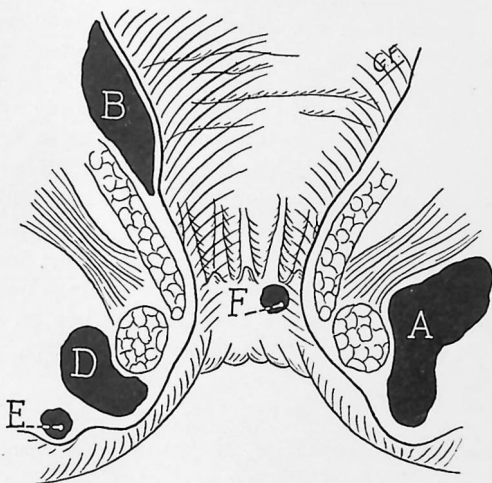


Fig. 81.—Absceso de la región anorrectal.

- A. Absceso isquiorrectal.
- B. Absceso rectal submucoso o intramuscular.
- D. Absceso subcutáneo rodeando parcialmente el esfínter.
- E. Absceso cutáneo.
- F. Absceso submucocutáneo o marginal.

o vaginales, la fricción provocada por el vestido, la acción de las uñas al rascarse, la falta de aseo o el empleo de sustancias ásperas o duras para la higiene de la región. Tales procesos pueden ser desde un simple acné hasta una típica furunculosis. Producen ligera sensación de irritación o picazón y causan más molestia cuando el paciente está sentado o caminando, que cuando el individuo defeca. En ocasiones, estos abscesos pequeños pueden fundirse formando un típico carbunco. Sin embargo, esto es raro cuando se trata de la

región anal. Se presenta por lo común un leve ascenso de temperatura de medio a un grado y el enfermo se encuentra más o menos agitado. No existen más síntomas generales.

**Diagnóstico.**—Estando el paciente en posición lateral, se hacen visibles fácilmente estos abscesos, que pueden ser únicos o múltiples, constituyendo tumefacciones redondeadas y enrojecidas del tamaño de una gruesa cabeza de alfiler, hasta el de una avellana, presentando o no un punto de supuración en su centro.

**Tratamiento.**—El tratamiento consiste en la incisión con un escalpelo. Una vez extraído el pus, se humedece la cavidad con ácido fénico al 95 por ciento. Posteriormente es suficiente el lavado de la región con una solución de ácido bórico saturada, caliente, aplicando luego polvo de aristol. La región será cuidadosamente lavada después de la defecación y protegida con un vendaje aséptico, teniendo cuidado de que los vestidos no ejerzan presión para evitar la consiguiente irritación.

Si existe tendencia a la repetición de estas infecciones cutáneas se recurrirá al tratamiento con vacunas que contengan los gérmenes predominantes en el foco, que en la mayor parte de los casos es el *Staphylococcus pyogenes, aureus* o *albus*.

### **Abscesos subtegumentarios, subcutáneos o marginales**

La forma más común de abscesos que se desarrollan en la región del ano es la que se presenta profundamente bajo las capas cutáneas o mucosas del ano, descrita en la clasificación arriba citada, como subtegumentario, y conocido también con los nombres de perianal o marginal, y también como subcutáneo, submucoso o intramural, según cual sea el tipo de tejido bajo el cual se desarrolla el absceso. Aunque muchas veces su punto de partida puede ser una fisura, una úlcera, la infección del coágulo de una hemorroide trombosa da rota, la alteración de una cripta o el traumatismo debido a una esquirra de hueso o cualquier otro cuerpo extraño deglutido; sin embargo de ello, decimos, en otros casos no es posible determinar el origen del absceso. Esto nos lleva a la conclusión de que el absceso es causado por la extensión a través del sistema linfático, de lesiones más o menos aleja-

das de esta región. No es raro que acaezcan después de una infección gripal o de otros procesos del árbol respiratorio y, aunque se presentan en toda edad, son menos comunes en los niños.

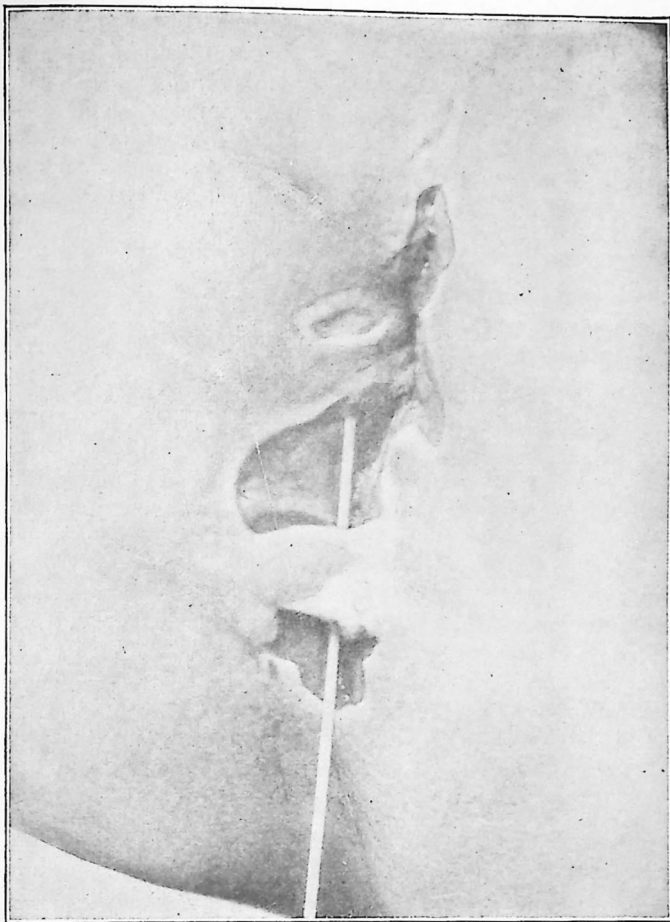


Fig. 82.—Ulcera circunanal infectada. Obsérvese cómo la lesión ha ido minando bajo la piel.

**Síntomas.**—En ocasiones los abscesos que se presentan en esta región, particularmente los de la variedad submucosa, adquieren considerable volumen sin producir más sín-

tomas que una sensación de molestia o de llenura en la parte inferior del recto, que se aprecia especialmente durante la defecación. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, el paciente se queja al principio de dolores agudos lancinantes en el recto, que van seguidos de dolores pulsátiles los cuales van gradualmente en aumento. Este dolor se extiende hacia la región sacra y muchas veces se irradia a una o ambas piernas e incluso hasta los talones. No es raro que se presenten dificultades en la micción. La defecación es siempre dolorosa y debido a ello el paciente procura retardarla lo más posible. El pulso es frecuente y la temperatura asciende de medio a dos grados. El paciente no puede sentarse con comodidad y descarga su peso sobre uno de sus glúteos, en una postura tan característica que tiene casi valor diagnóstico.

Muchas veces un absceso se desarrolla en 24 a 36 horas y llega a abrirse antes de que el paciente pueda darse cuenta de la gravedad de su afección; tales casos a menudo terminan en la formación de grietas o fistulas.

**Exploración.**—Colocado el paciente en posición lateral, ocurre a menudo que no se determina el absceso por la inspección ocular, a no ser que se encuentre en el margen del ano o fuera de él, en el cual aparece como una tumefacción redondeada, algunas veces enrojecida, situada de ordinario en uno de los lados de la comisura anal posterior. Con la exploración digital puede determinarse perfectamente sus contornos y extensión. Al principio no suelen encontrarse puntos de fluctuación y todo el absceso se siente duro y pastoso. Dada la extrema sensibilidad a la palpación y debido a la contracción espasmódica del esfínter, muchas veces es muy difícil realizar la exploración. En ocasiones se puede comprobar el diagnóstico mediante la aspiración con una jeringa hipodérmica, provista de una larga aguja.

**Tratamiento.**—El tratamiento de la variedad subcutánea o marginal se realiza satisfactoriamente con anestesia local. Si el absceso está situado en o debajo de la unión del ano y del recto, no es necesario anestesiar el esfínter. Estando el paciente en posición lateral o de la litotomía se esteriliza la región y se inyecta en la piel que cubre el absceso una solución de novocaína al 0.5 por ciento. Se elige como lugar para la primera inyección un punto situado a unos 12 milímetros por debajo del absceso y se va realizando la inyección hasta que se forme una ampolla de 6 a 12 milímetros

de anchura, a lo largo de todo el absceso. Después de esperar tres a cuatro minutos, se practica la incisión de un extremo del absceso al otro, en dirección radial al ano, y se evacua el pus. Se rompen las paredes que dividen el absceso, de modo que solamente quede una cavidad que se empapa con una mezcla de partes iguales de tintura de yodo y ácido fénico: se introduce una mecha de tela de goma y se aplica un vendaje aséptico. La mecha debe ser *introducida profundamente para que mantenga los bordes de la herida bien separados, si bien su contacto con la pared de la cavidad no debe ser tan grande que impida su contracción durante el proceso cicatrizal*. El paciente debe permanecer acostado durante 5 ó 10 minutos después de la operación y luego, después de otros 10 minutos de reposo en una silla, puede estar capacitado para irse del consultorio por sus propios medios.

Es aconsejable prescribir por dos días una dieta fácilmente absorbible, evitando que el enfermo defeque durante este tiempo. La herida será curada diariamente mediante el lavado con una solución débil de agua oxigenada.

Después de la primera cura puede quitarse la mecha en la mayor parte de los casos. Los bordes de la herida deben separarse todos los días con una torunda de algodón empapada con soluciones estériles emolientes, mientras persista el exudado purulento. Para proteger la región de la acción irritante de los exudados es muy recomendable espolvorear la piel circundante con estearato de cinc compuesto, bálsamo del Perú o estearato de magnesia.

### **Abscesos submucosos**

La variedad submucosa o intermural se presenta bajo la mucosa que cubre la parte inferior del recto, asentando en algún punto de la circunferencia de este órgano. Los que se localizan en la pared anterior suelen acompañarse de trastornos de la micción. En efecto, muchos pacientes son incapaces de orinar y es necesario practicar el cateterismo. Esta variedad de absceso se diagnostica por exploración digital, introduciendo suavemente el dedo bien lubricado, mientras se ordena al paciente que puje. Puede así percibirse una masa redondeada colocada a 25 ó 30 milímetros de distancia del orificio anal, de consistencia pastosa o claramente fluctuante. Mediante suaves movimientos con el

dedo de un lado a otro, pueden apreciarse los contornos y la extensión del absceso. Luego puede ser confirmado el diagnóstico, mediante el anoscopio corto, que en ocasiones permite determinar el punto de la infección. En ciertos casos el absceso puede extenderse por debajo y afuera del ano, formando un absceso submucosocutáneo.

**Diagnóstico.**—Después de la exploración digital y ocular, el diagnóstico es muy fácil. Se presenta también ascenso de la temperatura, taquicardia, dolor pulsátil que sobreviene más o menos repentinamente en la región del ano o parte inferior del recto, haciéndose cada vez más persistente e intenso; tales síntomas y la presencia de una tumefacción dolorosa circunscrita permiten afirmar el diagnóstico.

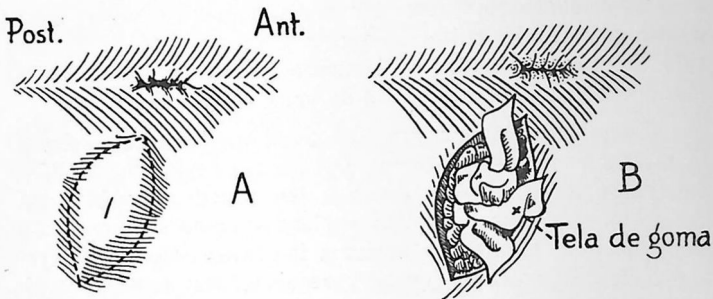


Fig. 83.—Absceso perianal externo.

- A. Incisión elíptica.
- B. Drenaje de goma.

**Tratamiento.**—Cuando el absceso es de la variedad submucosa y está situado arriba del esfínter interno, será necesario anestesiar el esfínter, de acuerdo con la técnica descrita en el capítulo IV. Se da una enema de bicarbonato sódico y se coloca al enfermo en posición lateral. Una vez que la región está esterilizada y anestesiado el esfínter, se relaja éste lentamente y se introduce un separador de Sims, por el lado opuesto al absceso, que es mantenido en su lugar por un ayudante. En ausencia de éste, puede usarse un espéculo de autofijación. Se inyecta la mucosa que cubre el absceso con una solución al 0.5 por ciento de novocaína, de diotano o de quinina-urea, hasta que los tejidos palidezcan en toda la extensión del absceso.

Después de esperar tres o cuatro minutos para que la anestesia haga su efecto, se abre el absceso mediante una incisión longitudinal, que se extiende a lo largo de la lesión. Cuando el pus ha sido evacuado, se irriga la cavidad con solución salina normal o con solución débil de agua oxigenada. Se rompen todos los tabiques que puedan existir para reducirlo a una sola cavidad. Entonces se practican toques con ácido fénico al 95 por ciento o con una mezcla de partes iguales de ácido fénico y yodo. Se introduce suavemente una gasa, cuyo extremo se deja salir a través del ano. En todos los

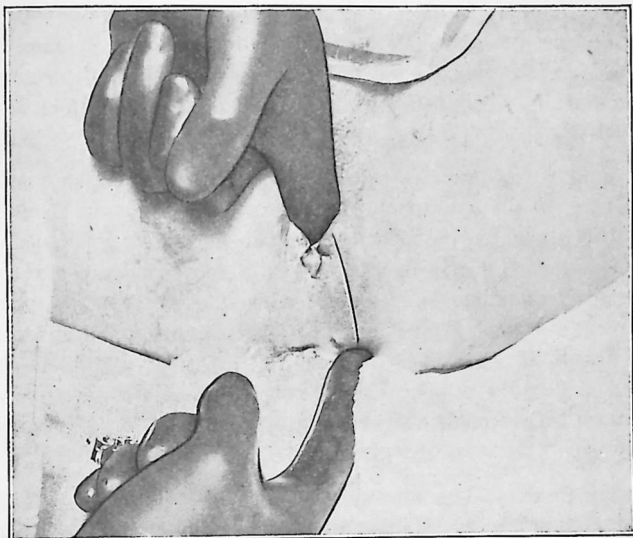


Fig. 84.—Línea de incisión para abrir un absceso isquirrectal.

casos es aconsejable introducir un tubo de goma que sobresalga del conducto anal.

Los cuidados postoperatorios son análogos a los indicados al describir la variedad subcutánea, debiendo tomarse especiales cuidados para que no se produzcan ramificaciones durante el proceso de curación. El paciente podrá ponerse en pie inmediatamente después de la operación y es conveniente que se mantenga en esta posición, pues la vertical constituye el mejor desagüe. Esta variedad de absceso es la que, cuando se abre sin intervención del médico, da lugar, con más frecuencia, a fístulas internas ciegas. Es importante

recordar que en estas formas de abscesos la incisión debe sobrepasar la extremidad inferior de la lesión y llegar a través del ano hasta la piel, con lo que se facilita el desagüe.

### Absceso isquiorrectal

El absceso isquiorrectal es la variedad más extensa que se presta al tratamiento con anestesia local, aunque no todos los casos son favorables. El autor considera una ley que: *todo absceso de la región isquiorrectal, cuya extremidad superior se halle a más de cinco centímetros de la piel del ano, y cuyos extensión, tamaño y situación no puedan ser exactamente comprobados por la palpación manual, sea operado con el concurso de la anestesia caudal o raquídea.*

El absceso isquiorrectal se presenta, crece y se extiende con gran rapidez debido a que la laxitud de los tejidos celulares en que se forma, ofrece escasa o ninguna resistencia a su difusión. Aparece a un lado del recto, y en ocasiones lo rodea. Se origina por traumatismo de la pared rectal, debido a esquirlas de huesos, cerdas u otros cuerpos extraños, en procesos de las criptas de Morgagni o en infecciones acarreadas a través del sistema linfático. También pueden ser debidos a operaciones practicadas en el recto o en el ano o a traumatismos producidos al manipular defectuosamente los instrumentos propios de la exploración rectal.

**Síntomas.**—Los síntomas generales son análogos a los que acompañan a los abscesos subcutáneos y submucosos, con la diferencia de que el dolor es más profundo, la molestia en el sacro es más intensa y los síntomas, en general, se aproximan más a los de una septicemia. El paciente experimenta muchas veces escalofrío con elevada temperatura, intensa cefalalgia, dorsalgia, fetidez de aliento, languidez, disminución del apetito y postración más o menos marcada. El dolor se localiza en el recto o al lado de él, a no ser que exista una infección simultánea en ambos lados. La defecación es tan dolorosa que el paciente trata de evitarla y muy frecuentemente también está impedida la micción. Si el absceso persiste más de 48 horas, se observa enrojecimiento de la piel, cuyo grado varía en relación con la distancia que media entre el absceso y el tegumento.

**Diagnóstico.**—La palpación bimanual del recto, con un dedo en el recto y la otra mano presionando de modo que empuje el ano hacia fuera, permite descubrir una masa alargada, dura, algunas veces en forma de pera, que es extraordinariamente dolorosa y que da la sensación pastosa característica de los abscesos. En ocasiones puede encontrarse un punto de fluctuación situado en la extremidad inferior del absceso.

El diagnóstico es fácilmente hecho con la exploración bimanual. La tumefacción causada por el absceso puede ser tan grande, que sea prácticamente imposible introducir el proctoscopio en el recto.

**Tratamiento.**—Una vez que el recto ha sido lavado, se coloca al paciente en la posición lateral y se esteriliza la región. Se anestesia el esfínter, siguiendo la técnica indicada en el capítulo IV, y tanto la piel que cubre el absceso como la mucosa anal, se infiltran con una solución al 0.5 por ciento de novocaína, de diotano o de quinina y urea. Después de la infiltración de la piel, se inyecta la quinina-urea o el diotano en el tejido subcutáneo, debajo del absceso, teniendo mucho cuidado de no penetrar en su cavidad con la aguja. La infiltración será hecha en toda la porción inferior del recto. Se introduce un separador de Sims por el punto opuesto al absceso, un ayudante lo mantiene en su lugar o se emplea un espéculo de autofijación. Con un escalpelo se practica una incisión desde la parte más externa del absceso sobre la piel, hacia el ano, de modo que la incisión forme un ángulo recto con el conducto anal. La abertura debe ser suficientemente grande para permitir completamente la evacuación y desagüe del absceso, y únicamente en caso necesario se extenderá a través de los esfínteres dentro del conducto anal.

Cuando la cavidad del absceso queda perfectamente abierta por la incisión y no hay ramificaciones de la cavidad, no es necesario penetrar en el recto, y el autor estima como una regla que hay que ser cauto en abrir el recto a no ser que ya exista una comunicación en forma de fístula. Se romperán todas las trabéculas o membranas que tabiquen la cavidad del absceso, dejando una sola cavidad, que se irriga con una solución débil de agua oxigenada. La incisión en el punto más externo de la cavidad del absceso debe ser tan ancha como lo es la cavidad misma o aun más an-

cha, y la incisión cutánea se prolongará uno y medio a dos centímetros y medio fuera de los bordes de la herida. Después de un abundante lavado de la cavidad se introduce suavemente una mecha de tela de goma, que mantenga separadas las paredes, se aplica un vendaje estéril y se aconseja al paciente mantenerse en posición de decúbito supino, o preferiblemente, en decúbito lateral sobre el lado operado, durante 24 horas.

Al cabo de este tiempo, se extrae la mecha. Si el tejido de granulación es escaso, estará indicado un toque con solución saturada de sulfato de cobre o de nitrato de plata.

Cuando ha sido necesario prolongar la incisión dentro del recto y cortar los esfínteres, debe tenerse cuidado de disponer el desagüe de tal modo, que impida la piel y la mucosa replegarse dentro de la herida dificultando la reunión del esfínter y de las paredes de la cavidad del absceso.

Si ocurre esto a pesar de todas las precauciones, se anestesian los tejidos por infiltración, y con un par de tijeras curvas de punta aguda se recorta el tejido circundante hasta la superficie de la piel o las mucosas.

Para el tratamiento de todos los procesos supurados de la región anorrectal, recomendamos que el médico, antes de operar, se asegure de que es capaz de poder realizar la operación con anestesia local. Hay que puntualizar el volumen, la localización y la extensión del absceso, antes de lanzarse a operar con anestesia local.

Cuando el absceso se haya roto y no se encuentre un lugar sano para hacer la inyección, debe recurrirse a la anestesia caudal y algunas veces a la raquídea.

## CAPITULO XI

### FISTULA Y FISTULA CIEGA DEL ANO

Una fístula es un trayecto tubular supurado que comunica o pone en relación la membrana mucosa del ano y del recto con el tegumento contiguo al orificio anal.

Como describiremos más adelante, hay diversas variedades de fístulas. La fístula es el resultado de un absceso de la región anal, cuando, por no haber sido bien tratado, se evacua por sí solo, cuando la incisión practicada por el cirujano es insuficiente, o cuando el tratamiento postoperatorio, por ser inadecuado, da lugar a que se contraiga la herida sin cicatrizar desde el fondo. La única excepción la constituyen las fístulas originadas por una herida punzante, sea traumática o quirúrgica.

Se habla a menudo de fístulas tuberculosas o no tuberculosas. Aunque es cierto que la tuberculosis es un factor que debe ser considerado siempre cuando se trate de una fístula, nos ocuparemos especialmente de este problema al terminar el capítulo. Así, pues, cuanto digamos ahora respecto de las fístulas, debe aplicarse a las variedades no tuberculosas.

El hecho de que un absceso degenera en una fístula, en lugar de curar completamente, se debe a factores peculiares de la localización. La causa más importante debe verse en los movimientos naturales del ano y del recto durante la expulsión de gases o heces y en la dilatación o contracción de los esfínteres, que, al no permitir el reposo de la región, impiden que se adhieran las superficies cruentas. Debe tenerse en cuenta, además, que el moco y las heces al penetrar en la cavidad del absceso, desde el recto, tienden a mantener abierta la cavidad impidiendo la cicatrización. Algunas fístulas persisten debido a que el orificio interno no llega a ser reconocido y tratado adecuadamente, mientras se está tratando el absceso. Por tanto, una fístula es, en realidad, un residuo tubular contraído de un absceso, que está tapizado por una membrana piógena derivada de la del absceso.

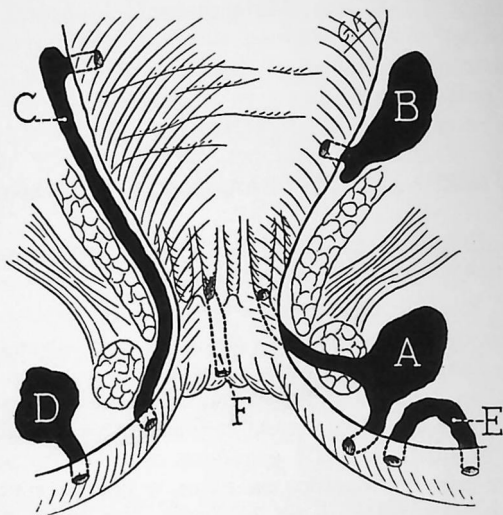


Fig. 85.—Fístulas y senos anorrectales.

- A. Fístula total con abertura interna en la cripta, formando un túnel en el esfínter.
- B. Seno rectal interno.
- C. Fístula rectal total.
- D. Seno perianal.
- E. Fístula perianal externa total.
- F. Fístula total submucocutánea.

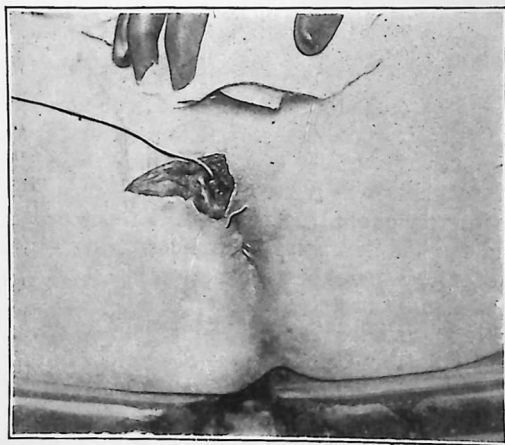


Fig. 86.—Fístula angular. Se abrió la porción superior de ésta; adviértase que el alambre entra por abajo, y la punta sale por el cuadrante superior izquierdo del ano.

### Tipos de fístulas

El tipo de una fístula depende de la localización y de la clase de absceso de que provenga. Algunos autores las clasifican en totales y parciales. La fístula total es la que da lugar a una comunicación directa entre el intestino y la superficie de la piel, en algún sitio de la región de la abertura anal. La fístula es parcial cuando tiene una sola abertura al intestino o cuando tan sólo se abre en el tegumento. Las fístulas totales o completas (dejando aparte las que comunican con otros órganos, como la vejiga, la vagina, la uretra) se dividen en fístulas en herraduras y fístulas múltiples. La fístula en herradura se caracteriza por tener una abertura en el conducto anal, ordinariamente situada en la

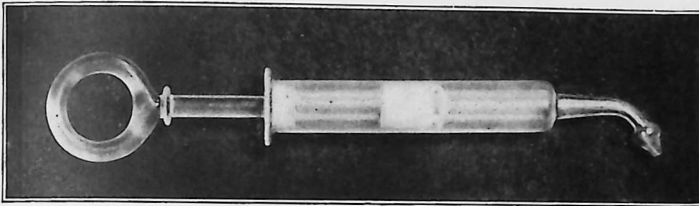


Fig. 87.—Jeringa de vidrio para la inyección de pasta de bismuto en los orificios fistulosos.

comisura posterior entre los esfínteres, y que, rodeando el ano, se abre en dos o más lugares en la otra parte de éste. Una fístula múltiple es la que tiene uno o más orificios internos y numerosos canales ramificados, que se abren en la piel.

Las fístulas parciales o incompletas, llamadas “ciegas” son en realidad senos. El término “fístula ciega” debe, pues, ser sustituido, como sugiere Pennington, por el término más descriptivo de “seno”. Por tanto, hablaremos de “seno interno” y “seno externo” anal o rectal en lugar de “fístula ciega”. El seno interno se abre en la mucosa, mientras que el seno externo se abre en la piel.

La llamada fístula submucosa es aquella que tiene dos aberturas, ambas en la mucosa y de ordinario se encuentra justamente dentro del conducto anal. La localización más

común de la abertura interna de una fístula es una cripta en la comisura posterior del ano, entre los esfínteres. En este capítulo tan sólo nos ocuparemos de la variedad de fístulas que pueden ser tratadas con anestesia local o caudal, o sean, las fístulas totales simples, los senos externos, los senos internos y los submucosos.



Fig. 88.—Fístula en herradura

### Fístula total simple

Esta es la forma más común de fístula, y es la secuela de un absceso subcutáneo o isquiorrectal. Consiste en un conducto de forma irregular, recto o ligeramente curvo, que se extiende desde una cripta anal o desde algún punto del recto que no está muy alto, hasta la piel, abriéndose de ordinario a una distancia de 2.5 a 5 centímetros de uno de los

lados del ano. La abertura interna se presenta con frecuencia en una cripta posterior y entre los esfínteres, aunque también puede hallarse en cualquier punto de la circunferencia anal. La abertura externa puede hallarse en cualquier



Fig. 89.—Fístulas múltiples comunicando con la uretra. Este caso tenía doce orificios externos además del que estaba dentro de la uretra.

parte en la cavidad del ano, aunque su asiento habitual es el mencionado.

**Síntomas.**—Los síntomas son: una sensación de irritación o de picazón de la región anal, dolor durante la defe-

cación y exudado purulento. Si por alguna razón, se ocluye alguna de las aberturas, se origina distensión de la fístula y dolor a la presión.

**Diagnóstico.**—Debe pensarse siempre en una fístula cuando al examinar un enfermo se observa una pústula en el perineo o en las nalgas, en la que existe una gota de pus o aparece por expresión. Tal es el aspecto característico

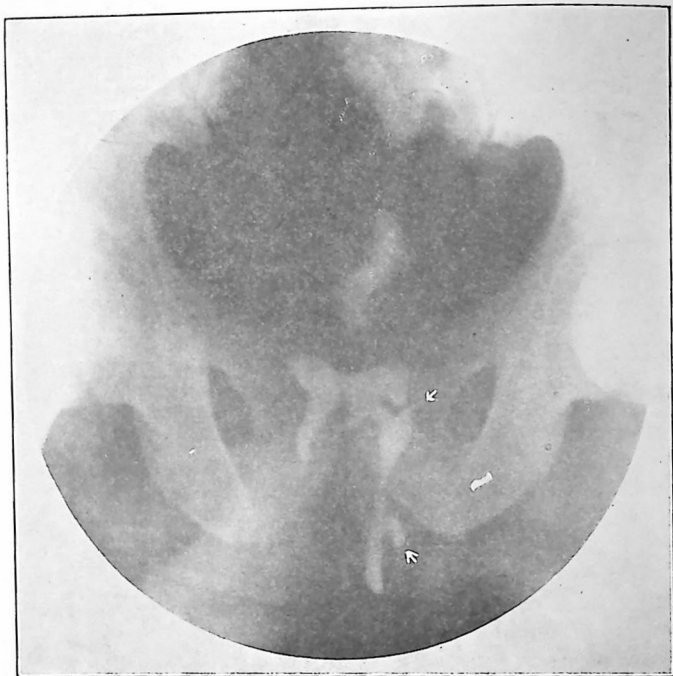


Fig. 90.—Fístula anorrectal total. Las flechas indican los trayectos recurrentes.

de una fístula. Estando el paciente en posición lateral, se coloca el índice de una mano sobre la abertura externa, introduciendo el otro índice en el recto, con la cara palmar de la mano dirigida hacia la comisura posterior. A menudo la presión ejercida con el dedo introducido en el recto hace escapar una gota de pus a través del orificio externo. Mediante la cuidadosa palpación de la región situada entre el conducto anal y la abertura externa, puede apreciarse uno

como cordón que es precisamente el trayecto fistuloso. Muchas veces es realmente difícil encontrar la abertura interna. Cuando se explora con el anoscopio fenestrado o el anoscopio con abertura oblicua, puede descubrirse una cripta anal inflamada o ulcerada o una mancha pequeña roja, que en ocasiones forma relieve sobre la superficie, y que puede estar cubierta de pus. Cuando se descubre este punto, la exploración digital permite darse cuenta de la induración que re-

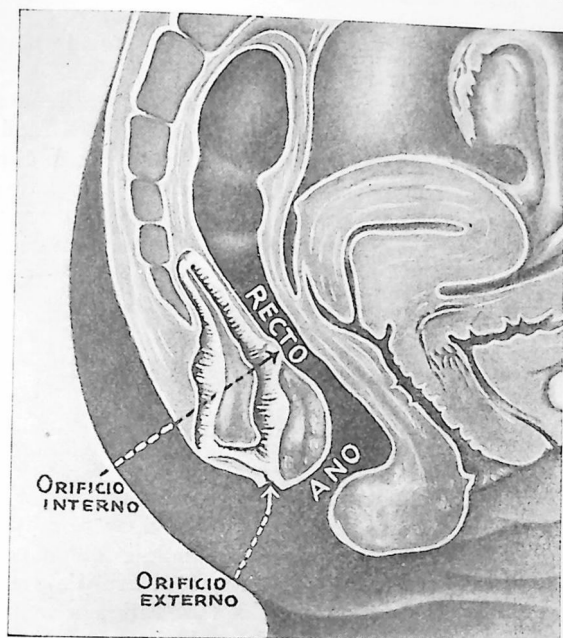


Fig. 91.—Fístula posterior en el ano, con aberturas externas e internas, pero con dos conductos. Esta figura nos informa que el diagnóstico correcto sólo puede ser establecido con las radiografías estereoscópicas.

vela la dirección del trayecto fistuloso. Cuando, a pesar de la cuidadosa exploración de toda la circunferencia del conducto anal y de la parte inferior del recto, no llega a descubrirse la abertura interna, se recurre a la inyección a través de la abertura externa, de solución de agua oxigenada, de solución de azul de metileno, de leche de magnesia o de pasta de bismuto, que al salir por el orificio interno descubre su localización.

La inyección de pasta de bismuto por la abertura externa, mientras se observa a través del anoscopio, permite por lo común encontrar la localización de la abertura interna al emerger por la cripta afectada la pasta amarillenta introducida. La presión digital sobre el trayecto o sobre la abertura externa favorece el paso de la pasta.

Para diagnosticar la presencia y dirección de un trayecto fistuloso, puede utilizarse un estilete explorador, pero para que sea utilizable, debe ser *muy fino y extraordinariamente flexible*, siendo muy recomendable para esta operación un hilo de plata de los que se emplean para sutura. Hay que tener grandes precauciones al introducir este filamento a través del trayecto fistuloso o de un seno, pues es fácil forzarlo por entre las paredes, creando una falsa vía. Si el alambre no pasa fácilmente, es mejor prescindir de él, que no forzar su paso. Cuando se sospecha que la fístula comunica con la vejiga o la uretra, se inyecta, en el órgano en cuestión,



Fig. 92.—Sonda acanalada.

una solución débil de azul de metileno. Cuando existe la comunicación supuesta, la solución coloreada aparece muy pronto en la abertura de la fístula. La administración por vía bucal de una cápsula de 3 centigramos de azul de metileno, da lugar, si existe comunicación con la vejiga o la uretra, a que en pocas horas se colorea de azul. La inyección por el orificio externo de una pasta hecha con una parte de subnitrito de bismuto y dos partes de vaselina, calentada hasta la fluidificación, seguida de una radiografía estereoscópica, es, sin duda, el mejor medio diagnóstico de que podemos disponer en la actualidad. La existencia de trayectos que no se descubren por otros procedimientos, se ponen fácilmente en evidencia y la operación puede quedar perfectamente planeada antes de la intervención.

**Tratamiento.**—Por regla general, el tratamiento de la fístula se realiza más fácilmente con anestesia caudal o raquídea, debido a que, en muchas ocasiones, lo que parecía ser un trayecto fistuloso simple, presenta ramificaciones exten-

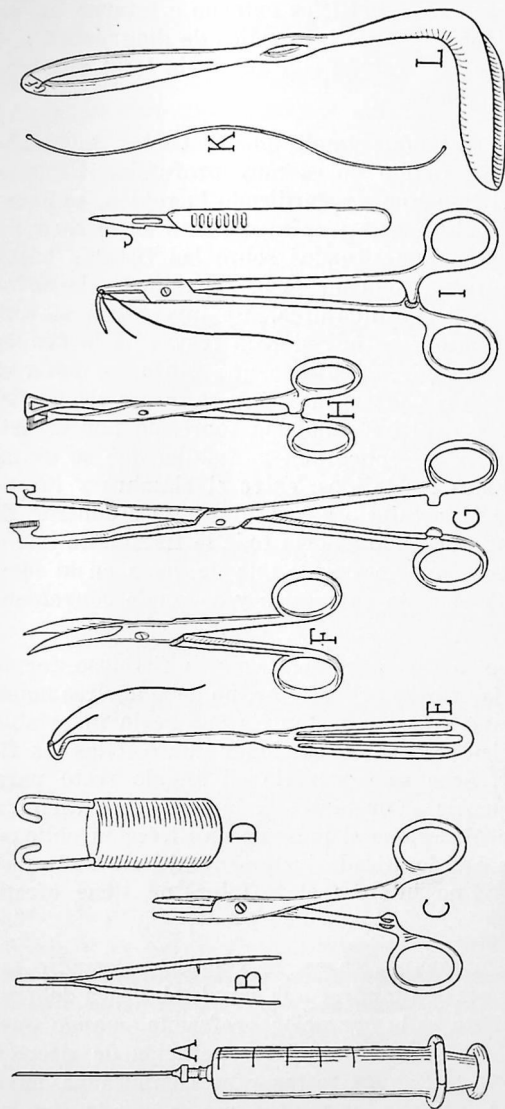


Fig. 93.—Instrumentos usados con mayor frecuencia.

- A. Jeringa de vidrio de 20 centímetros cúbicos, con aguja de 6 centímetros de longitud y calibre 22.
- B. Pinzas para disección.
- C. Pinzas hemostáticas.
- D. Peso.
- E. Portaligaduras.
- F. Tijeras curvas de punta aguda.
- G. Pinzas para hemorroides, del autor.
- H. Pinzas triangulares de Pennington.
- I. Portaagujas pequeño con aguja curva redonda.
- J. Cuchillo Bard-Parker con hoja número 11.
- K. Sonda flexible de alambre de plata.
- L. Separador rectal, del autor.

sas, cuya disección no puede practicarse satisfactoriamente con anestesia local. El caso de una fistula directa simple, de trayecto no tortuoso, cuyos orificios externo e interno hayan sido bien establecidos mediante los medios de diagnóstico antes indicados, puede ser tratada con anestesia local por tres procedimientos diferentes.

INCISION.—La incisión simple puede bastar en algunos casos cuando la fistula no es muy profunda. Después de haber lavado el intestino y esterilizado la región, se anestesía el esfínter, utilizando la técnica descrita en el capítulo IV, inyectando los tejidos situados sobre las fístulas hasta que palidezcan, con una solución de 0.5 por ciento de novocaina, de diotano o de quinina-urea. Se inyecta en el trayecto pasta de bismuto y se introduce a través de la fistula un hilo de plata maleable. Mediante una pinza, se toma el extremo que sale por el orificio interno y se saca a través del ano, enroscándolo con el extremo que sobresale por el orificio externo. Queda así enhebrada la fístula, que se extirpa al seccionar todos los tejidos, entre el alambre y la superficie, mediante un escalpelo pasado de fuera a dentro. El alambre queda libre, dejando abierta toda la fístula. Se introduce cuidadosamente una mecha de tela de goma en la incisión, se aplica una pomada analgésica y se venda convenientemente.

A no ser que la dirección del trayecto fistuloso forme ángulo recto con las fibras del esfínter, no debe abrirse aquel mediante una simple incisión recta. Es una regla invariable que cualquier incisión que deba seccionar una o todas las fibras del esfínter, debe sólo cruzarlo en ángulo recto para evitar la incontinencia. Por tanto, la incisión será dirigida de modo que nunca seccione el músculo en dirección oblicua. Cuando la fistula esté localizada justamente debajo de la piel o de la mucosa y no interese el esfínter, no tiene efecto esta regla.

ESCISION.—En algunos casos, es ventajoso escindir todo el conducto en vez de limitarse a la simple abertura del trayecto fistuloso. Esta es la operación preferible, cuando puede ser realizada fácilmente, y será la operación de elección en todos los casos de fístulas rectas y no complicadas, cuya situación permita infiltrar los tejidos que rodean la fístula. Es preferible utilizar la anestesia caudal. Después de preparar al enfermo como de ordinario, y anestesiar y relajar

los esfínteres, se anestesian los tejidos que rodean la fístula. Se inyecta una solución de novocaína al 0.5 por ciento en la piel, a lo largo de la línea de incisión, hacia el orificio del conducto anal; luego se inyecta más profundamente, en los tejidos circundantes, una solución al 0.5 por ciento de diotano o quinina-urea, teniendo cuidado de que la anestesia se extienda a ambos lados de la fístula. Se introduce un alambre de plata, como se ha descrito anteriormente, y los extremos que salen por el orificio anal se trenzan de modo, que al ejercer una tracción, atraigan el trayecto fistuloso ha-

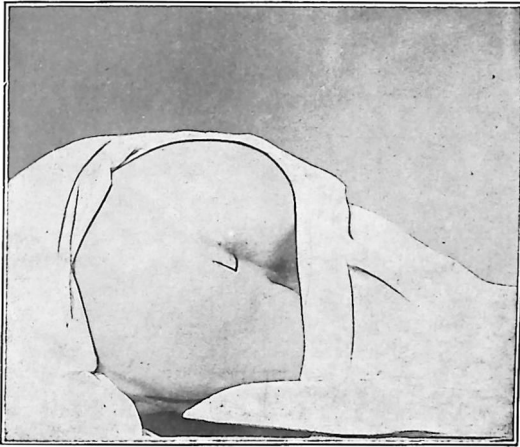


Fig. 94.—Incisión en ángulo recto para fístula anal directa simple. En las fistulas simples, cuando el intestino comunica con el tegumento externo, cruzando oblicuamente el esfínter externo, éste será seccionado en ángulo recto, por el método indicado.

cia el ano. Esta maniobra pone al descubierto todo el trayecto de la fístula. Entonces se incide la piel en toda la longitud de la fístula *hasta* los tejidos infiltrados circundantes, pero no *a través* de ellos. Las incisiones serán practicadas a ambos lados del conducto fistuloso infiltrado, de modo que éste se libere completamente, extirpándolo, sin necesidad de abrirlo, ensartado en el alambre de plata. Como las incisiones son practicadas a los lados del trayecto fistuloso, deben juntarse por debajo, formando una V. Después de extirpar la fístula se coloca en la herida una mecha de tela de goma, se aplica una pomada analgésica y un vendaje.

Tanto en los casos de incisión, como de escisión, los cuidados postoperatorios consisten en curar diariamente la herida y en evitar que el desagüe retarde la rápida granulación, para así conseguir que las superficies cruentas cicatricen gradualmente. Debe prestarse atención especial para evitar que la piel y la mucosa penetren entre los bordes de la inci-



Fig. 95.—Alambre flexible de plata, pasado a través de un fístula, cuyos extremos enroscados forman un lazo que sirve para la tracción.

sión. Cuando el tejido de granulación no progresa en la forma deseada, se aplica diariamente ictiol puro o bálsamo del Perú. La pomada de rojo escarlata al 5 por ciento es también un excelente estimulante y debe aplicarse suavemente a la herida, cada dos o tres días. Es innecesario el empleo de polvos antisépticos. En los casos infectados el lavado con la so-

lución de Carrel-Dakin o con otras soluciones cloradas, acelera la curación.

La defecación debe suspenderse durante dos días, pero a partir de entonces no está contraindicado que se realicen diariamente.

Cuando ha sido necesario incindir el esfínter externo, en parte o enteramente, puede disminuir la regulación voluntaria de los movimientos intestinales. De todos modos, cuando la herida cicatriza se restablece dicha regulación. El paciente se levantará transcurridas 24 horas y puede dedicarse a sus ocupaciones habituales, sin que por ello experimente grandes molestias.

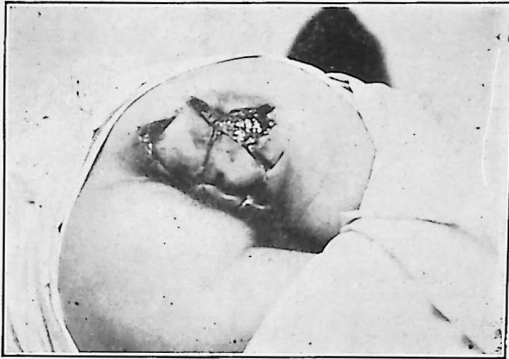


Fig. 96.—Caso grave de fístula perianal con múltiples incisiones practicadas con anestesia local.

**LIGADURA.**—En los pocos casos en que el paciente no quiere someterse a una operación cruenta o cuando existe alguna contraindicación, puede algunas veces obtenerse la curación de una fístula directa simple, mediante una ligadura de goma o de hilo de lino o de seda. No es aconsejable el empleo de la ligadura en todos los casos, pues estoy convencido de que su resultado nunca es tan satisfactorio ni tan seguro, como cuando se emplean las técnicas quirúrgicas antes indicadas, bajo la acción de la anestesia caudal o local. Cuando el paciente prefiere una operación de ligadura, se utiliza la ligadura de goma, como la empleada en la valvotomía rectal, pues es más segura y rápida que la ligadura con lino o seda.

La ligadura se practica del modo siguiente: se enhebra un conductor flexible fino, con el material elegido y se introduce a través de la fistula, de fuera adentro. Se toma con la pinza el extremo que sale a través de la abertura interna del trayecto, que se extrae a través del ano. Cuando la ligadura es de seda o lino, se anuda flojamente, para no constreñir el trayecto, limitándose a rodearlo, y se cortan los cabos. Se forma así un lazo semejante a un sedal. Todos los días este lazo se mueve de un lado a otro, por el mismo pa-

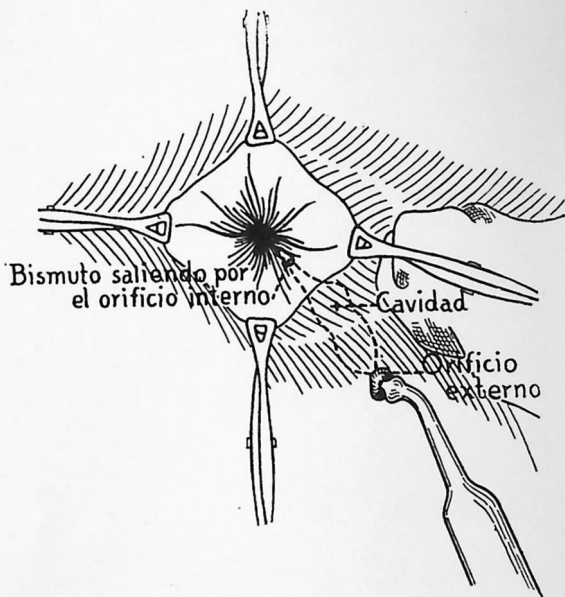


Fig. 97.—Inyección de pasta de bismuto, observándose la forma de la cavidad y la abertura interna en una fistula.

ciente, y gradualmente, en el curso de dos o tres semanas, desgasta las paredes de la fistula que, mientras tanto, cura cicatrizándose por detrás de la ligadura. Sin embargo, en algunos casos este procedimiento no es eficaz.

Cuando se desea una acción más rápida es preferible utilizar la ligadura de goma. Se pasa ésta a través de la fistula, enhebrada en una sonda con ojo, de la misma manera que cuando se trata de ligaduras no elásticas pero cuando se fija por medio un perdigón de plomo perforado, se pone en tensión la ligadura. Sin esta clase de anestesia, se producen

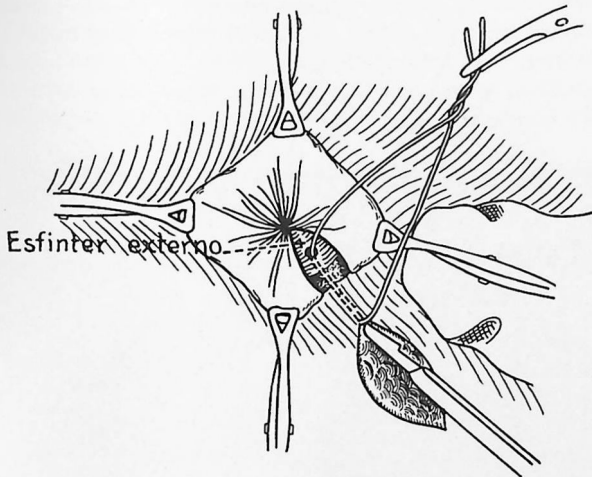


Fig. 98.—Alambre de plata introducido en un trayecto fistuloso con perforación del esfínter. Incisión siguiendo el alambre.

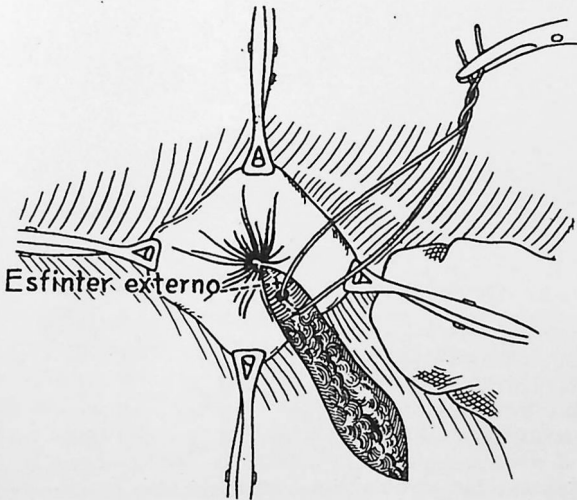


Fig. 99.—Incisión a lo largo del borde inferior del esfínter mostrando éste con el alambre colocado.

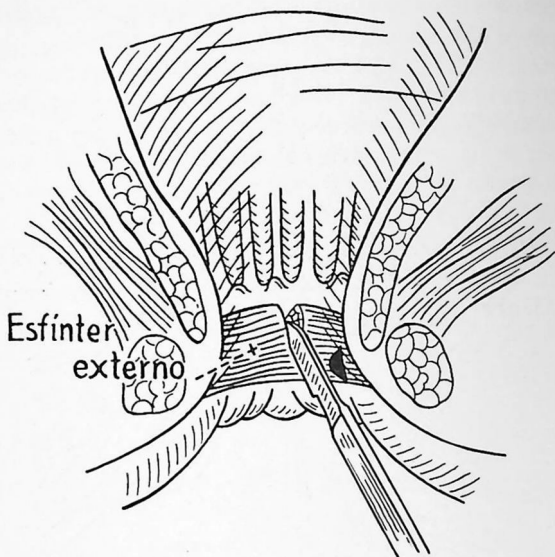


Fig. 100.—Incisión de la mitad superior del esfínter.

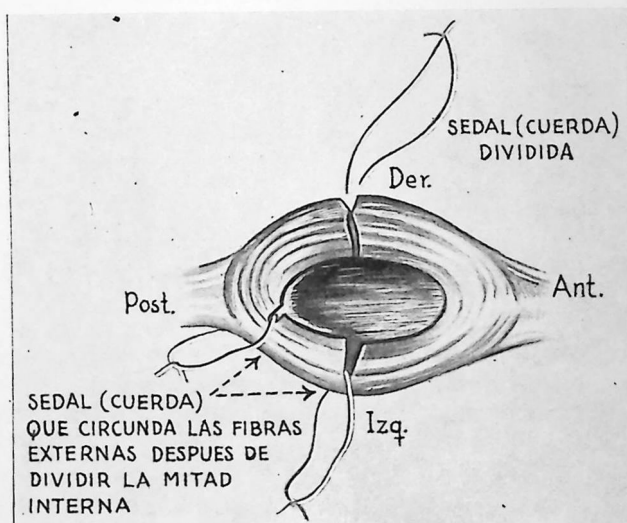


Fig. 101.—Dos períodos de la esfinterectomía. A la izquierda: incisión de la mitad interna del esfínter, mostrando el lazo de conservación alrededor de la parte externa. A la derecha: mitad interna del esfínter curada, y el lazo extraído de la otra mitad.

tales dolores y sufrimientos, que durante las primeras 24 horas es necesario administrar al paciente repetidas dosis de sedantes. Pasado este lapso de tiempo, el dolor o molestia disminuye y la ligadura ejerce su acción en el curso de tres días a una semana. Los sufrimientos originados por el empleo de esta ligadura de goma son mucho más intensos que los producidos por cualquiera de los procedimientos radica-

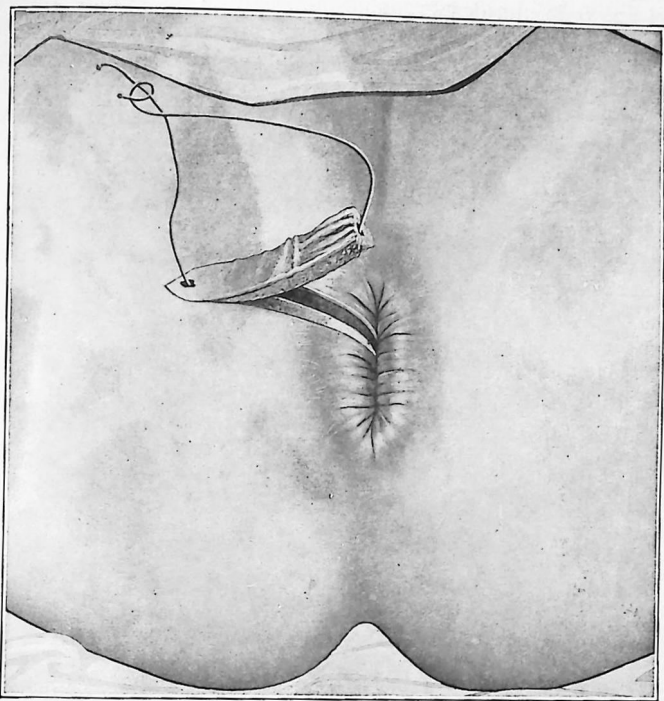


Fig. 102.—Fístula completa directa atravesada por la sonda de plata mostrando la técnica de escisión o fistulectomía.

les antes mencionados y, en conciencia, nunca debe ser recomendado este método, excepto en aquellos casos en que el paciente se haya negado a cualquier otra intervención. Después de pasar el alambre maleable de plata a través de la fístula, se puede poner en tensión el alambre con un perdigón perforado en sus extremos, y actúa lo mismo que la ligadura de goma. Cuando se emplea el alambre, sus extremidades deben ser cortadas a nivel del perdigón.

### Seno externo

El seno externo, es originado por la abertura de un absceso perineal en la superficie cutánea. Se caracteriza por la aparición después de la ruptura o de la incisión de un absceso de esa zona, de una mancha roja o pápula que excreta pus. El paciente se queja de molestia cuando se sienta, de prurito del ano o de una desagradable humedad en la región. La diferencia existente entre el seno externo y la fístula completa se aprecia mediante los métodos de exploración antes men-

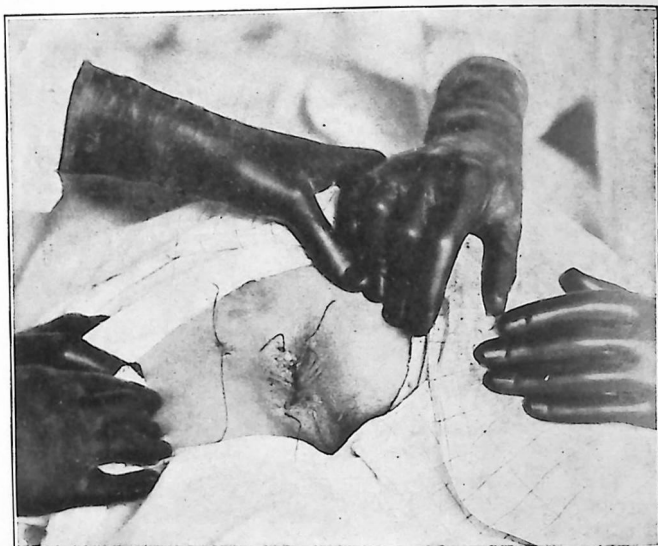


Fig. 103.—Fístulas anorrectales múltiples. Obsérvense las sondas en los orificios.

cionados. En realidad, se trata de un absceso cuya cavidad se ha hecho más o menos pequeña, y que no llega a curar debido a la acción del esfínter que lo mantiene abierto.

**Tratamiento.**—El tratamiento consiste en la incisión con desagüe, o en la escisión de todo el trayecto sinusal. Algunos autores aconsejan convertir el seno externo en una fístula completa y proceder luego del modo correspondiente. No hay ninguna razón que aconseje convertir en una fístula la simple cavidad de un absceso y nosotros proscribimos

tales métodos. No creo que sea necesario cortar nunca el esfínter para lograr la curación de los senos externos.

### Senos internos

Esta variedad de seno se caracteriza por tener su abertura únicamente en el intestino, y se origina por la ruptura de un absceso perirrectal, que encuentra menor resistencia en la dirección del recto. El seno se caracteriza por su comienzo insidioso y obscuro, y muchas veces pasa inadvertido durante largo tiempo.

**Síntomas.**—El síntoma principal es la aparición de secreciones purulentas a través del ano. Se acompaña de ardor o picazón, o de simple molestia en la parte inferior del recto. Cuando la mucosa que rodea el orificio está muy alterada, existe también tendencia a la diarrea. Cuando un paciente se queja de dolor en el recto, que persiste varios días, y se acompaña de sensación de calor y dolor pulsátil con ascenso de la temperatura, y tales síntomas se alivian, más o menos, después de la expulsión de cierta cantidad de pus a través del ano, debe sospecharse en que se trata de la abertura en el recto de un absceso submucoso o perirrectal. La persistencia de la secreción purulenta durante semanas y meses significa la existencia de un seno interno.

**Diagnóstico.**—Estando el paciente en posición lateral se percibe por la exploración digital una zona rugosa de bordes indurados, situada de ordinario en la parte posterior o en las laterales. Al presionar sobre la región que circunda esta abertura, puede producirse una descarga purulenta. Cuando se hace la exploración a través del anoscopio o de un espéculo fenestrado, se observa la abertura, que usualmente se encuentra en la línea dentada y a unos tres centímetros del margen anal. Tiene color rojo obscuro, con bordes ligeramente elevados, y la extensión del seno puede determinarse introduciendo un alambre flexible de plata. Es conveniente doblar el alambre en forma de gancho para determinar la extensión de la cavidad en la dirección del ano, no siendo raro que los abscesos internos, particularmente los de la variedad submucosa, presenten su diámetro máximo dirigido hacia el ano. Los abscesos submucosos son los que preferentemente dan lu-

gar a los senos internos y su trayecto rara vez penetra en la capa muscular del recto.

**Tratamiento.**—Estando el paciente en posición lateral y esterilizadas las partes externas, se anestesia y relaja el esfínter del ano, del modo descrito en el capítulo IV. Se introduce el anoscopio de abertura oblicua, de manera que des-

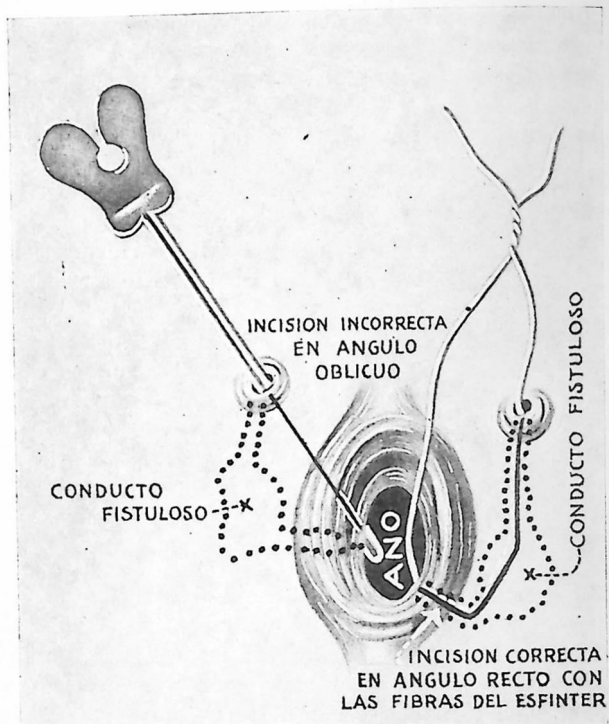


Fig. 104.—Métodos correcto e incorrecto de incidir el esfínter. Esta figura muestra el error que puede cometerse en el empleo de la sonda acanalada en lugar del alambre de plata flexible.

cubra la abertura del seno. Una vez que ha sido determinada su dirección y extensión, se infiltran los tejidos con una solución de novocaína al 0.5 por ciento, seguida de otra inyección de solución de diotano o quinina y urea en la misma proporción. Se introduce una sonda flexible de plata y se abre el seno con un escalpelo de mango largo, con un criptótomo o con las tijeras rectales angulares. Se coloca en la cavidad

del absceso una pequeña torunda de algodón empapada con solución al 2 por ciento del anestésico, dejándola actuar durante dos o tres minutos. Se recortan los bordes de la mucosa suprayacente y se coloca una mecha de tela de goma cuyo extremo sale a través del ano. La extremidad inferior de la abertura debe prolongarse hasta fuera del ano, para favorecer el drenaje. A las 24 horas se quita la mecha, se administra una enema de bicarbonato sódico. La defecación será permitida a partir del tercer día, y las heces se reblandecerán mediante la administración de vaselina líquida. Desde entonces las deposiciones serán diarias. De ordinario, estos casos curan sin mayores atenciones. De todos modos, es conveniente vigilar al enfermo cada dos días, durante una semana, para asegurarse de que la cavidad se halla en franca cicatrización.

### **Senos o trayectos submucosos**

Existe una variedad de seno submucoso que se extiende de ordinario desde el fondo de una cripta de Morgagni, y que Wallis denominó trayecto submucoso. Consiste, simplemente, en un seno submucoso de calibre muy pequeño o de una verdadera cripta intensamente inflamada, pudiendo extenderse el proceso, aunque no siempre, por el interior de los conductos que parten de las criptas. Se produce una descarga purulenta muy irritante y aunque su cantidad es pequeña, es muchas veces responsable de la aparición del prurito anal. En aquellos casos en que se observa la secreción purulenta y no puede encontrarse un orificio interno propio del seno, es aconsejable examinar, con una sonda, las criptas de Morgagni, determinando así la presencia o ausencia de los llamados trayectos submucosos. Cuando existen, se incindirán mediante un escalpelo de punta aguda o un criptótomo, después de realizar la anestesia del modo antes indicado. No requiere cuidados postoperatorios, más que el examen un día sí y el otro no, por tres o cuatro días, para asegurarse de la buena marcha del proceso de cicatrización.

### **Fístulas submucosas o mucocutáneas**

Cripps describió una variedad de fístula muy parecida, al seno o trayecto submucoso, que denominó fístula mucocutánea. Tan sólo difiere de la variedad antes descrita por el hecho de que su comunicación con la superficie tiene lugar

a través de una pequeña abertura situada en uno de los pliegues anales, en lugar de hacerlo en una de las criptas de Morgagni.

El tratamiento de esta variedad es el mismo que el antes descrito y, por tanto, prescindimos de los detalles.

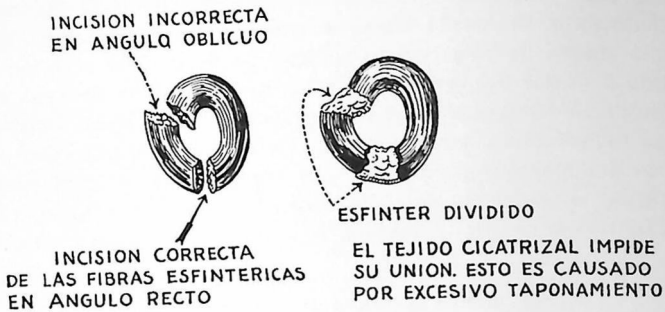


Fig. 105.—Métodos correcto e incorrecto de cortar el esfínter del ano.

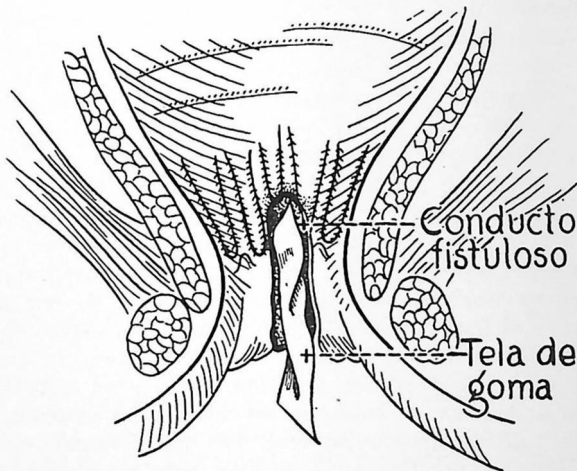


Fig. 106.—Mecha de goma en una herida por fistula.

#### INYECCION DE PASTA DE BISMUTO

El uso de una mezcla de subnitrate de bismuto y vaselina para el diagnóstico y tratamiento de los trayectos fistulosos, senos y abscesos, fué propuesto por primera vez por Emil G. Beck, de Chicago, abriendo así un interesante campo en

el tratamiento no quirúrgico de la fístula anorrectal. La pasta recomendada por Beck, se compone de una parte de subnitrito de bismuto y dos partes de vaselina. La técnica es la siguiente:

Se lava el intestino del paciente y se aseptica, en lo posible, el trayecto fistuloso. Se emplea una jeringa de punta cónica, cubierta de asbesto, que se llena con la mezcla antes dicha, previamente esterilizada, la cual se mantiene a una temperatura que la permita permanecer líquida, pero que pueda ser tolerada por el paciente. El extremo de la jeringa se ajusta a la abertura principal de la fístula, si es que existen varias, y se inyecta lentamente la pasta. Cuando hay una abertura interna de comunicación con el intestino, se introduce el dedo de la otra mano para ocluirlo, evitando así



Fig. 107.—Criptótomo simple, pero eficaz, hecho con un pedazo de hoja de resurar.

que la pasta penetre en el intestino, y facilitando su paso a través de todos los divertículos y trayectos tortuosos. Se observará la misma precaución cuando haya más de un orificio externo comunicante. No se retirará la jeringa hasta que todos los trayectos estén bien llenos, lo que se consigue realizando una débil y continua presión sobre el émbolo. Luego se aplica una gasa y un vendaje en T. Suelen ser suficientes de una a cinco inyecciones, y se aplicarán una o dos por semana. Algunos casos requieren desde dos semanas hasta seis meses para llegar a la curación. Aunque este método no llega a sustituir completamente la cura radical de la fístula por la operación y es más eficaz cuando se trata de senos, puede ensayarse en todos los casos cuando el enfermo rechaza la operación o está contraindicada por algún motivo.

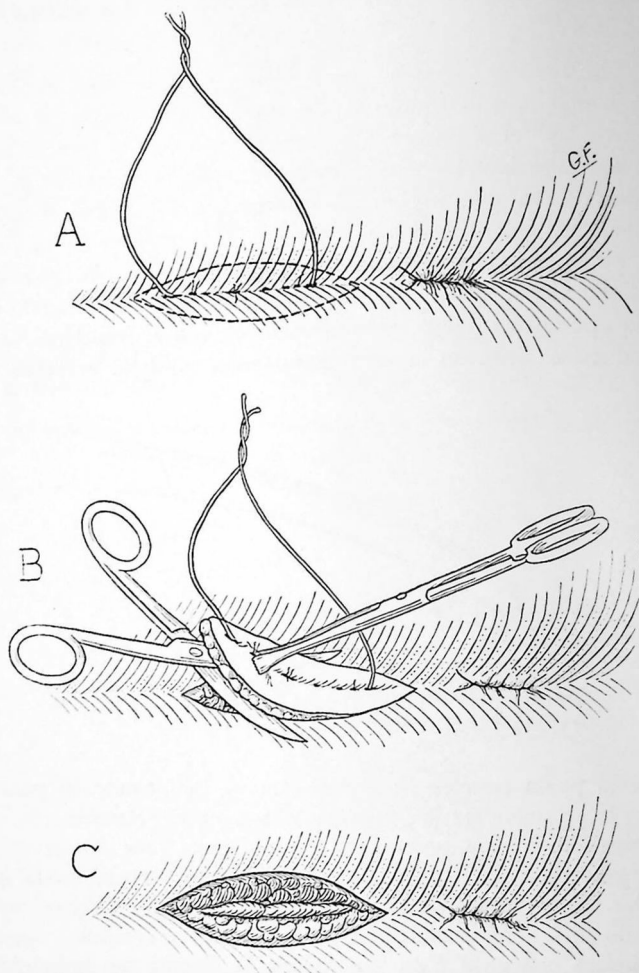


Fig. 108.—Escisión de un quiste pilonidal.

A. Alambre de plata usado para la tracción.

B. Escisión.

C. Herida que queda abierta, a través de la cual se ve el periostio del sacro.

### Fístula anal en los enfermos tuberculosos

El hecho de ocuparnos en este lugar de las fístulas en los enfermos tuberculosos y considerar las variedades que pueden ser tratadas con anestesia caudal o local, se debe a

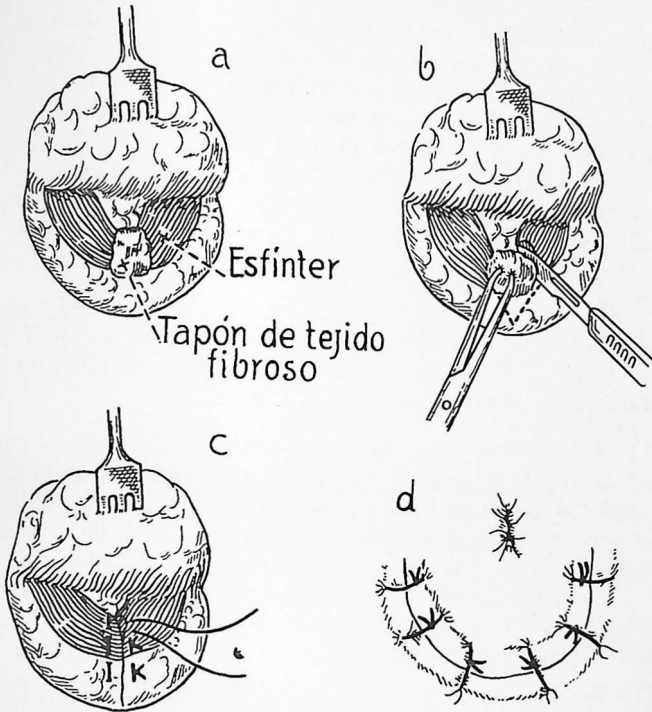


Fig. 109.—Operación plástica para esfínterorrafia.

- A. Separación del colgajo, que muestra el tejido fibroso que separa los extremos del esfínter.
- B. Escisión del tejido fibroso.
- C. Sutura de colchonero que une el esfínter.
- D. Colgajo colocado nuevamente en su lugar.

la circunstancia de que en tales sujetos la anestesia general está poco indicada. La aparente relación entre fístula y tuberculosis es debida a que en los tuberculosos las defensas están disminuídas. Los abscesos en la región anorrectal tienden a la formación de fístulas en los individuos cuyas defen-

sas están por debajo de la normal. En consecuencia, tienen una mayor facilidad para padecer esta clase de procesos los sujetos afectados de enfermedades de tipo consuntivo, y sobre todo, los tuberculosos. El aparato intestinal de los tuberculosos está constantemente infectado por bacilos de Koch, y cuando hay un absceso que comunica con el intestino, encuentran terreno apropiado para localizarse y propagarse. La antigua idea de que la operación de las fístulas tuberculosas ejerce una mala influencia sobre el estado pulmonar de los enfermos, puede descartarse en absoluto. La administración de cloroformo o de éter a menudo irrita y activa los focos pulmonares, y esto es precisamente lo que ha dado lugar a la errónea creencia. Por lo contrario, los síntomas y molestias locales, originados por una fístula, dan lugar a que el paciente esté más irritado, con lo que se dificulta su tratamiento general.

**Síntomas.**—Los síntomas son los de la fístula anal, que han sido descritos anteriormente, y que se acompañan de los síntomas generales propios de la tuberculosis.

**Diagnóstico.**—La sola diferencia que existe entre la fístula común y la complicada con tuberculosis está en la presencia del bacilo de Koch en las excreciones, y en la existencia alrededor de la abertura externa, de tejido de granulación blando, de color rojo y de mal aspecto. Existe también la tendencia a minar la piel de los bordes y a que el vello que rodea el ano sea suave. Menos del 5 por ciento de mis casos fueron del tipo tuberculoso.

**Tratamiento.**—El tratamiento de una fístula tuberculosa es el mismo que el de las diferentes variedades de la fístula común, con la única excepción de que, después de abrir el trayecto, debe cauterizarse con el electrocauterio o emparar sus paredes con ácido láctico puro o ácido acético glacial. Dada la peculiar acción del yodo contra los bacilos tuberculosos se usa mucho el yodoformo o la gasa yodada. Se prescribirá la vida al aire libre, así como los tratamientos generales indicados en esta clase de enfermos.

La inyección de pasta de bismuto puede ser beneficiosa en algunos de estos casos y se ensayará particularmente en aquellos enfermos en que exista alguna contraindicación para la intervención quirúrgica.

## CAPITULO XII

### HEMORROIDES

La hemorroide, que es la más común de las enfermedades anorrectales, es también la que más frecuentemente es tratada por el propio paciente. Para ninguna otra afección se ofrecen más curas y remedios ilícitos, o se venden más específicos. Muchos individuos inteligentes, que jamás asisten a la consulta de médicos ilegales cuando se trata de cualquiera otra enfermedad, acuden a los llamados "especialistas en almorranas", debido a que suponen que los médicos prestan poca atención a las enfermedades rectales, siendo asombroso lo extendida que está esta creencia.

Existen varias razones para ello. Tales son: la escasa instrucción que recibe el estudiante de medicina por lo que se refiere a las enfermedades rectales, que se consideran como un incidente en la práctica de la cirugía general; la repugnancia que experimentan la mayor parte de los médicos generales cuando se trata de un caso que exige la exploración del recto; la rapidez con que se hacen tales exámenes; la aversión que tienen de ordinario tales médicos para practicar tratamientos locales de la región anorrectal; su falta de habilidad para establecer un diagnóstico exacto; en fin, el tratamiento superficial que se prescribe a los enfermos, dado el afán del médico de salir del paso y deshacerse de un enfermo cuyo tratamiento le es desagradable. Todas estas causas son las responsables de la situación secundaria que ocupan en la patología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades rectales.

El profesional debe estimar que el ano y el recto constituyen órganos particulares que requieren tratamientos médicos y quirúrgicos especializados, y la proctología está tan justificada como pueden estarlo las especialidades de ojos, oídos, nariz y los órganos génitourinarios. Los conocimientos del cirujano general son escasos e ignora el tratamiento médico de estos órganos; en cambio, el médico general no suele disponer de un instrumental adecuado para los tratamientos correspondientes. Así, ha surgido el proctólogo, que, dedica-



Fig. 110.—Hemorroides internaexternas.

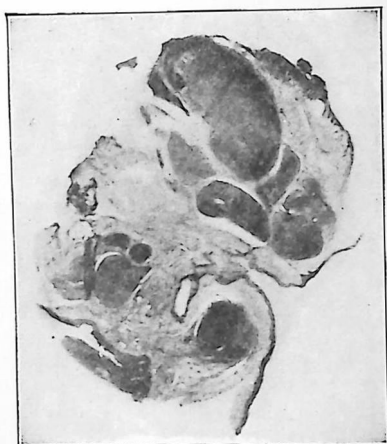


Fig. 111.—Corte de una hemorroide internaexterna. (Microfotografía, 4.) En el lado superior derecho de la figura, la mitad superior está cubierta de mucosa y la mitad inferior de piel; entre ambas existe un surco que corresponde a la línea pectinada. La parte superior izquierda es, pues, una hemorroide interna, la inferior una hemorroide externa. La estructura interior de ambas porciones es prácticamente idéntica al tejido areolar laxo con venas trombosadas dilatadas.

do especialmente al estudio de esta región del cuerpo, es capaz de aplicar los métodos quirúrgicos o médicos, y a menudo ambos, que el caso requiera. Atraída su atención hacia la especialidad, los tratamientos quirúrgicos que emplea son siempre del tipo conservador; conoce que los tejidos deben ser destruidos lo menos posible; que los cuidados postoperatorios inteligentes aseguran el restablecimiento de la normalidad, y que no se trata tan sólo de "cortar una fístula o de ligar una almorrana".

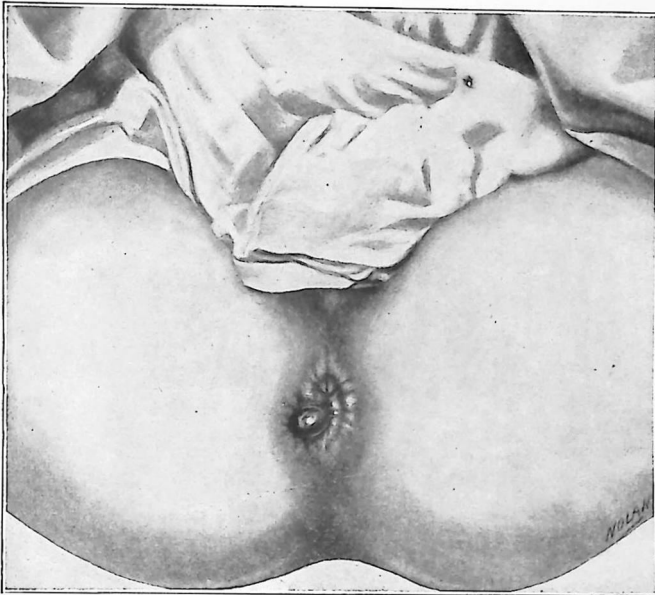


Fig. 112.—Hemorroide aguda externa trombosada.

Los "especialistas en enfermedades rectales" y los "sanatorios", en los que se hace una llamada directa al público, auxiliada por ilustraciones llamativas, etc., se han extendido por todos los países, se promete al enfermo que su enfermedad rectal será curada "sin internamiento en el hospital, sin necesidad de suspender sus actividades, y sin usar el cloriformo ni emplear bisturíes ni cauterios". Como es natural, esto constituye una atractiva llamada para los pacientes tímidos que padecen dolores o molestias originadas por enfer-

medades anorrectales. Un gran número de individuos des-  
cuida su tratamiento debido al invencible horror a los hospi-  
tales y a los anestésicos generales. Por fortuna, gracias al  
uso general de los anestésicos no hipnóticos y a la aplicación  
científica de tratamientos quirúrgicos que no exigen el enca-  
mamiento, es posible vencer la resistencia de los pacientes,  
haciéndoles saber que es innecesaria la hospitalización, no  
siendo tampoco precisa la anestesia general.

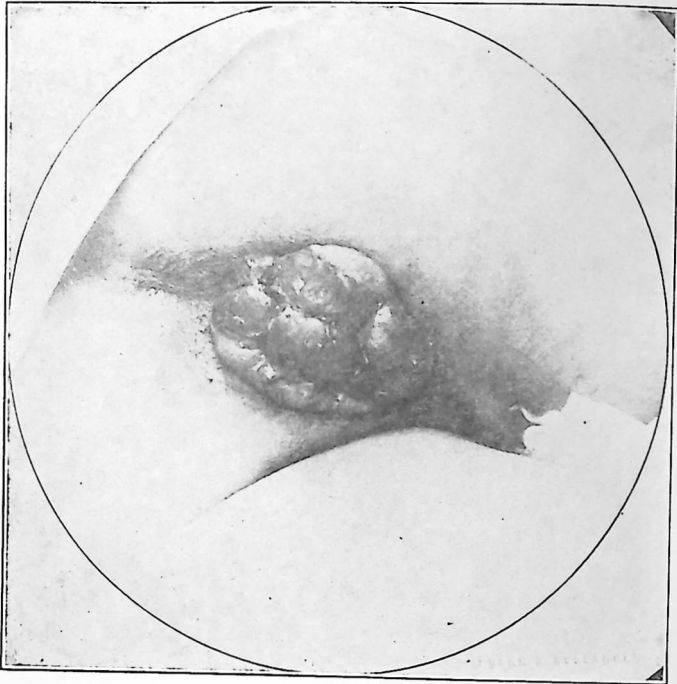


Fig. 113.—Raro caso de hemorroides externainternas  
agudas trombosadas.

Un buen número de médicos generales, sin ser proctólo-  
gos, son capaces de tratar algunas enfermedades anorrectales  
llenando indicaciones prácticas elementales y conociendo los  
medios terapéuticos que pueden emplearse.

El tratamiento de las hemorroides por los médicos, ha  
caído ya dentro de estas líneas generales que hemos expuesto.  
Las técnicas han sido simplificadas y los resultados obteni-  
dos son muy satisfactorios.

### Variedades

Las hemorroides son tumores o tumefacciones producidas por alteraciones patológicas de las venas del ano y del recto, que se acompañan de una infiltración, más o menos marcada, de los tejidos circundantes, y de una hipertrofia de la piel del ano. Según su localización, se clasifican de ordinario en tres variedades: *externas*, *internas* y *externainternas*. Las *externas* son las que se encuentran fuera de la región esfinteriana y están cubiertas por el tegumento; las *internas* están tapizadas por membrana mucosa y deben con-

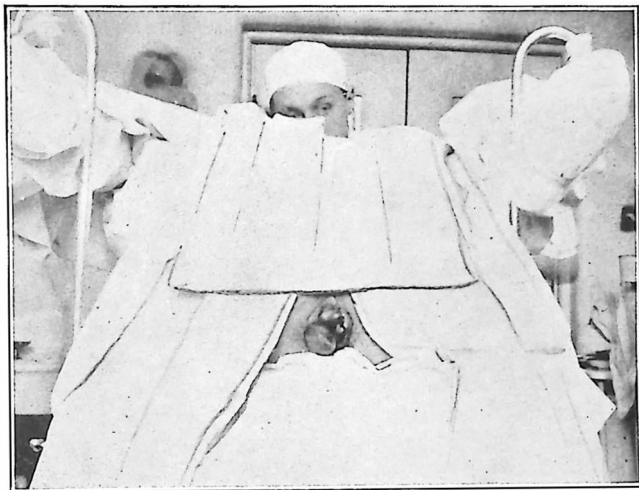


Fig. 114.—Hemorroides trombóticas agudas de volumen poco frecuente.

siderarse como tales lo mismo cuando están en el intestino que cuando se prolapsan. Las hemorroides internas cuando están prolapsadas y permanecen así, pueden parecer externas, pero se diferencian por estar cubiertas por la mucosa. La variedad *externainterna* es una combinación de las dos anteriores, estando cubiertas por mucosa y piel. Las externas se dividen, a su vez, en trombóticas, tegumentarias y varicosas.

Las trombóticas o "hemorrágicas" suelen aparecer repentinamente, son redondeadas, su tamaño varía entre el de un guisante y el de una uva grande; su color es azulado o

purpúreo y a menudo son muy dolorosas. Los pacientes creen que son más voluminosas de lo que en realidad son, y se caracterizan por su aparición repentina. La variedad tegumentaria cutánea es un saco o bolsa de piel espesada que alberga los restos de una antigua hemorroide aguda trombótica que se ha reabsorbido. La variedad varicosa consiste en una colección de pequeñas venas varicosas cubiertas de piel y situadas dentro o fuera del ano.

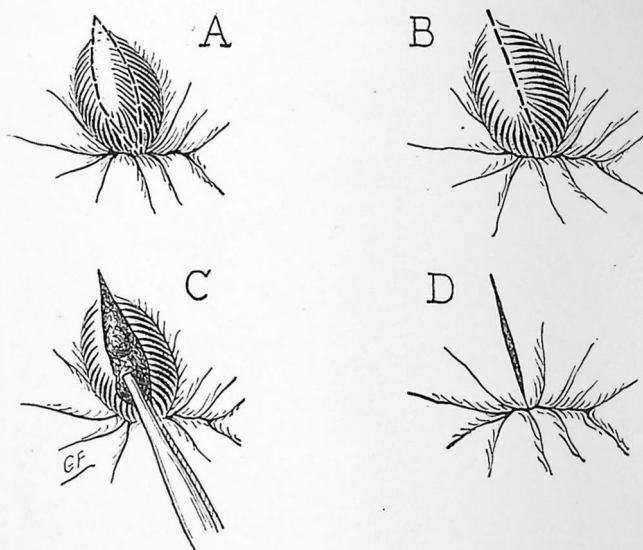


Fig. 115.—Hemorroides trombosadas externas.

- A. Escisión elíptica de la piel que cubre la hemorroide.
- B. Incisión de la piel que cubre la hemorroide.
- C. Extracción del coágulo.
- D. Incisión después de la extracción del coágulo.

La variedad interna se divide en capilar o granulosa, y varicosa. Las hemorroides capilares no necesitan aparecer como un tumor, sino simplemente como un área circunscrita, enrojecida, que puede sangrar cuando se tocan. Cuando existe una tumefacción, se asemejan a una frambuesa. Su color es más brillante que la variedad varicosa y sangran más fácilmente. Las hemorroides internas varicosas son originadas por una varicosidad de las venas del plexo hemorroidal

superior, y las venas varicosas, en unión de los tejidos infiltrados circundantes, forman de ordinario tumores redondeados triples de variado tamaño. Uno de ellos está situado en el lado izquierdo del conducto anal y los otros dos en el derecho. Pueden existir también otros tumores secundarios más pequeños localizados entre los anteriores, pero la situación de las tres principales masas hemorroidales es constante. Las hemorroides internas pueden también dividirse en pedunculadas y sésiles, y todas ellas pueden prolaparsarse.

### Causas

Las hemorroides se atribuyen a una gran variedad de causas. La principal causa predisponente es la posición erecta del hombre, que da lugar a que se estacione la columna de sangre de las venas de la parte inferior del recto y del ano, dado que están desprovistas de válvulas. Cualquiera causa que aumente el peso de la columna sanguínea, o que facilite la presión sobre las paredes de las venas, da lugar a su dilatación. El estreñimiento es una causa de hemorroides. Las heces duras y gruesas, al pasar a través del recto, empujan la sangre hacia él y comprimen las venas, dando lugar a un aumento de presión del plexo hemorroidal, en el conducto anal. Sin embargo, una causa más frecuente es el esfuerzo por aliviar el estreñimiento mediante purgantes; el excesivo esfuerzo que hace el paciente al pujar y las heces líquidas constituyen un factor causal más importante que el estreñimiento mismo. El exceso de alimentación y la falta de ejercicio, los excesos del alcohol o cualquiera otra causa que produzca una congestión de la circulación porta, son factores importantes en el origen de la enfermedad. La profesión del enfermo tiene mucha importancia en la etiología: los individuos que tienen que estar en pie continuamente, como trabajadores del campo, policías, carteros, etc., etc., están especialmente predispuestos. Los hombres son tratados con más frecuencia que las mujeres, no porque estén más predispuestos a las hemorroides, sino porque algunas mujeres son sometidas a tratamientos ginecológicos, que curan o alivian las hemorroides. Algunas mujeres que sufren hemorroides de-

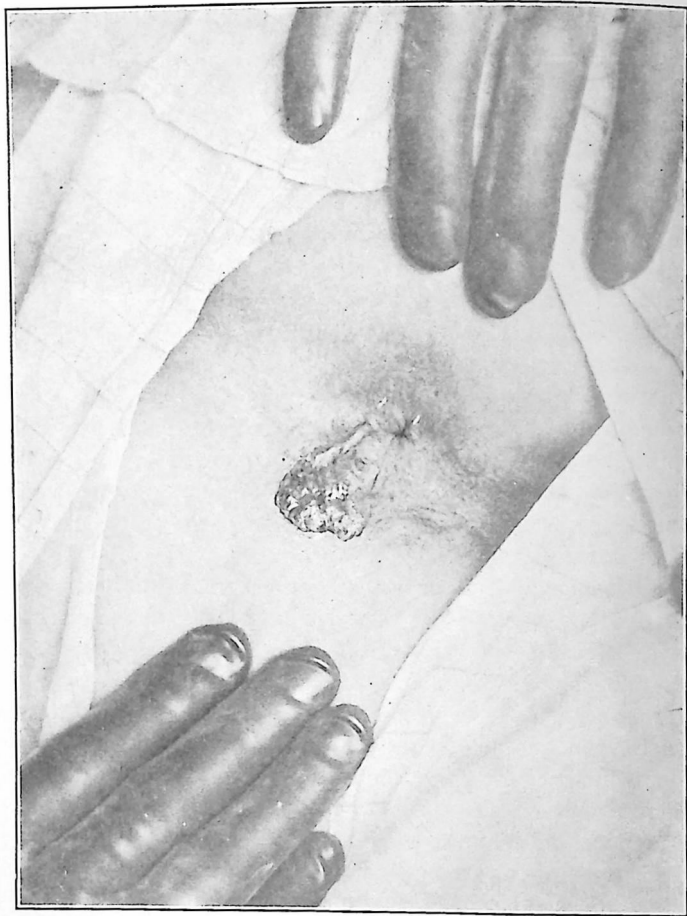


Fig. 116.—Condilomas de origen específico muchas veces diagnosticado erróneamente como hemorroides externas.

bidas a la presión del útero grávido, curan espontáneamente después del parto.

En nuestra opinión, sin embargo, la causa más común es el abuso de los purgantes.

### Síntomas

Los tres principales síntomas que se presentan en las hemorroides internas son: la hemorragia, el dolor y el prolapso por el ano.

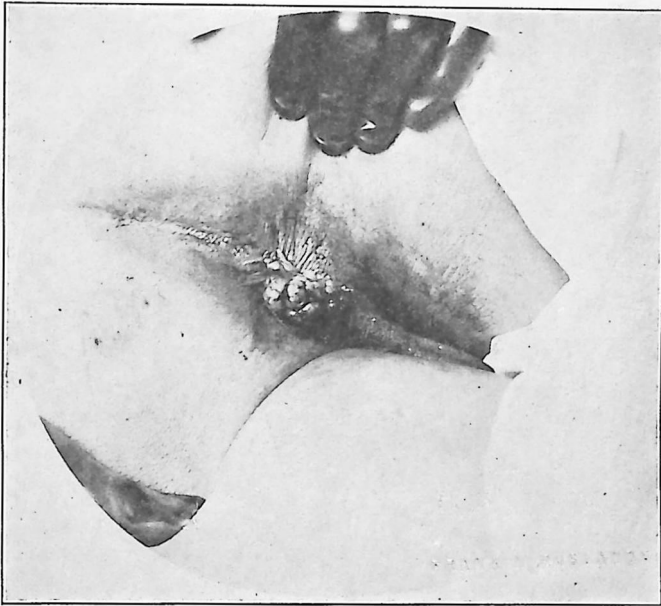


Fig. 117.—Condiloma no específico del ano.

**Hemorragia.**—La hemorragia tiene especial interés. Algunos pacientes que sufren de hemorroides, rara vez o nunca padecen hemorragia; en estos casos la mucosa que cubre la hemorroide es gruesa y no se traumatiza fácilmente, y las hemorroides puedan propulsarse sin hemorragia, o ser ésta muy escasa, reduciéndose a algunas gotas que manchan el papel higiénico después de la defecación. En otros casos son muy profusas, pudiendo perderse gran cantidad de sangre en cada deposición, dando lugar a profundas anemias. De

paso debe mencionarse que es extraordinariamente importante averiguar en todos los casos de anemia, si el paciente sufre de hemorroides. No es raro que la hemorragia rectal sea la causa de su enfermedad y, en estos casos, la extirpación o el tratamiento de la lesión rectal restablece rápidamente el número de glóbulos rojos. En ocasiones puede ser observada una típica hemorragia arterial que parte del centro de la masa hemorroidal.

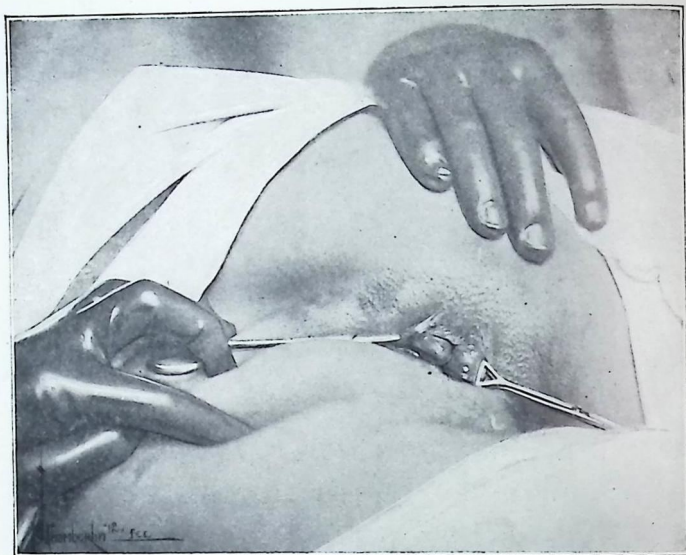
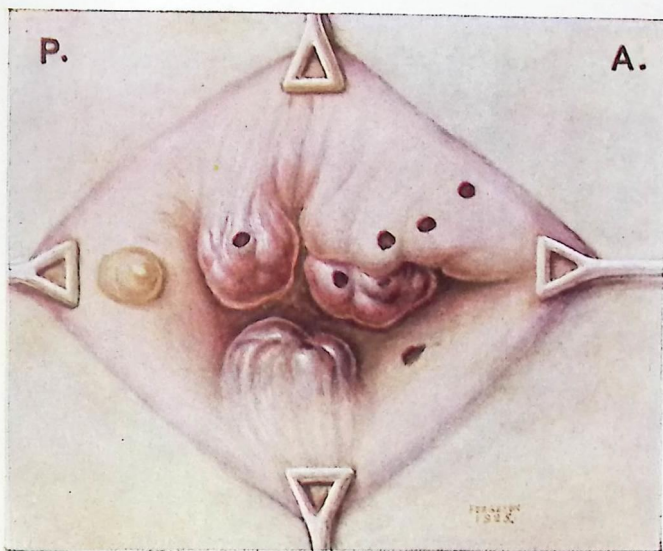


Fig. 118.—Hemorroides internas prolapsadas en las comisuras anterior y posterior.

Antes de continuar exponiendo cuanto se refiere a las hemorragias producidas por las hemorroides, debemos hacer notar que hay que ser cauto antes de *establecer el diagnóstico de hemorroides, teniendo tan sólo en cuenta la hemorragia rectal*. Muchos pobres enfermos afectados de un tumor maligno incipiente, han sido descuidados en su enfermedad debido al diagnóstico erróneo de hemorroides, basado en la presencia de la hemorragia. No importa cuál sea la edad del paciente, ni si hay o no dolor; el síntoma hemorragia no es suficiente para contentarse con el diagnóstico de hemorroi-



LAMINA V.

Hemorroides prolapsadas internas y trombosadas externas agudas. Obsérvense las ulceraciones de la mucosa y del tegumento a través de las cuales se ven los trombos. En la comisura posterior se encuentra un gran quiste sebáceo.



des y es necesario observar la lesión y no establecer el diagnóstico hasta que, mediante un examen proctosigmoidoscópico completo, podamos tener la seguridad de que no se trata de una neoplasia en su comienzo.

No es mi intención en esta obra citar casos, pero conozco muchos en los cuales el diagnóstico del proceso maligno se hizo demasiado tarde para salvar la vida de los pacientes, debido a que durante meses habían sido considerados como casos de hemorroides y no se había hecho un examen rectal. También la fisura anal puede ser diagnosticada como hemo-

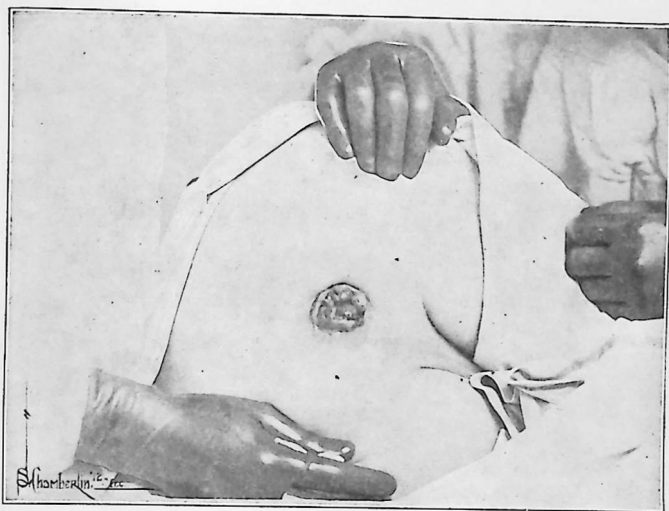


Fig. 119.—Hemorroides internas prolapsadas. Un buen caso para anestesia local.

roide, basándose tan sólo en la aparición de sangre después de las deposiciones.

**Dolor.**—El dolor de las hemorroides internas es un tanto característico, pero no patognomómico. Es más bien un dolor sordo, que se acompaña de una sensación de llenura, con o sin latidos. Rara vez es de tipo agudo. El paciente puede quejarse de una sensación constante de peso y de molestia en el recto y en la región sacra, y de ordinario se encuentra deprimido mentalmente. Hay pacientes que no tienen dolor.

El dolor que acompaña a las hemorroides trombóticas agudas es repentino, de carácter lancinante, y se asocia con la presencia de tumor. El dolor pronto se hace intenso, pulsátil, se calma con la incisión de la hemorroide y la extracción del coágulo. Las restantes variedades de hemorroides externas no se acompañan de dolor, a no ser que estén inflamadas, pero pueden presentarse con intenso prurito.

**Prolapso.**—En los casos de hemorroides internas que se prolapsan (Lámina V), el prolapso es al principio escaso, y

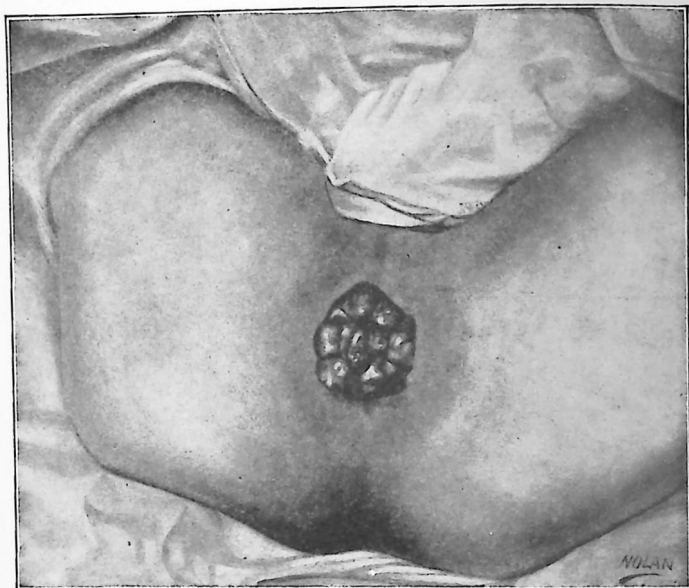


Fig. 120.—Hemorroides internas prolapsadas. Esta figura muestra hasta qué punto pueden prolapsarse las hemorroides internas.

aumenta gradualmente con el tiempo. En sus comienzos las hemorroides prolapsadas pueden ser reducidas fácilmente por el enfermo después de la defecación, pero pasado algún tiempo, el estado se agrava y las hemorroides no sólo se prolapsan durante la defecación, sino hasta cuando el paciente está en pie o pasea. Finalmente, permanecen fuera del ano y tan sólo pueden reducirse, cuando el paciente está en cama o en la posición genupectoral, y aun cuando se recurre a ciertos artificios, para contenerlas y vuelven a salirse en

cuanto el sujeto se coloca en posición vertical e inicia la marcha.

### Diagnóstico

No es superfluo dedicar mucho espacio al diagnóstico de las hemorroides, ya que se reconocen con gran facilidad; con todo, un diagnóstico falso puede tener, como ya hemos dicho, consecuencias muy graves y, por tanto, no es por demás insistir sobre este punto.

En primer lugar, al paciente común que consulta al médico sospechando hemorroides u otra afección rectal, se le

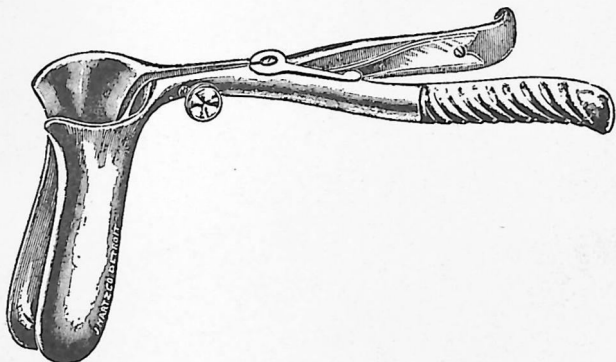


Fig. 121.—Espéculo rectal bivalvo. Este instrumento, antes muy usado para la exploración rectal, debe ser proscrito, según la opinión del autor, en las técnicas modernas de exploración. Tan sólo puede utilizarse en el momento de la intervención y cuando el paciente está sometido a la anestesia general.

invita a menudo a colocarse en posición para efectuar un "examen rectal", y el médico introduce el dedo índice en el recto, hasta donde el paciente lo permita, y eso es todo; o toma un espéculo bivalvo y si logra introducirlo suficientemente, procede a la dilatación. Por lo común antes de completar el examen, el paciente abandona la mesa de examen y rechaza otra tentativa de examen, y a esto se reduce generalmente el examen rectal. Así aconteció con los reclutas durante nuestra movilización en la Guerra Mundial, con 4 millones de hombres. Millares de camas en los hospitales militares de ultramar fueron ocupadas por enfermos con pro-

cesos rectales que hubieran podido ser diagnosticados en sus casas y en los campos de instrucción, de haber recurrido a los métodos de diagnóstico moderno.

Ahora, una exploración completa (Capítulo III) no sólo del recto, sino también de la parte inferior de la cavidad sigmoidea, puede ser realizada prácticamente sin dolor y sin recurrir al espéculo dilatador. Se usan los proctoscopios cilíndricos de diversa longitud y, a través de ellos, puede ser perfectamente examinada la cavidad sigmoidea inferior, obteniéndose resultados completamente satisfactorios.

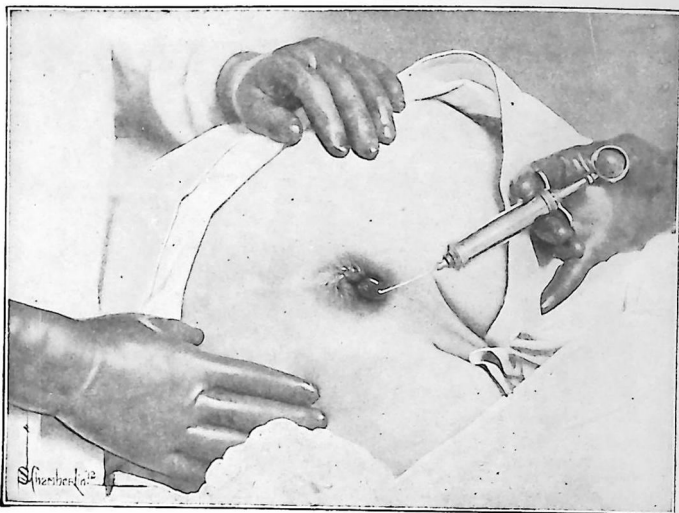


Fig. 122.—Inyección de solución anestésica en una hemorroide prolapada, mostrando la distensión necesaria para la anestesia.

Al realizar la exploración de los casos de hemorroides, el enfermo se colocará en la posición lateral de Sims, derecha o izquierda, según la preferencia del médico. Se introduce una varilla con algodón empapado con solución de diotano o nupercaína, o con una pomada analgésica, dejando actuar estos medicamentos durante 4 ó 5 minutos. En la mayor parte de los casos esta anestesia es suficiente para poder realizar el examen prácticamente sin dolor. Con el dedo protegido por un guante de goma o por un dedal, bien lubricado, se procede del modo siguiente:

Después de realizar una cuidadosa inspección del ano y de los tejidos circundantes, se introduce la extremidad del dedo pequeño o del índice a través del ano, ordenando al enfermo que puje como si tratara de expulsar el dedo. Siempre debe introducirse al principio el dedo meñique, pues causa menos molestia cuando nos hallamos en presencia de una lesión aguda, sensible y dolorosa.

La exploración digital con el índice se realiza más tarde. La superficie palmar del dedo debe mirar hacia la comisura posterior del ano. Se introduce lentamente el dedo hasta que se halle en la parte inferior de la cavidad rectal; luego se gira con suavidad de un lado a otro para darse cuenta de las posibles alteraciones. Cuando se retira el dedo explorador, se hace lentamente, tratando de observar la ausencia o presencia de tumoraciones, depresiones y de todas aquellas alteraciones que se aparten de la sensación aterciopelada que produce el conducto anal. Se debe siempre tener en cuenta que no hay que hacer una exploración demasiado profunda. Dichas alteraciones llegan a encontrarse introduciendo el dedo tan sólo a 5 ó 6 centímetros de profundidad y en esta pequeña área es posible descubrir un buen número de procesos. Hay que recordar que, hasta hemorroides de volumen considerable, pueden no ser encontradas al hacer la exploración digital, debido a que la presión vacía la sangre, con lo que la lesión hemorroidal pasa inadvertida. Con todo, quien sea suficientemente experto, puede descubrir la presencia de estas elevaciones blandas y de los surcos que se encuentran entre ellas.

Cuando las hemorroides se acompañan de fisuras dolorosas, puede ser imposible introducir el dedo, de no emplear la anestesia local, cuya técnica ha sido descrita en el capítulo IV. Una vez terminada la exploración digital, se introduce el anoscopio, se quita el obturador y se ordena al paciente que puje. Con esto las hemorroides se prolapsan dentro del instrumento y pueden ser examinadas sin dificultad. Cuando el paciente asume la posición en cuclillas y hace un esfuerzo, las hemorroides también se prolapsan. Luego se introduce el proctoscopio y después de éste, el sigmoidoscopio. Sin embargo, para introducir el proctoscopio debe emplearse la posición genuacromial. En esta posición la cavidad rectal se dilata por la presión del aire atmosférico. Los pliegues y arrugas pueden observarse fácilmente, obteniéndose un completo examen de la mucosa que tapiza al recto. Se determina

el tamaño y el estado de las válvulas rectales y la presencia o ausencia de úlceras de la pared rectal. El sigmoidoscopio se introduce estando el enfermo en la posición indicada o en la posición invertida. El colon sigmoideo o pelviano se observa en la posición invertida mejor que en la posición genua-cromial y, por tanto, debe utilizarse en todos los casos. Hasta el sigmoidoscopio neumático se emplea con mejor resultado en esta posición, debido a que los órganos pelvianos se separan del intestino y permiten su dilatación.

De esta manera puede explorarse satisfactoriamente toda la región, sin recurrir a instrumentos que dilaten el esfínter,

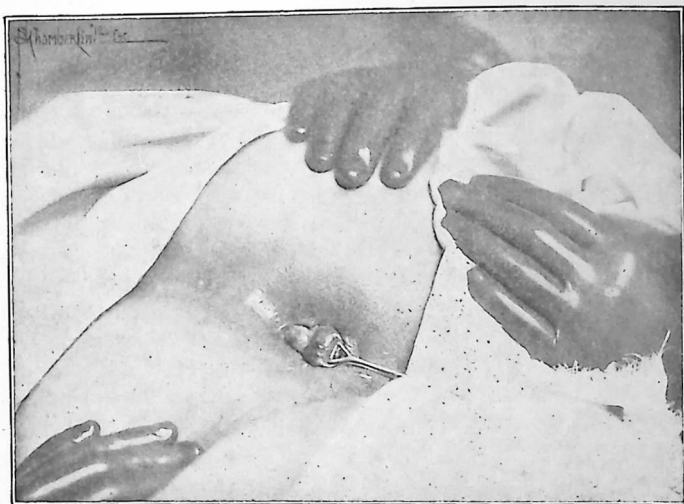


Fig. 123.—Una hemorroide internaexterna prolapsada en la comisura anterior y anestesiada para su extirpación.

en grado mayor de lo que pueda hacerlo la base del dedo índice. No es necesaria la relajación del esfínter, y el enfermo no experimenta dolor alguno. Como es natural durante la exploración puede ser necesario limpiar, irrigar o aspirar los líquidos del recto y la flexura sigmoidea, todo lo cual puede ser fácilmente hecho a través de los instrumentos mencionados.

Al hablar del diagnóstico diferencial entre las hemorroides y los otros estados patológicos que pueden dar lugar a confusión, mencionaremos, en primer lugar, la fisura.

**FISURA.**—Las fisuras anales que pueden acompañar a las hemorroides, suelen ser únicas. El dolor de la fisura es casi patognomónico, pues es agudo, cortante, intensificándose durante el paso de las heces. Permanece muchas veces durante varias horas después de la deposición y suele acompañarse de tenesmo y espasmo del esfínter. Las hemorragias de las fisuras se presentan durante o después de la deposición. Pueden consistir en una veta hemorrágica sobre las heces o en algunas gotas de sangre que siguen a la deposición y que manchan el papel higiénico. La presencia de fisuras es causa de que el enfermo demore lo más posible el momento de la defecación, y cuando tiene que defecar, las masas fecales duras provocan más dolor y molestias que antes. La exploración digital revela una fisura rodeada de tejido más o menos indurado, que está localizada, muchas veces, en la comisura posterior o en los lados derecho e izquierdo de los cuadrantes pósterolaterales.

**ÚLCERA.**—La úlcera del recto puede ser erróneamente diagnosticada como hemorroide, basándose en las hemorragias más o menos grandes que se asocian. Sin embargo, la úlcera suele acompañarse de diarrea y la inspección ocular, realizada después de un interrogatorio que nos informa de la presencia de sangre en las heces, nos permite establecer rápidamente el diagnóstico. Lo mismo puede decirse de las proctitis. La mucosa rectal, intensamente congestionada e inyectada, puede sangrar al defecar, pero cuando el médico concienzudo examina meticulosamente todos los pacientes que presentan sangre en las heces puede descubrir muchas otras fuentes de hemorragias y establecer el diagnóstico correcto.

**CANCER.**—Como es natural, lo primero en que debe pensarse cuando se presenta el síntoma hemorragia es la posibilidad de un cáncer. Pueden presentarse neoplasias muy avanzadas en sujetos que ofrecen el aspecto de perfecta salud. Cuando un paciente, cualquiera que sea su edad, incluso cuando se trata de un niño, aunque con más frecuencia después de los 40 años, presenta una historia de hemorragias rectales, que ha sido precedida de trastornos digestivos más o menos marcados, incluso diarreas alternadas con estreñimiento, que se prolongan varias semanas, con formación de considerable cantidad de gases, debe sospecharse en que se trata de un tumor maligno, a pesar de que no exista caque-

zia ni pérdida de peso. Cuando la sangre es de color oscuro, de aspecto alquitranado o como borra de café, la localización del cáncer es más alta. Si la sangre es fresca, color rojo brillante, se coagula después de la deposición y tiene olor nauseabundo (un olor que es casi patognomónico), debe pensarse en que se trata de un cáncer incipiente del recto o de la flexura sigmoidea. Cuando se tiene en cuenta que el 50 por ciento de todos los cánceres asientan en el aparato gastrointestinal y que el 16 por ciento de todos los cánceres del aparato digestivo se localizan en el recto y en la flexura sig-

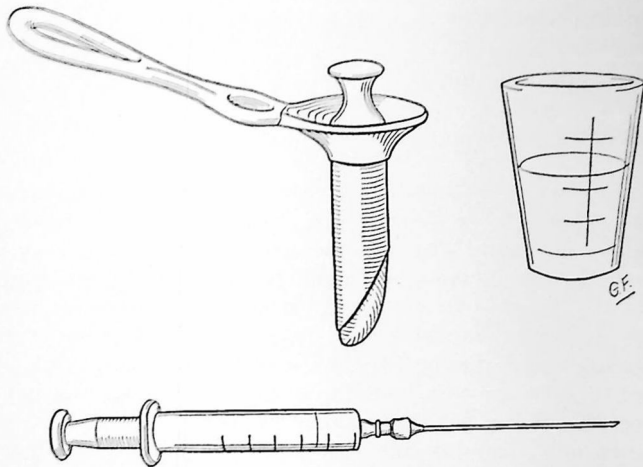


Fig. 124.—Anoscopio, jeringa y vaso para el tratamiento por inyecciones.

moidea, podrá comprenderse la gran importancia que tiene examinar cuidadosamente a todos los enfermos que presentan el síntoma de hemorragia rectal.

**PROLAPSOS.**—Diversos tipos de prolapsos pueden ser diagnosticados erróneamente como hemorroides. Los pólipos, que se presentan en cualquier edad, pero con mayor frecuencia en la infancia, se prolapsan en el momento de la defecación. Son más duros, más fibrosos que las hemorroides y cuando se reducen con el dedo y penetran en el recto, producen una sensación resbaladiza que es un tanto característica de estas lesiones. El examen anoscópico muestra que se tra-

ta de un tumor fibroso, duro, redondeado, unido por un pedículo, que tiene un asiento más elevado en la cavidad rectal que las hemorroides. Las papilas anales engrosadas se diagnostican a veces como hemorroides fibrosas. Sin embargo, las papilas engrosadas son pequeñas, casi siempre triangulares, algunas veces alargadas en forma de cinta, de color rosado y no contienen venas varicosas. Su punta por lo común se dirige hacia abajo y están unidas por su base o porción más ancha. Las papilas anales están situadas en la unión del ano y del recto, en los bordes inferiores de las criptas de Morgagni.

Los condilomas pueden ser diagnosticados erróneamente como hemorroides externas tegumentarias, pero la inspección cuidadosa y los antecedentes de enfermedades venéreas, permiten imponer el diagnóstico. En ocasiones, el prolapso de un absceso anal o perianal puede simular las hemorroides internas inflamadas. Sin embargo, introduciendo un dedo en el recto y colocando la otra mano sobre la masa, puede determinarse el lugar de la cavidad del absceso, encontrándose muchas veces fluctuación. El comienzo repentino, acompañado por intenso dolor, tumefacción, enrojecimiento y elevación de la temperatura, están en favor del absceso, descartando que se trata de hemorroides. La lesión que se confunde a menudo con las hemorroides prolapsadas es el prolapso del ano o del recto. Existen tres grados de prolapso:

1º Simple eversión de la membrana mucosa anal.

2º Descenso del recto en el que intervienen, más o menos, todas las capas.

3º Descenso de todo el recto acompañado más o menos de la flexura sigmoidea, que puede caer hasta el orificio anal, pero que no siempre llega a prolapsarse.

La mucosa prolapsada se diferencia de las hemorroides prolapsadas, por su aspecto aterciopelado y liso, el color rojo y la ausencia de venas varicosas. Se continúa con la mucosa rectal y puede observarse un surco entre el ano y el prolapso cuando se trata de la segunda y tercera variedades. En la primera variedad, la exploración cuidadosa permite observar que la membrana se continúa con la piel anal. Como es natural, los casos graves de hemorroides prolapsadas se acompañan de cierto prolapso de la mucosa del ano, pero el diagnóstico es fácil.

### Tratamiento

El tratamiento de las hemorroides puede clasificarse en paliativo y radical.

**Paliativo.**—El tratamiento paliativo de las hemorroides, aunque no da lugar a una curación permanente, alivia los síntomas agudos por cierto período de tiempo. Cuando el paciente sufre debido a las hemorroides internas prolapsadas, que el esfínter contraído estrangula, lo primero que hay que hacer es reducir el prolapso. Esto no siempre es fácil. La contracción del esfínter alrededor de las hemorroides, impide el retorno de la sangre y las hemorroides aumentan de volumen, de tal modo que no pueden ser reducidas si no se acude



Fig. 125.—Jeringa para anestesia y para tratamiento por inyecciones de las hemorroides.



Fig. 126.—Aguja angulada de Frankel para el tratamiento por inyecciones de las hemorroides.

a la anestesia local. Algunas veces, las compresas de algodón empapadas en solución de clorhidrato de adrenalina (1:1000), neosinefrina (1:1000), o glicerina caliente, al contraer los vasos sanguíneos, hacen posible la reducción. En ocasiones también se puede obtener el mismo resultado con la aplicación de frío o de soluciones de alumbre, que causan la suficiente contracción vascular. Con objeto de establecer la analgesia, puede añadirse a estas soluciones cloretona, o diotano a razón de 0.5 por ciento, o novocaína al 1 por ciento. Algunas veces las aplicaciones de extracto flúido de cornezuelo de centeno ayudan a mantener la contracción de los vasos. Las pomadas que contienen adrenalina o neosinefrina al 1:1000, o cloretona al 4 por ciento en lanolina, aplicadas den-

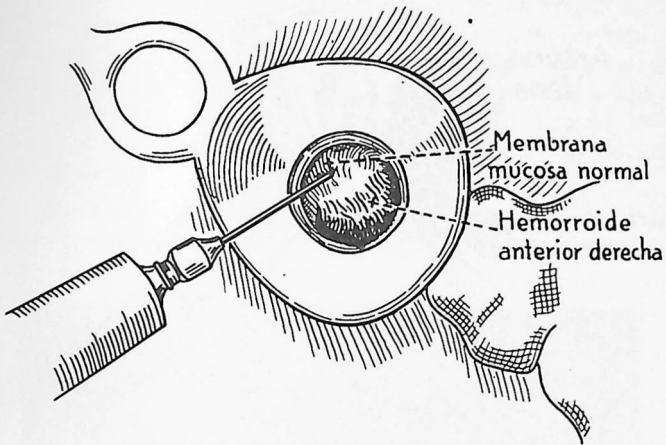


Fig. 127.—Inyección en la base de la hemorroide anterior derecha.

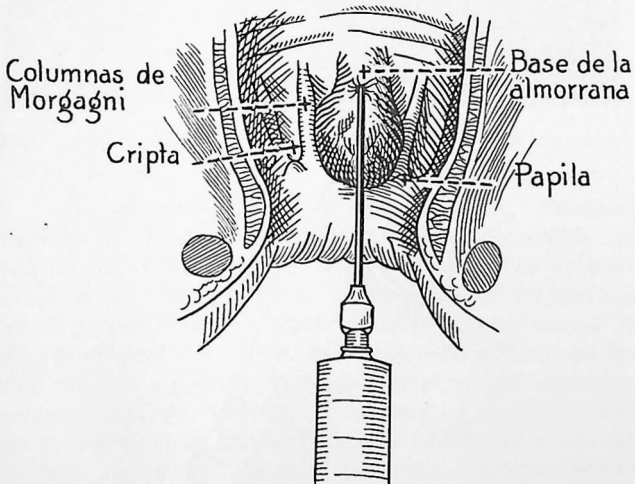


Fig. 128.—Inyección de una hemorroide mostrando el punto exacto de la punción en la base.

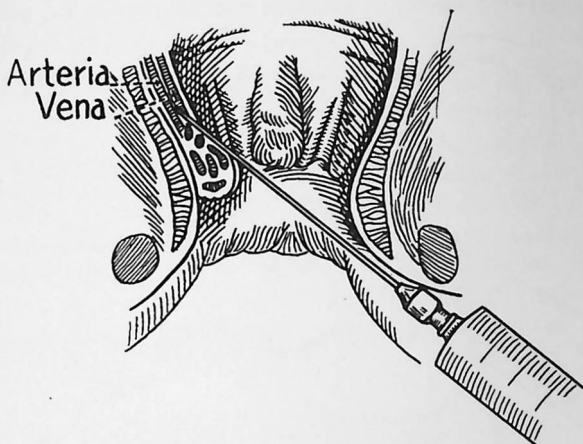


Fig. 129.—Inyección entre las venas para el tratamiento esclerosante de las hemorroides internas.

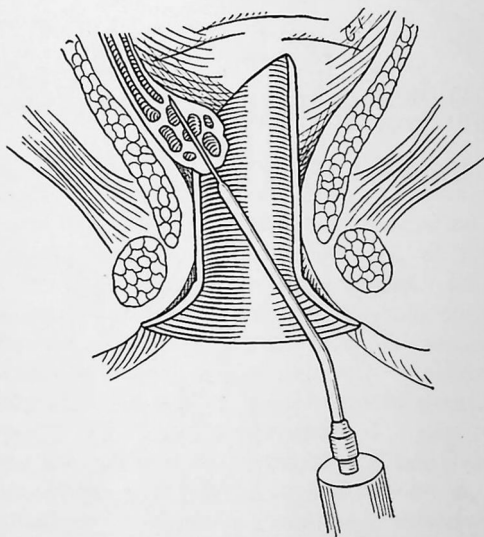


Fig. 130.—Inyección de una hemorroide interna con aguja angulada.

tro del ano después de la deposición y tres o cuatro veces al día, empleando un tubo de estaño con cánula larga, pueden prestar grandes servicios en el tratamiento de un ataque agudo de hemorroides. Cuando se administra un baño de asiento caliente se facilita la reducción, por el relajamiento de las partes. Sin embargo, todos estos tratamientos son simplemente paliativos y a la menor irritación las hemorroides vuelven a aumentar de volumen, se prolapsan y aun quedan estranguladas.

Algunos pacientes que se niegan absolutamente a sufrir una intervención radical, pueden aliviarse por la cauteriza-

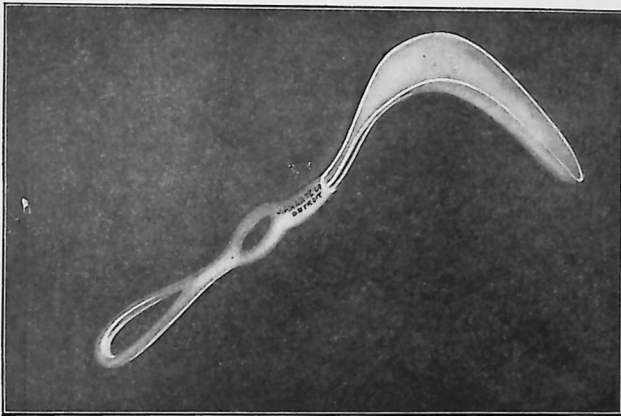


Fig. 131.—Separador rectal, modificación del espéculo de Sims.

ción de las hemorroides con el electrocauterio. Prodúcese, así, tejido cicatrizal en la superficie de la hemorroide, que, al contraerse, la hace disminuir de volumen. Las aplicaciones repetidas pueden reducir las hemorroides de tal modo que no sean perceptibles por algún tiempo. Con el mismo fin, aunque tiene poca eficacia, se han propuesto sustancias irritantes, como, por ejemplo, el ácido glacial, el ácido crómico y la solución saturada de nitrato de plata. La punción de la masa hemorroidal en varios lugares mediante la aguja eléctrica llega a reducir el volumen, pero nunca produce la curación completa. Este método, en diversas formas, es el favorito de los curanderos “especialistas en almorranas”.

TRATAMIENTO POR MEDIO DE INYECCION.—El tratamiento por medio de la inyección, que es también muy recomendado por los charlatanes, se aplica de diversas maneras. Se lava el recto con una enema de bicarbonato de sodio. La hemorroide, que debe pertenecer a la variedad prolapsada y que puede penetrar fácilmente dentro del anoscopio o salir al exterior, es inyectada en su base con una solución de ácido fénico al 5 ó 10 por ciento, cuando se desea producir una moderada inflamación y una obstrucción gradual de los vasos sanguíneos por un crecimiento del tejido fibroso, o bien con una solución concentrada de ácido fénico, del 20 al 50 por ciento, si se quiere obtener la necrosis inmediata de la masa hemorroidal.

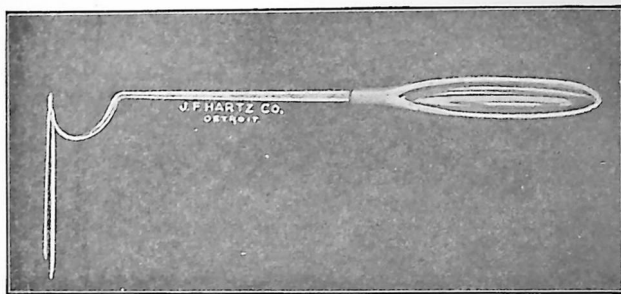


Fig. 132.—Portaligaduras de punta roma, del autor.

Cuando se trata de una o dos hemorroides prolapsadas, puede emplearse este método, inyectando una hemorroide en cada vez. En ciertos casos es necesario hacer dos o tres inyecciones en cada hemorroide, con intervalo de 5 ó 6 días, pero, debido al peligro de hacer la inyección en un vaso sanguíneo, o a causa de la imposibilidad de limitar la extensión de la necrosis originada por el ácido fénico, es un método bastante peligroso. Se han referido muchos casos de destrucción de extensas áreas de tejido e incluso de septicemia.

El mejor y menos peligroso, entre los métodos de inyección, es el empleo de soluciones de clorhidrato de quinina y urea del 5 al 10 por ciento, recomendadas por E. H. Terrell, de Richmond, Virginia, E.U.A.

Este método ha sido usado por algunos años en mi práctica personal, y en mis manos ha demostrado ser el tratamien-

to no quirúrgico más eficaz de las hemorroides internas. En comparación con las inyecciones de ácido fénico, tiene las ventajas de su relativa inocuidad, y de la ausencia de dolor en su aplicación. La técnica del autor es la siguiente:

Se lava el intestino con una enema de medio litro de agua con bicarbonato de sodio al 18 por mil, o con solución de agua oxigenada al 25 por ciento, pocas horas antes de aplicar el tratamiento. Se coloca al paciente en la misma posición que para las operaciones con anestesia local y se prepara y esteriliza la región del mismo modo. Se emplea una solución al

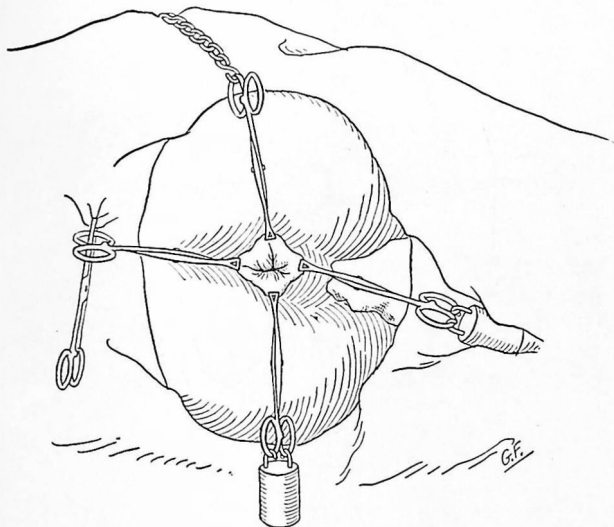


Fig. 133.—Exposición del campo operatorio con tres pesos y pinzas de Allis.

5 ó 10 por ciento de clorhidrato de quinina y urea, en solución al 0.5 por ciento de novocaína en agua destilada.

Cuando existen, como ocurre frecuentemente, las tres masas hemorroidales, se introduce el anoscopio fenestrado o de mediano tamaño del autor, de modo que la abertura coincida con la masa hemorroidal lateral izquierda y se hace penetrar el instrumento de tal manera, que quede a la vista la unión de la hemorroide con la mucosa normal. Se llena con la solución indicada una jeringa de 5 centímetros cúbicos, provista del mismo tipo de aguja que se emplea para la anestesia

local. Después de puncionar rápidamente la mucosa y de introducir la aguja hacia el centro de la masa, se inyecta lentamente un centímetro cúbico de la solución. *Cuando se inyecta la solución de quinina y urea directamente bajo la mucosa se produce necrosis.* Esto se evita cuando la inyección se practica en la profundidad del tejido.

La ventaja de inyectar en la parte superior de la hemorroide en su unión con la mucosa normal, estriba en que la

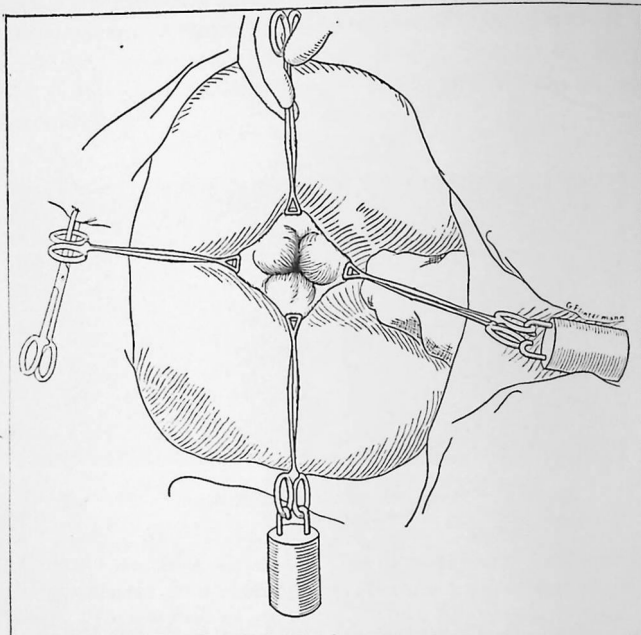


Fig. 134.—Exposición de las hemorroides, por el uso de dos pesos; la pinza triangular posterior sujeta por una pinza de Allis, que a su vez está fijada en el paño del campo operatorio. La pinza triangular superior está sostenida por un ayudante.

solución de quinina y urea se deposita alrededor de los vasos sanguíneos, antes de que se hayan bifurcado o extendido en forma de abanico. Entonces se da vuelta al anoscopio, para que su abertura coincida con la hemorroide anterior derecha, que se trata de igual modo. Luego se busca la hemorroide posterior derecha, que también es inyectada. La aguja se mantiene en su posición durante un minuto o dos después de cada inyección y luego se quita rápidamente. El paciente per-

manecerá sobre la mesa durante tres o cuatro minutos después de la última inyección.

Pasados varios días, se repiten las inyecciones y el paciente no tiene que volver al consultorio en una semana. Si después de este tiempo no se observan signos de infiltración ni de fibrosis, con retracción de las hemorroides, se hará otro tercer ciclo de inyecciones.

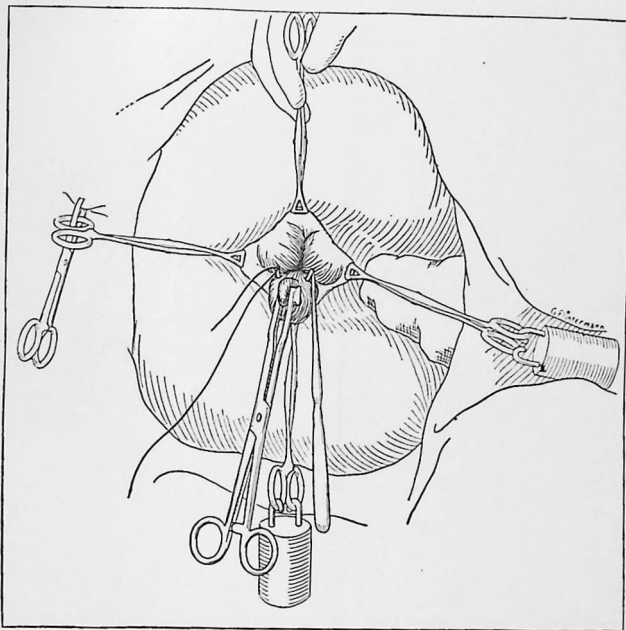


Fig. 135.—Ligadura colocada alrededor de los vasos sanguíneos de la hemorroide interna lateral izquierda.

En algunos casos es aconsejable practicar la inyección de una hemorroide en cada vez. Cuando una hemorroide está sangrando el primer día que el enfermo acude al médico, ésta será la primeramente tratada, pues la inyección de quinina y urea suele contener rápidamente la hemorragia.

La contraindicación que presenta el uso de soluciones concentradas de quinina y urea en la anestesia primaria, o sea, la formación de tejido fibroso con el subsiguiente obstá-

culo a la circulación, se aprovecha para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides internas.

Este método jamás será usado para el tratamiento de las hemorroides externas ni para la porción cutánea de las hemorroides externainternas. En nuestras manos, los casos de recaídas se calculan en un 25 por ciento, y tienen lugar entre uno y seis años después del tratamiento. En vista de esto, siempre se debe anunciar al enfermo la posibili-

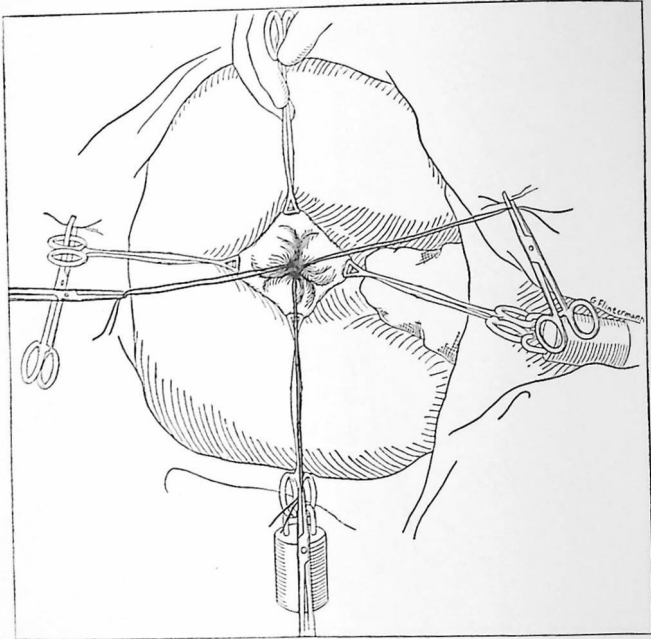


Fig. 136.—Tres ligaduras para controlar la irritación sanguínea de los tres grupos hemorroidales.

dad de que no sea una cura permanente, si bien constituye el mejor sustituto de la extirpación radical.

Debe también ser advertido de la necesidad de volver, para repetir el tratamiento, en cuanto se presente algún síntoma de recaída. Algunos enfermos después de haber comenzado el tratamiento con inyecciones de quinina y urea, deciden someterse a la extirpación operatoria radical de las hemorroides. No hay ninguna contraindicación para operar,

cualquiera que sea el tiempo que medie desde que ha sido comenzado el tratamiento con inyecciones. Los cuidados posteriores consisten en la prescripción de una dieta adecuada y en cuidar de la higiene del intestino. Se prescribirá vaselina líquida a la dosis de 30 a 60 gramos todas las noches y se recomendará la ingestión de abundante cantidad de agua. Cuando sea necesario, podrá administrarse una enema, para

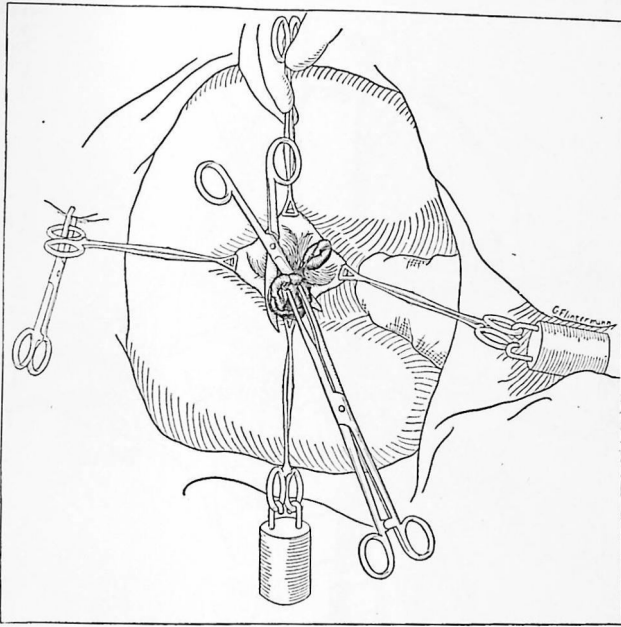


Fig. 137.—Escisión de las hemorroides. Todas las incisiones radian hacia el conducto anal.

asegurar la buena evacuación intestinal hasta que se haya conseguido la curación.

Con la introducción de la anestesia local y caudal para el tratamiento radical de las enfermedades anorrectales, se ha limitado mucho el empleo del método de las inyecciones. Parece mucho más radical extirpar las hemorroides mediante una incisión quirúrgica limpia, bajo la acción de la anestesia local, que permite levantarse al enfermo al segundo día,

y tener su lesión curada en una semana o diez días, que valerse del método de inyecciones, de resultados inciertos. Por tanto, el autor dedicará este capítulo a la descripción de los varios métodos para operar las hemorroides con anestesia local y caudal.

**Tratamiento operatorio con anestesia local.**—La técnica para producir anestesia local es, en breve, la siguiente (capítulo IV):

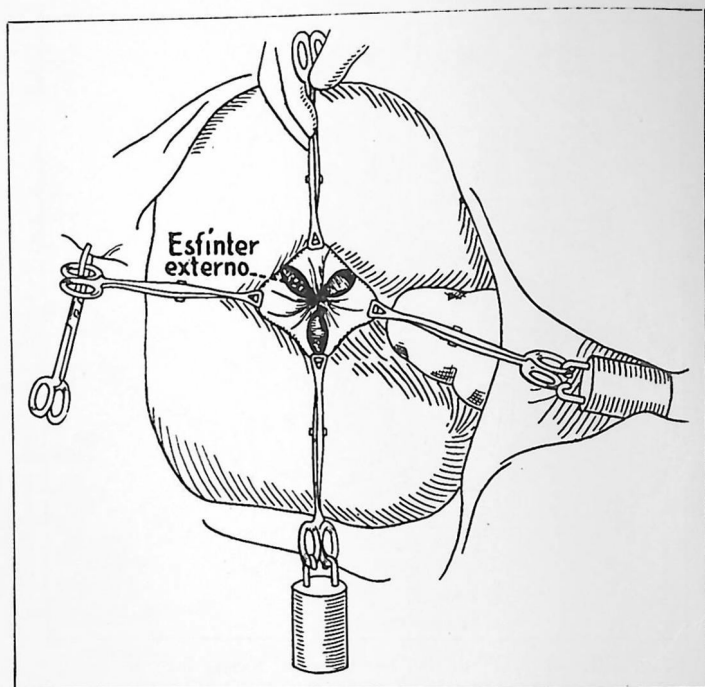


Fig. 138.—Incisiones radiales poniendo al descubierto el esfínter externo. Obsérvese que las heridas se prolongan por fuera hasta el tegumento.

El paciente se colocará sobre la mesa en la posición lateral izquierda de Sims. Se llena con la solución elegida una jeringa hipodérmica de 20 centímetros cúbicos: novocaína o agua esterilizada simple, según lo requiera el caso. La novocaína se usa para anestesiar el esfínter, y es inyectada del modo siguiente:

Se elige un punto situado a uno y medio centímetros detrás de la comisura posterior y se aplica una torunda de algodón humedecida en ácido fénico, con objeto de evitar el dolor que acompaña la introducción de la aguja. Con el índice introducido en el ano, se atrae hacia abajo el esfínter; con la otra mano se pasa la aguja hacia arriba, dentro y lateralmente en dirección oblicua, por unos 20 ó 25 milímetros, hasta llegar al músculo esfínter, pero no a través de él. Se inyectan lentamente de 2 a 5 centímetros cúbicos de la so-

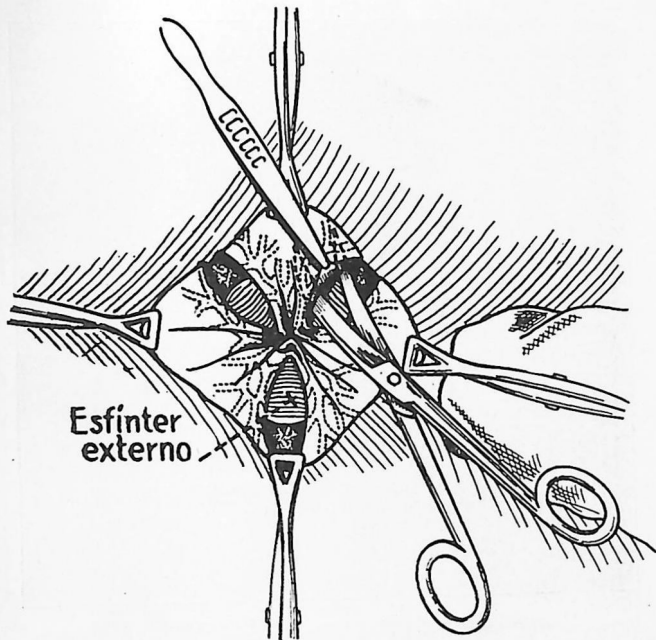


Fig. 139.—Técnica de la sección subcutánea de las venas comunicantes entre los principales grupos de hemorroides.

lución, y se saca la aguja hasta el punto de la punción, pero sin extraerla del todo; luego se vuelve a introducir hacia el otro lado, de la misma manera, manteniéndola alrededor de centímetro y medio de distancia de la abertura anal.

Se dejan transcurrir por lo menos cinco minutos para que se produzca la completa anestesia. Entonces los esfínteres se encuentran suficientemente relajados para permitir cualquiera operación anorrectal.

Cuando el esfínter está relajado, se inyecta en la hemorroide, desde su base hasta el vértice, una solución de 0.5 por ciento de diotano o de clorhidrato de quinina y urea. Debe recordarse que la distensión ha de llegar hasta el punto en que los tejidos palidecen y la hemorroide tiene el aspecto semejante al de una pasa. Es muy raro que sea necesario ligar los vasos, pues la retracción da lugar a que la hemorragia se cohíba rápidamente.

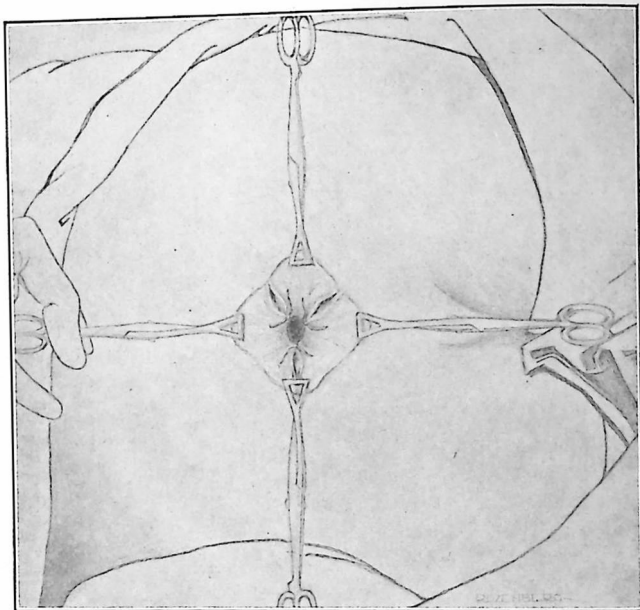


Fig. 140.—Incisiones externas para drenaje.

Se procede entonces a la operación, de acuerdo con la técnica descrita más adelante.

Puede introducirse un supositorio que contenga 20 centigramos de aristol, 15 centigramos de cloretona y 30 centigramos de clorhidrato de quinina y urea, y luego se aplica un vendaje compresivo. El paciente continuará en la mesa durante 10 minutos y luego se le permite que se siente poco a poco sobre uno de sus lados, o que continúe acostado, si así lo desea. He observado que cuando se permite a los en-

fermos que se levanten inmediatamente, se producen vahidos o vértigos, que al principio eran atribuidos a los anestésicos inyectados, pero he podido observar que ocurre lo mismo cuando se emplea agua esterilizada como anestésico.

**ESCISION.**—Si la almorrana tiene pedículo, se inyecta en la base de éste una solución al 0.5 por ciento de clorhidrato de quinina y urea, prolongando la inyección hasta que palidezcan los tejidos distendidos. Se atraviesa la base con el portiligaduras (se emplea el catgut crómico), y se anuda

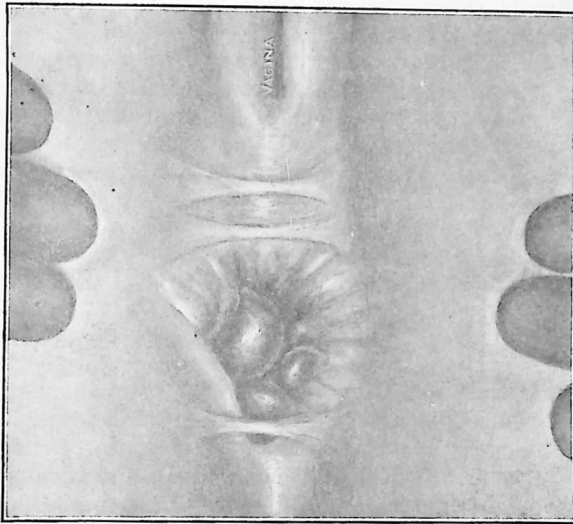


Fig. 141.—Incontinencia con eversión y proliferación cutánea. Resultado de la operación de Whitehead.

la ligadura. Se escinde la hemorroide dejando suficiente muñón para evitar que la ligadura se deslice. Cada una de las hemorroides se trata de igual manera y se introduce un supositorio de la composición antes mencionada. Durante dos o tres días se cuida de que el enfermo no mueva el vientre, y puede levantarse transcurridas 24 horas. El paciente puede volver a su domicilio en un coche, aunque algunas veces prefiere ir caminando, y se le aconseja que permanezca en decúbito lateral durante las primeras 24 horas, pudiendo luego dedicarse a sus ocupaciones. Es sorprendente la rapidez y

las pocas molestias con que el enfermo se restablece, volviendo a su vida anterior.

La hemorroide que es sésil o no pedunculada se anestesia del mismo modo que hemos dicho anteriormente. La porción inferior de la lesión es tomada con la pinza para hemorroides del autor, o con una pinza dentada; se disecciona, a partir de su base, con bisturí o con tijeras, hasta llegar a tejido sano, teniendo cuidado de incluir en la disección los vasos que penetran en la hemorroide desde arriba. La parte inferior del colgajo es atravesada y ligada, como lo es el pedículo en la variedad antes citada, y entonces el tumor se extirpa con las tijeras. Las restantes se tratan de igual manera y los cuidados postoperatorios son los ya descritos. Es muy raro que se produzca hemorragia que requiera la ligadura de los vasos. Cuando hay más o menos hemorragia capilar, se introduce un pedazo de tejido de goma y una tira de gasa y la presión ejercida sobre la superficie cruenta rápidamente contiene la sangre. La gasa o la goma se retiran pasada de una a 24 horas.

OPERACION SIN HEMORRAGIA, DEL AUTOR.—El autor propone una simple técnica para poder extirpar la mayor parte de las hemorroides internas, sin que se produzcan las copiosas hemorragias que temen la mayor parte de los médicos. Como gran número de enfermos que sufren hemorroides de la variedad interna están más o menos anémicos, debido a la constante y continua pérdida de sangre producida por su lesión hemorroidal, hemos propuesto el uso de una técnica que puede practicarse con la menor hemorragia posible. Nuestra técnica, que es muy sencilla, responde precisamente a este fin.

Es aplicable tanto con anestesia local como con anestesia general y, por tanto, puede usarse en los pacientes debilitados y decaídos que padecen alguna enfermedad consuntiva que contraíndique la anestesia general, debido a los daños que puede causar. El procedimiento es aplicable a cualquier variedad de hemorroide interna, y especialmente a las variedades pedunculadas y prolapsadas. Las hemorroides externainternas pueden también ser tratadas por este método. Se necesitan pocos instrumentos y nunca está indicada la dilatación de los esfínteres. La técnica con anestesia general es poco más o menos la misma que la que se practica cuando se usa la anestesia local, y como ésta es siempre satisfac-

toria y menos peligrosa, describiremos la operación tal como se realiza cuando se emplea esta última.

Los instrumentos requeridos son cuatro pinzas triangulares de Pennington, o un separador rectal o un espéculo de Sims; el portalligaduras de punta roma del autor, las pinzas para hemorroides del autor, un escalpelo, tijeras curvas en su porción plana, de punta aguda; una jeringa hipodérmica aséptica con una aguja afilada y catgut crómico. Se administra un sedante al paciente, tal como ha sido descrito en el capítulo IV, una hora antes de la operación, y se lava el intestino con una enema de bicarbonato sódico. Se coloca al enfermo en la mesa de operaciones, en la posición lateral de Sims, y se esteriliza la piel del ano. Se anestesian los esfínteres por medio de la inyección de uno a quince centímetros cúbicos de una solución al 0.5 por ciento de diotano o de novocaína, que ha sido esterilizada por ebullición, siguiendo la técnica descrita en otro lugar.

Se inyecta la piel que circunda el orificio anal, hasta que puedan aplicarse sin dolor cuatro pinzas triangulares de Pennington en puntos equidistantes. Luego, practicando una suave tracción, queda expuesto el campo operatorio.

Cuando se ha conseguido la relajación y se ha preparado del modo dicho el campo operatorio, se inyecta, en la hemorroide más voluminosa, medio centímetro cúbico de solución de diotano o de quinina y urea, hasta que los tejidos palidezcan al distenderse. La anestesia es, frecuentemente, completa al cabo de cinco minutos. Se toma con la pinza de hemorroides del autor la extremidad inferior de la hemorroide, que se estira hacia fuera. Se pasa el portalligaduras de punta roma, enhebrado con catgut número 2, desde la mucosa de un lado, por debajo de la base de la hemorroide hasta llegar al lado opuesto, de modo que quede incluida la mitad superior de la mucosa que cubre la hemorroide y los vasos sanguíneos situados debajo, pero sin llegar a bordear toda la hemorroide, como se realiza cuando se liga un pedículo. Esta ligadura debe estar colocada justamente en el punto o por encima del punto en que se unen la hemorroide y la mucosa sana del recto. Entonces se anuda fuertemente, asegurándose de que la ligadura obstruye totalmente la circulación sanguínea.

Las hemorroides del lado opuesto se tratan de igual manera. Se introduce por el ano un supositorio que contenga

Cloretona .....	0.12 grs.
Aristol .....	0.12 "
Clorhidrato de quinina y urea.....	0.60 "

El enfermo continúa acostado durante diez minutos y luego se permite que se levante de la mesa y se vaya a su cama. Si durante las primeras 24 horas se presenta edema o tumefacción, acompañada de dolor, estos síntomas pueden aliviarse por la aplicación de compresas calientes, renovadas cada hora, de la siguiente solución:

Rp.

Adrenalina (1:1,000) .....	15 grs.
Cloretona .....	2 "
Glicerina .....	120 "

La tumefacción cede a los dos o cuatro días y la hemorroide se retrae gradualmente, hasta que, transcurridas cuatro semanas, sólo queda un pequeño nódulo duro de tejido conectivo, que puede ser fácilmente extirpado sin dolor, con las tijeras. Esta técnica tan sencilla es aplicable a los casos graves de anemia, cuando la pérdida de sangre por la hemorroide es mayor que la formación sanguínea. Puede ser realizada en 10 ó 15 minutos, no excita al paciente, ni causa dolor alguno. Cuando no sea necesario proceder con tanta rapidez, y esto ocurre en la mayor parte de los casos, empleo la siguiente modificación de la técnica:

Después de anestesiar la hemorroide, del modo mencionado, y una vez aplicada la ligadura, se toma aquélla con la pinza especial del autor y se practica una incisión longitudinal, extendiéndola hacia la extremidad distal; entonces, se disecan con las tijeras curvas los vasos sanguíneos y el tejido conectivo que constituyen el cuerpo hemorroidal, y se extirpan en masa, cortándolos a unos 8 milímetros, aproximadamente, arriba de la ligadura. La herida se deja abierta para que cure por granulación, lo que se consigue en pocos días. De esta manera se evita la tumefacción, el dolor y las molestias que son inherentes a la técnica anterior.

Cuando se trata de hemorroides pedunculadas prolapsadas, no es necesario relajar el esfínter, ni usar el separador. Después del enema se invita al paciente a realizar un esfuer-

zo, estando en cuclillas o en decúbito lateral, mientras el operador presiona el esfínter por fuera de las márgenes del ano. La hemorroide, que ha sido prolapsada por este método, se anestesia por la inyección de una solución al 1 por ciento de quinina y urea. Se atraviesa su pedículo con el portaligaduras de punta roma, con doble hilo de catgut, y se liga. Entonces se extirpa la hemorroide 8 milímetros arriba de la ligadura y se cauteriza el muñón con ácido fénico al 95 por ciento. Las otras hemorroides pedunculadas se tratan de igual modo. Se introduce un supositorio y la operación queda terminada.

Las modificaciones de esta técnica están constituidas por la sustitución del separador rectal por las pinzas triangulares que facilitan la exposición del campo; también es posible utilizar los cabos largos de la ligadura para suturar las incisiones. Esto se realiza únicamente con fines hemostáticos en los hemofílicos u otros enfermos en quienes hay excesiva hemorragia capilar.

Los cuidados postoperatorios son muy sencillos. Durante dos o tres días se cuidará de que el enfermo no mueva el vientre; más tarde se administra por la noche, 4 gramos de polvo de regaliz compuesto (o algún otro laxante), seguidos a la mañana siguiente de una enema de 500 centímetros cúbicos de solución de bicarbonato de sodio, con objeto de obtener una deposición abundante y blanda. Más tarde se prescribe diariamente vaselina líquida, para que las heces sean blandas y suaves. La sola cura requerida es la aplicación de estearato de cinc compuesto, en cantidad suficiente para mantener protegida la región. Señalaremos algunas de las ventajas de este método.

1º La técnica es muy sencilla.

2º Puede emplearse con anestesia local o caudal.

3º Exige más breve tiempo que cualquier otro método.

4º Es más seguro, menos peligroso y más rápido que el método de la inyección, y se aplica no sólo a todos los casos en que se puede emplear la inyección, sino también en cualquiera otra variedad de hemorroides que no pueda ser tratada por inyecciones.

5º Constituye el método de elección en todos los pacientes que padecen anemia, tuberculosis, hemofilia o embarazo, debido a todas las razones enumeradas y al hecho de que no

produce pérdida de sangre. Como la ligadura se practica an los rayos del sol y hacer ejercicios, cosa que facilita la convalecencia es rápida.

6º El reposo en cama no se prolonga más de 24 horas y el paciente puede luego salir a respirar el aire puro, a tomar los rayos del sol y hacer ejercicios, cosa que facilita la convalecencia y tiene gran valor en los enfermos que padecen cualquiera de los procesos consuntivos enumerados anteriormente.

ESCISION SUBMUCOSA.—En la variedad sésil puede ser empleado un tratamiento muy simple, consistente en practicar una incisión a lo largo del eje longitudinal del intestino, a través del centro de la masa, y luego, mediante el uso de las tijeras angulares del autor, macerar y destruir los vasos sanguíneos situados debajo de la mucosa a cada lado de la incisión. Luego de destruir los vasos sanguíneos y extirpar los tejidos macerados, se deja cicatrizar la herida sin suturar, lo que se consigue al cabo de cuatro o cinco días. Como es natural, este método se acompaña de hemorragia, que nunca es tan grave que requiera ligadura. Los cuidados postoperatorios son los mismos que los empleados en otras ocasiones.

OPERACION CON "CLAMP" Y CAUTERIO.—Esta operación no se puede practicar con anestesia local, y la menciono únicamente para condenarla. No creo que sea racional el empleo de un hierro al rojo en una cavidad cubierta de membrana mucosa y, aunque algunos cirujanos dicen haberla realizado con buenos resultados, he tenido ocasión de observar estrecheces originadas por el excesivo crecimiento del tejido cicatrízal, que se produce más fácilmente cuando se trata de una quemadura. Me parece más racional la incisión quirúrgica, que no va seguida de extensa necrosis ni de cicatrices hipertróficas. El aplastamiento de la hemorroide con el angiotribo ha sido usado por algunos operadores, pero ofrece la objeción de que destruye mucho la membrana mucosa y da lugar a una superficie de granulación más o menos crónica, que tarda semanas en curar.

OPERACION DE WHITEHEAD.—Según la opinión del autor, está muy rara vez indicada.

OTROS METODOS.—Cuando hay masas hemorroidales muy grandes, pueden estar indicados otros métodos, consistentes en hacer colgajos elípticos, incisiones longitudinales y ope-

raciones plásticas, con objeto de evitar la posible infección cicatrizal. El autor no ha visto ni un solo caso de hemorroides acompañado de prolapso, que fuera tan grave, que no le hubiera sido posible reducirlo sin sacrificar el contorno normal del ano.

**EXTIRPACION DE HEMORROIDES TROMBOTICAS AGUDAS.**— La variedad trombótica aguda es particularmente tratable con anestesia local. Debido a su comienzo súbito y a los

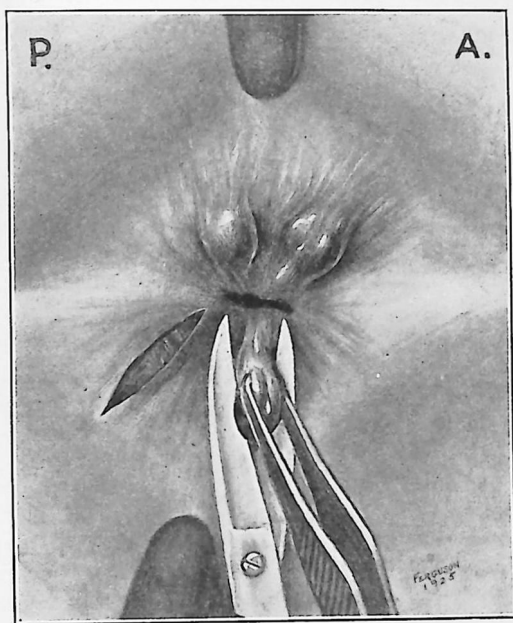


Fig. 142.—Técnica de la escisión de las hemorroides cutáneas externas. Obsérvense las incisiones radiales.

dolores agudos que produce, el paciente acude al médico pocas horas después de haberse iniciado la enfermedad. El examen en la posición lateral muestra un tumor redondeado, azulado o purpúreo, de tamaño que varía entre el de un guisante y el de una uva grande, situado en el margen anal, de ordinario en uno de sus lados. Después de la preparación consiguiente, se inyecta la hemorroide en su parte más externa, con medio centímetro de solución al 0.5 por ciento de no-

vocaína. La inyección se realiza bajo la piel o la mucosa, pero no dentro de la hemorroide. Después de esperar cinco minutos, para que la anestesia haga su efecto, se practica una incisión a través de la piel, llegando hasta el coágulo, paralela al eje mayor del ano y que se extiende a 8 milímetros fuera del tumor. Se vuelve a anestésiar los tejidos alrededor del tumor y por encima de él, disecándolos mediante una pinza de dientes finos y las tijeras curvas. Después de extraer el coágulo, se examina cuidadosamente la herida para que



Fig. 143.—Escisión de las hemorroides cutáneas externas. Obsérvense las incisiones radiales al orificio anal.

no quede en su interior ningún coagulillo. Se recortan los bordes de la herida en forma elíptica, dejando una superficie cruenta grande que cura por granulación, sin que exista la posibilidad de que los bordes de la herida se doblen hacia dentro y retarden la curación. Se introduce suavemente una tira de tela de goma de 25 milímetros, y se aplica un vendaje aséptico. Transcurridas 24 horas, se extrae la mecha, pues en general ya no es necesario. La herida será examinada y curada diariamente, aplicando polvos antisépticos de acción moderada, como el aristol, el ácido bórico, la boro-

cloretona, el estearato de cinc o la acetanilida. Inmediatamente después de esta operación, el paciente experimenta gran sensación de alivio, debido a que desaparece la tensión originada por las masas trombóticas.

**EXTIRPACION DE LAS HEMORROIDES TEGUMENTARIAS EXTERNAS.**—La extirpación de las hemorroides externas de la variedad tegumentaria, se realiza fácilmente con la anestesia local. Después de esterilizada la región y colocado el paciente en la posición lateral o dorsosacra, se elige la hemorroide más saliente y se toca con una gota de fenol el punto donde se va a hacer la inyección. Como en todas las operaciones que se practican en la piel, la primera inyección deberá ser de solución de novocaína al 0.5 por ciento, teniendo cuidado de que las primeras 10 ó 15 gotas penetren bajo la piel, siguiendo la línea a lo largo de la cual se practicará la inyección; esto se reconoce por la formación de una roncha. Entonces se practica una incisión, que radia en ángulo recto desde el orificio anal hasta la extremidad distal del tumor; se infiltran los tejidos subcutáneos con solución al 0.25 por ciento del anestésico usado, o con agua esterilizada. La masa hemorroidal se sujeta con la pinza especial del autor y se extirpa con las tijeras curvas. Los bordes de la piel se recortan en ambos lados formando una elipse, incluyendo todo el tejido que constituía la cubierta de la hemorroide. Siempre hay que cuidar de que la cantidad de piel extirpada no sea demasiado grande. Todas las hemorroides se tratan de igual manera, siguiendo la dirección de abajo arriba, y se deja que la herida cure por granulación.

Los cuidados postoperatorios son análogos a los indicados en el tratamiento de las hemorroides trombóticas agudas. En estos casos la curación debe ser completa transcurridos de siete a diez días.

Durante el proceso de curación el paciente debe usar, para sentarse, almohadillas de aire y adoptar el decúbico lateral en vez del supino. Como ya ha sido indicado, al ocuparnos de las hemorroides internas, debe prescribirse una dieta ligera, consistente en caldo de carne, sopas vegetales coladas con adición de huevos y gelatina. No se permitirá la defecación hasta el tercer día, en cuya noche se prescribe

de 5 a 10 gramos de polvos de regalíz compuesto, administrando, a la mañana siguiente, una enema de solución de bicarbonato de sodio o de aceite. Posteriormente se administrará diariamente, en el momento de acostarse, vaselina líquida y poco a poco se irá reforzando el régimen. Es necesario que se preste atención para que el paciente mueva el vientre con regularidad.

EXTIRPACION DE HEMORROIDES EXTERNAINTERNAS.—En estos casos se emplea la misma técnica descrita al ocuparnos de las hemorroides internas. Como es natural, tanto la infiltración como las incisiones deben incluir los tumores externos. Los cuidados postoperatorios son idénticos.

## CAPITULO XIII

### POLIPOSIS ANORRECTAL — PAPILITIS ANAL — CRIPTITIS

Un pólipo es un tumor benigno, cuya característica principal es estar unido a la pared rectal o anal por un pedúnculo, que es siempre más estrecho que el tumor. Se presenta con más frecuencia en los niños que en el adulto. Los pólipos pueden ser únicos o tan numerosos que llenen la cavidad rectal o todo el colon. En ocasiones, se encuentran asociados con fisuras anales, ulceraciones, hemorroides, prolapsos, etc.

La localización habitual de un pólipo único es el extremo inferior del conducto anorrectal a 3 ó 5 centímetros del orificio del ano. Raros son los casos en que los pólipos se encuentran unidos por un pedúnculo de 10 a 12 centímetros de longitud, asentando en la unión rectosigmoidea.

Los tipos más comunes son los correspondientes a la variedad blanda, mixomatosa a adenomatosa o a la dura fibroide. El aspecto de los pólipos granulosos blandos es el de una frambuesa y sangran con facilidad al ser tocados. La variedad fibrosa es dura, redondeada y su color es más claro que el de la mucosa rectal normal.

La poliposis múltiple es siempre un estado grave y, como ya se dijo, puede llegar a ocupar todo el colon. En ocasiones, los pólipos múltiples se reúnen en zonas más o menos circunscritas, prestándose a confusión con las neoplasias malignas. Todos los casos de diarrea, de la llamada disentería hemorrágica, o de obstrucción aguda o crónica, deben ser cuidadosamente examinados, dada la posibilidad de que la presencia de numerosos pólipos o de un pólipo de gran tamaño, pueda actuar en forma de válvula.

**Síntomas.**—Aparte la presencia del pólipo, los síntomas usuales están constituídos por la expulsión de sangre y moco después de los esfuerzos de la defecación. Además, el paciente se queja de que siente la impresión de que en el recto existen masas fecales que no puede expulsar.

Los síntomas de la poliposis múltiple son los de la diarrea crónica, colitis o disentería. Se producen numerosas evacuaciones al día, compuestas de abundante moco claro o de moco teñido de sangre, con pequeñas partículas de heces. La piel que rodea el ano está irritada y escoriada, debido a estas frecuentes heces líquidas. Cuando se examinan al microscopio las heces eliminadas, pueden encontrarse partículas de te-

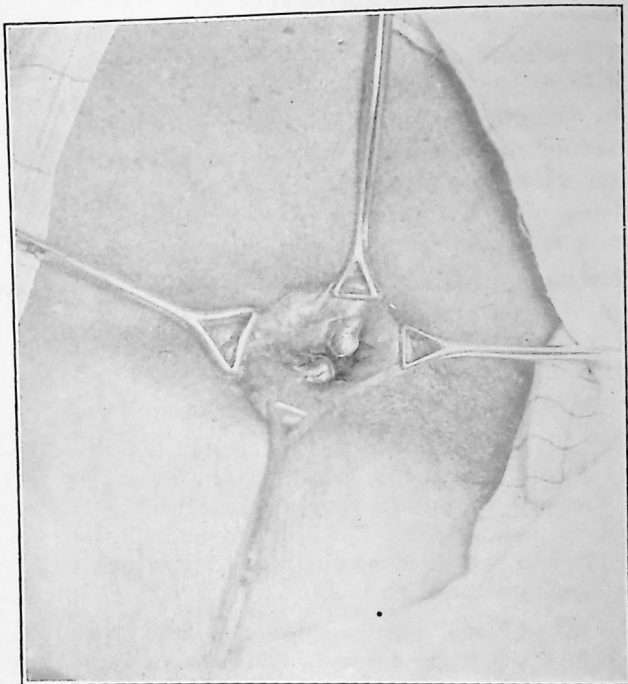


Fig. 144.—Pólipos anales.

jido procedente del pólipo, logrando fácilmente establecerse el diagnóstico diferencial con los tumores malignos.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico es muy sencillo y en muchos casos se descubren los pólipos al propulsarse a través del ano. Una característica del pólipo es la sensación de deslizamiento que experimenta el dedo cuando el tumor se reduce dentro del recto. Al realizar la exploración digital, estando el enfermo en posición lateral, debe introducirse el índice

a la mayor profundidad posible, recorriendo las paredes del recto completamente, con lo que puede descubrirse el pólipo, que de ordinario asienta arriba del esfínter interno. Al quitar el dedo se arrastran muchas veces fuera del esfínter uno o más pólipos. Mediante el examen proctoscópico llegan a descubrirse los pólipos situados en regiones más elevadas del recto.

**Tratamiento.**—En el tratamiento de los pólipos puede prescindirse muchas veces de la anestesia local. Pueden ser extirpados fácilmente a través del anoscopio o proctoscopio con poco o ningún dolor. Cuando el pólipo está situado muy

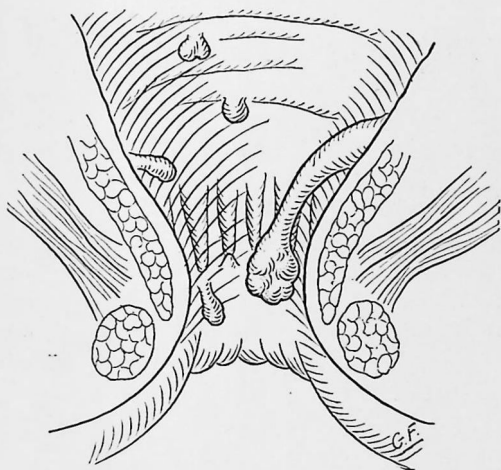


Fig. 145.—Pólipos del conducto anal y del recto.

abajo y puede ser extraído a través del ano, se infiltra la mucosa justamente encima de su pedículo, con una solución al 0.5 por ciento de novocaína o diotano, o de quinina y urea, ligando los vasos con catgut número 2. Los pólipos se extirpan con unas tijeras, de modo semejante a como ha sido dicho al ocuparnos de las hemorroides internas. Casi nunca es necesario anestesiarse el esfínter y no se requieren cuidados postoperatorios.

Como el tratamiento de la poliposis múltiple exige la laparotomía, y en los casos graves de poliposis completa del colon es necesario extirpar esta porción del intestino, en par-

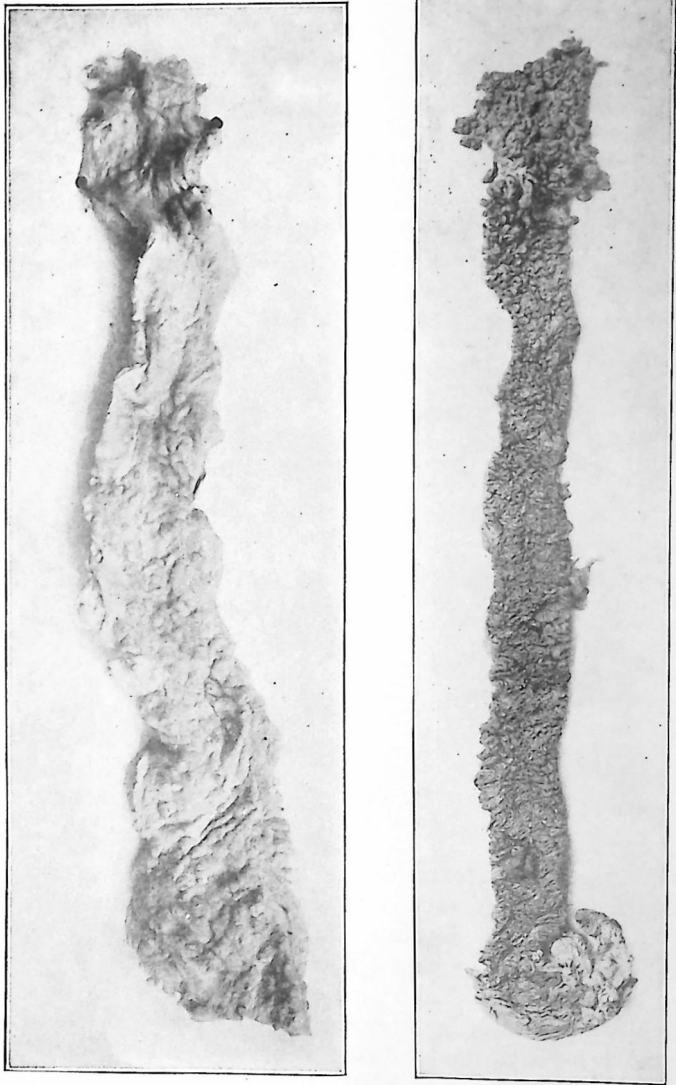


Fig. 146.—Piezas de colectomía parcial por poliposis múltiple del colon.

te o totalmente, se comprende que tales operaciones no correspondan a la índole de este libro.

### Papilitis anal

Queremos dedicar algún espacio a esta afección, que con frecuencia no es reconocida por el médico y que de ordinario

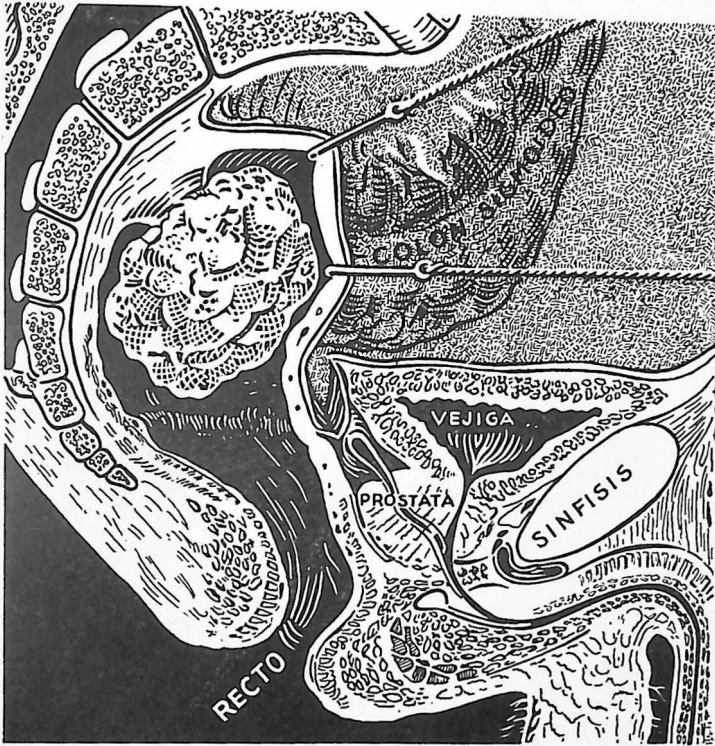


Fig. 147.—Voluminoso pólipo rectal que produce completa obstrucción.

se le pasa por alto al cirujano general, que considera la cirugía rectal como un *incidente* en su práctica. Es una alteración que aunque nunca causa síntomas graves ni amenaza la salud ni la vida, ni causa grandes dolores que incapaciten al enfermo para dedicarse a sus ocupaciones, no deja de tener

interés para el médico, a causa del gran número de molestias que causa.

Aunque de ordinario, sólo origina sensación de molestia, la hipertrofia de las papilas anales es muchas veces responsable de síntomas enormemente desproporcionados con el tamaño y la gravedad de la lesión.

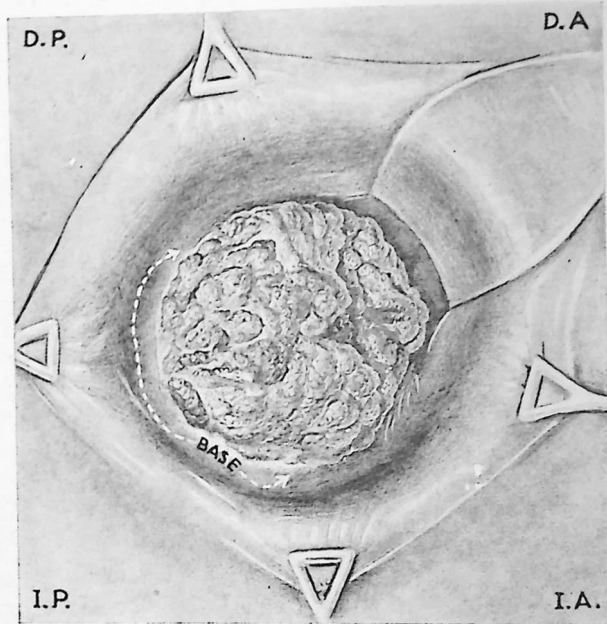


Fig. 148.—Poliposis rectal múltiple. Este es un caso de verdadero adenoma benigno.

Algunos charlatanes que se titulan a sí mismos especialistas del recto, han obtenido grandes ganancias con las papilas anales, a las que les atribuyen todas las enfermedades conocidas y por conocer. En cambio, los profesionales han caído en el extremo opuesto, ignorando completamente la existencia de un proceso que seguramente es un estado patológico definido de una formación anatómica conocida.

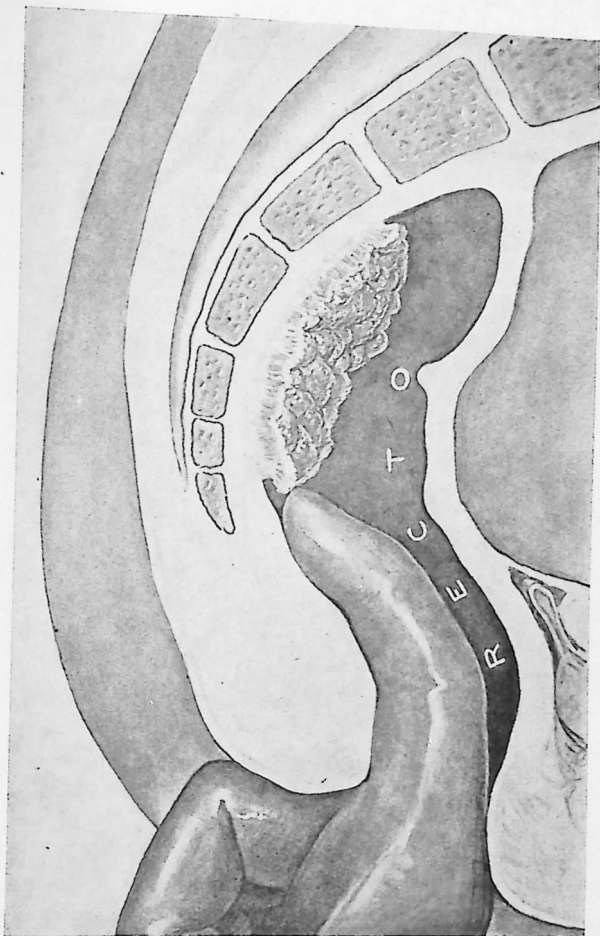


Fig. 149.—El mismo pólipo de la figura anterior, mostrando su situación en el recto.

Cuando un paciente viene a consultar a su médico quejándose de síntomas anales o rectales inciertos, el profesional se limita muchas veces a prescribir una pomada o un supositorio de patente, sin hacer la menor tentativa para localizar la causa del tratamiento. El estudio especial del recto y de sus órganos afines, el ano y la flexura sigmoidea, han permitido conocer interesantes procesos que habían pasado inadvertidos antes y que explican síntomas oscuros e indefinidos que se originan en la región del ano. Esta es la causa

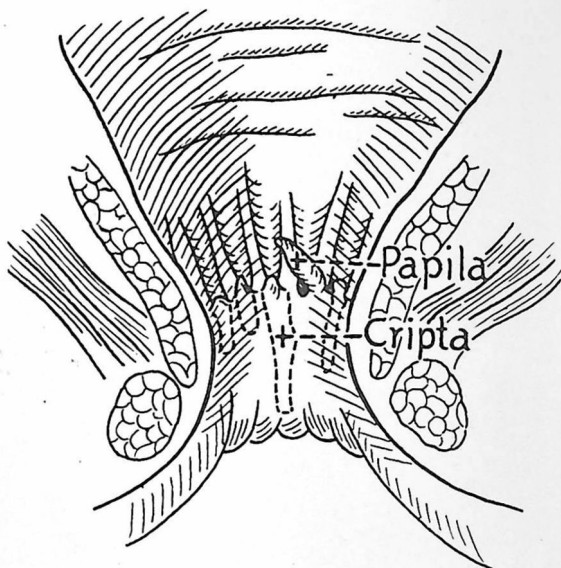


Fig. 150.—Papilas hipertrofiadas y criptitis. La línea de puntos muestra la diferente profundidad de las criptas infectadas.

de que dediquemos este capítulo a la hipertrofia de las papilas anales o papilitis anal.

En el conducto anal se producen estados patológicos que causan dolor y sufrimiento, así como numerosas alteraciones reflejas. La inervación sensoria de estos órganos da lugar a que las lesiones que en ellos se producen, originen trastornos que se refieren a otros órganos lejanos. Si se tiene en cuenta que el conducto anal tiene una longitud de 18 a 25 milímetros y un diámetro de unos 6 milímetros cuando está

contraído, no hay ni que decir que no es difícil descubrir, estudiar, diagnosticar y tratar los procesos que afectan dicha región.

El ano está especialmente predispuesto a los traumatismos y a las enfermedades. En primer término, debido a que la membrana que lo tapiza no tiene la resistencia de la piel, ni la abundante vascularización de las mucosas, y es una especie de tejido de transición, que se traumatiza fácilmente. En segundo lugar, cualquiera lesión en esta región tiene pocas probabilidades de curar, debido a la escasa irrigación

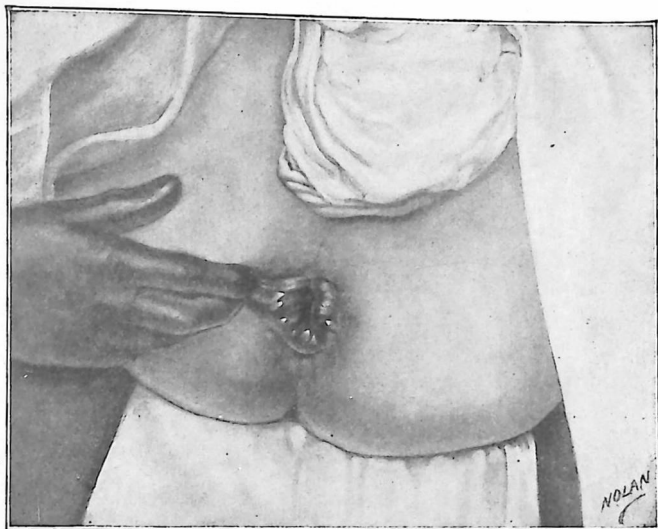


Fig. 151.—Papilas anales hipertrofiadas. Obsérvese el aspecto de las papilas anales cuando se estira el margen anal.

sanguínea, al constante cambio de posición, a los traumatismos y a las infecciones procedentes del contenido del intestino que se pone en contacto con la sobredicha lesión.

Para la mejor comprensión de los procesos que vamos a estudiar, es conveniente decir unas palabras acerca de la anatomía normal de las papilas del ano. Estas papilas se presentan formando una línea irregular de elevacioncitas semejantes a pequeños dientes, que forman un círculo en la unión de los conductos anal y rectal, denominada *línea pectinada* o *línea dentada*. El número de estas papilas varía entre cinco y

doce, y de ordinario están situadas en los bordes de las *válvulas anales semilunares*, que resguardan las *criptas de Morgagni*. Estas papilas han sido consideradas como los órganos táctiles normales del recto encargados de recibir las sensaciones rectales. Disponen de una abundante inervación, lo que explica los numerosos trastornos reflejos que se originan cuando están dañadas.

**Exploración y Diagnóstico.**—Al practicar la exploración digital no siempre se perciben estas papilas y pueden pasarse por alto, a no ser que se haga la inspección ocular.



Fig. 152.—Examen proctoscópico de un caso grave de papilas anales hipertrofiadas.

Cuando están alteradas, varían en tamaño, desde 6 milímetros de longitud, con una base de igual extensión, hasta 5 ó 6 centímetros, en su diámetro más largo. Están compuestas de abundante tejido fibroso. Al volver hacia fuera el ano, aparecen los extremos, y muchas veces toda la papila hipertrofiada. Tienen color rosado más pálido que el de la mucosa normal del recto.

Para distinguir las papilas hipertrofiadas de los pólipos, se tendrán en cuenta que las primeras tienen siempre una base más ancha que el vértice, mientras que los pólipos son siem-

pre más anchos que el pedículo que los une. Los pólipos son de ordinario redondeados u ovalados, mientras que las papilas son más o menos triangulares o en forma de cinta. Las papilas hipertrofiadas han sido incorrectamente llamadas almorranas fibrosas. Jamás tienen el aspecto varicoso característico de las hemorroides internas y están situadas en la línea anorrectal.

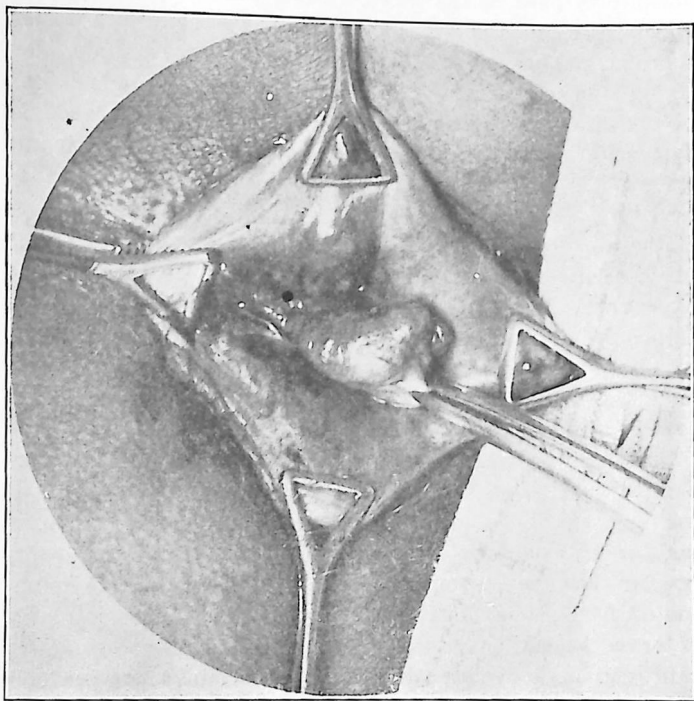


Fig. 153.—Pólipo resultante de la hipertrofia de una papila anal.

Contienen cierta cantidad de tejido eréctil y al examen anoscópico pueden verse formando ángulo recto con la mucosa, dando al conducto anal, en este punto, un aspecto de flecos. Muchos cirujanos cuando no descubren lesiones patológicas y encuentran un esfínter tenso, pasan por alto lo que ellos denominan "pequeños apéndices de la mucosa". Estos son frecuentemente la causa del esfínter tenso, pues de or-

dinario ningún esfínter se halla anormalmente contraído, a no ser que alguna lesión patológica cause el espasmo. Por tanto, la simple divulsión del esfínter no alivia los síntomas y la situación del médico frente al paciente es muy desagradable.

**Síntomas.**—Estando situadas estas papilas sobre los bordes de las válvulas semilunares, son desplazadas hacia abajo durante el paso de las heces, cuando son más duras que lo normal. A cada movimiento intestinal se repite esta acción sobre las papilas que gradualmente se van hipertrofiando. Luego sigue la congestión y por último la fibrosis. Cuando se han hipertrofiado suficientemente, no se retraen después de la defecación y continúan actuando sobre el esfínter externo, obligándolo a contraerse. Esta contracción se hace cada vez más tónica, llegando a producirse lo que se ha llamado “esfínter apretado”. Esto da lugar a uno de los síntomas más característicos de la papilitis, que consiste en la sensación experimentada después de las deposiciones, de que quedan residuos fecales que actúan sobre el esfínter y no pueden ser expelidos. Algunos pacientes se quejan de irritación y molestias, que no llegan a comezón. Un enfermo me decía: “siento algo así como la mordedura de un pequeño animal”, y estaba seguro de que tenía una solitaria “pues sentía su mordedura en el ano”. Esta sensación suele calmarse temporalmente por la introducción del dedo lubricado, que al desplazar las papilas evita que sigan actuando sobre el esfínter externo. En ocasiones espontáneamente y transcurridos 15 minutos o una hora se van retrayendo gradualmente las papilas y entonces los síntomas desaparecen. Como continuamente están originando espasmos del esfínter, terminan por producir una hipertrofia de las fibras musculares de éste, originándose así el llamado “esfínter apretado”.

Otro síntoma originado por la hipertrofia de las papilas, es la llamada neuralgia del recto, producida por el dolor irradiado, que se origina por la presión de las terminaciones nerviosas de las papilas. Sin embargo, uno de los síntomas más comunes de las papilas hipertrofiadas, es el prurito del ano. Esto no quiere decir que la hipertrofia de las papilas sea la causa más común del prurito, pues las causas de éste forman legión, pero de todos modos, debe tenerse muy en cuenta.

## Criptitis anal

Se recordará que cada papila se encuentra en el borde de una válvula semilunar, y cada válvula es la frontera externa de una de las criptas de Morgagni, también llamadas *bolsas rectales* o *criptas mucosas*. Estas criptas, cuya función no está completamente aclarada, alojan materia fecal o sustancias extrañas, que, debido a la forma de la cripta o saco, no son expelidas con rapidez. La papila anal hipertrofiada situada encima de la cripta, contribuye a impedir la expulsión de dichas sustancias. La descomposición de estas ma-

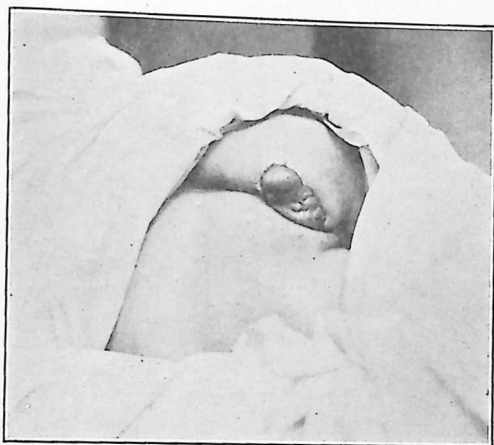


Fig. 154.—Enorme hipertrofia de una papila anal. Este engrosamiento polipoide tenía 7.5 centímetros de longitud y 4 de diámetro.

terias o la retención de las secreciones, con la consiguiente irritación de la cripta, produce una inflamación o criptitis, que puede fácilmente terminar en supuración. Los exudados acumulados acaban por rebasar la cripta y deslizándose por la mucosa, irritan el ano, originando picazón y humedad, de la que se quejan muchos pacientes que sufren prurito.

Debe siempre pensarse en una cripta anal infectada como el origen más frecuente de las infecciones focales.

La sensación de molestia después de la deposición, de que algunos enfermos se quejan, no es igual a la producida por ningún otro estado patológico. Un paciente la describió

como una sensación de espigas o agujas en el ano, una sensación de pinchazo no muy doloroso pero sí muy desagradable, que se traslada de lugar, según el lado sobre el que se sienta el enfermo. Algunas veces llega a calmarse cuando al presionar sobre el ano, se relajan las papilas, dejando de actuar sobre el esfínter.

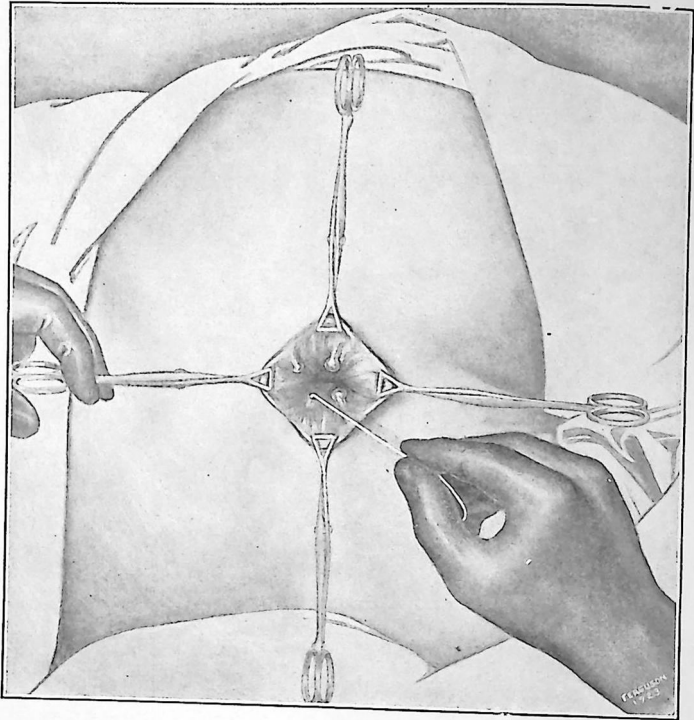


Fig. 155.—Criptitis y papilitis anales. La sonda angular de plata en la cripta enferma.

La extraordinaria longitud de las papilas no es la única causa de estos síntomas, pues hasta cuando tienen 12 milímetros de longitud, si sus vértices se ajustan exactamente en el esfínter, pueden originar síntomas.

Otro estado que puede ser consecuencia de la hipertrofia de las papilas, es la fisura anal. Como demostró por primera vez Sir Frederick Wallis, del St. Mark Hospital, de Londres,

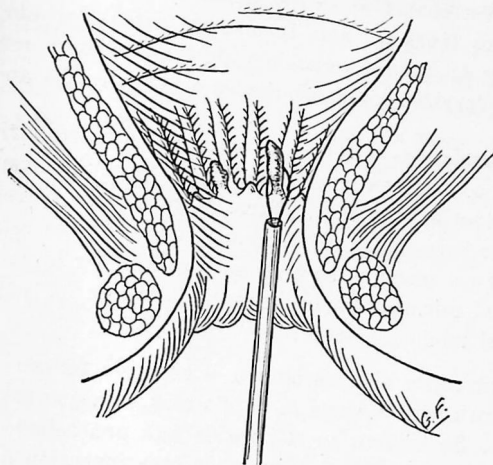
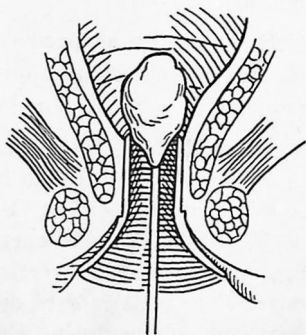


Fig. 156.—Extirpación mediante un lazo, de una papila hipertrofiada.



Tapón en aplicador



Después de quitar el aplicador

Fig. 157.—A la izquierda, tapón en un aplicador. A la derecha, tapón colocado después de haber retirado el aplicador.

esto es debido a que la presión de las heces desgarran la papila desde los bordes de la cripta, y como las deposiciones que suceden, continúan el desgarramiento, dichos bordes, al ser llevados fuera del ano, forman un surco ulcerado que se traumatiza en cada defecación y da lugar a los muchos síntomas intolerables correspondientes a la fisura del ano.

**Tratamiento.**—El tratamiento es extraordinariamente sencillo y consiste en la extirpación de las papilas cuando están hipertrofiadas, y la abertura, cauterización y drenaje de las criptas inflamadas o infectadas. Como ambos estados se asocian tan a menudo, su tratamiento debe ser también considerado al mismo tiempo. La extirpación de las papilas se realiza del modo siguiente:

Se introduce el anoscopio o el espéculo fenestrado, con la abertura dirigida hacia la papila más baja que vaya a ser extirpada. Se inyecta en la base de ésta una solución al 0.5 por ciento de novocaína, seguida de otra inyección de diotano al 0.5 por ciento, distendiendo los tejidos hasta que palidezcan. Después de esperar cinco minutos, se extirpa la papila, tan cerca de su base como sea posible, con un lazo, o cortándola con una tijeras curvas en su parte plana. Nunca es necesario anestesiar el esfínter y muchas veces tampoco se precisa el uso del anoscopio o del separador. Al dar vuelta al margen del ano, queda a la vista la papila que se anestesia y se extirpa como ha sido indicado.

No es necesario vendaje; prácticamente no se produce hemorragia y no se requieren otros cuidados operatorios que los que se emplean después de la operación de la fisura simple.

Cuando se inflama una de las criptas de Morgagni, debe inyectarse en el área que circunda a la cripta, incluyendo la papila, una solución de diotano en la misma proporción. Se practica una incisión en forma de V, partiendo de la parte superior, con la base en la abertura de la cripta y el vértice 12 milímetros por debajo de su centro. Esta incisión debe ser suficientemente profunda para abrir completamente la cripta. Se extirpa el colgajo que incluye la papila y se cauteriza su base con ácido fénico. Cuando está alterada más de una cripta, se utiliza para todas ellas la misma operación, co-

menzando por la cripta más baja, anestesiando las otras a medida que van a ser operadas. Cada incisión debe prolongarse a través del ano, hasta la piel, para facilitar el drenaje.

En algunos casos, basta la simple incisión de la cripta inflamada, irritada o infectada. Para este fin empleábamos al principio un bisturí en forma de gancho denominado criptótomo, pero puede ser sustituido, como ha propuesto el Dr. D. C. McKenney, de Buffalo, por un fragmento de una hoja de rasurar delgada, mantenida entre los dientes de una pinza (fig. 107). Los cuidados postoperatorios son los mismos que los que se emplean después de la papilectomía y criptectomía.

## CAPITULO XIV

### PROCTITIS Y SIGMOIDITIS

La atención del profesional y la del profano ha sido atraída cada vez hacia las enfermedades del colon, y la colitis ha sido objeto de frecuentes discusiones de unos y otros. Aunque es cierto que algunos casos de colitis se deben a enfermedades generales e infecciosas, y otros son debidos tanto al régimen alimenticio como a invasiones parasitarias y bacterianas, que causan estados inflamatorios generalizados de todo el colon, un importante grupo de estos casos tienen su origen abajo de la flexura sigmoidea.

La infección anal, particularmente la criptitis, puede difundirse y atacar la mucosa del recto y progresivamente la de la flexura sigmoidea y la de todo el colon. Hemos tenido la suerte de ver numerosos casos de este tipo cuando el proceso inflamatorio, por estar en el primer período, no se había extendido más allá del recto, quedando limitado a él gracias al tratamiento adecuado. Debido a la limitación de este libro, que no nos permite exponer las enfermedades del colon, vamos a limitarnos a estudiar las proctitis y las sigmoiditis.

#### Proctitis y sigmoiditis agudas

**Etiología.**—Esta enfermedad se presenta en todas las edades, si bien los niños están afectados con mayor frecuencia que los adultos. Entre las causas y factores predisponentes, citaremos los cambios de clima, las costumbres o hábitos de vida, la ingestión de alimentos excesivamente sazonados y el exceso en el uso del tabaco y del alcohol. Algunas veces el estreñimiento es un factor causal, pero la presencia en el recto de parásitos intestinales, de bolos fecales o de cuerpos extraños, así como su infección por cánulas o instrumentos sucios, son con más frecuencia las causas responsables del proceso. Los pacientes que sufren de "reumatismo" y gota y los que tienen tendencia al enfriamiento repentino de la piel, están particularmente predispuestos a los ataques de

proctitis catarral aguda. La indigestión aguda, con la correspondiente fermentación de los productos alimenticios en el tubo intestinal, la intoxicación ptomáinica son causas muy frecuentes, no siendo rara, tampoco, la inflamación por extensión de una infección pelviana aguda. El empleo de purgantes drásticos es también un factor etiológico de no poca importancia, y la ingestión de algunas sustancias alimenticias, que en ciertos individuos causa urticaria, es a menudo responsable de un ataque de proctitis alérgica aguda.

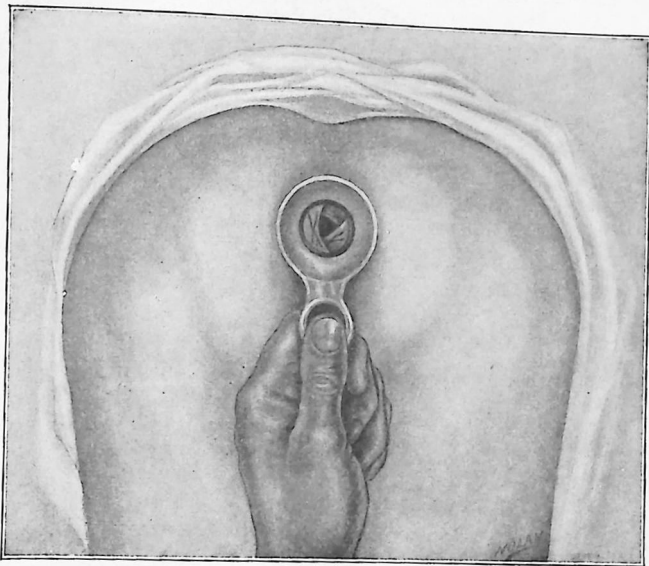


Fig. 158.—Ulceración disintérica de las válvulas de Houston (según Tuttle)

**Síntomas.**—Su comienzo se manifiesta con frecuencia en un escalofrío y débil aumento de la temperatura y sensación de malestar en el recto o en la parte inferior del abdomen; en ocasiones, se añade dolor en la parte posterior, particularmente sobre la región sacra, que puede irradiar hacia los miembros. Pocas horas después se experimenta una sensación de llenura y calor en el recto, que produce constantemente deseo de defecar. Se añaden trastornos de la vejiga, que particularmente se manifiestan en micciones frecuentes y ardor al orinar. El paciente se siente más cómodo

en el decúbito lateral, las heces son blandas y las evacuaciones se hacen más frecuentes. Al principio, las deposiciones tienen el aspecto de las de una diarrea común, pero, pasado el primer día, las heces están mezcladas con moco y algunas veces teñidas de sangre. Si la enfermedad progresa y se producen ulceraciones, las heces contienen sangre y pus, presentándose también exudados mucopurulentos a través del

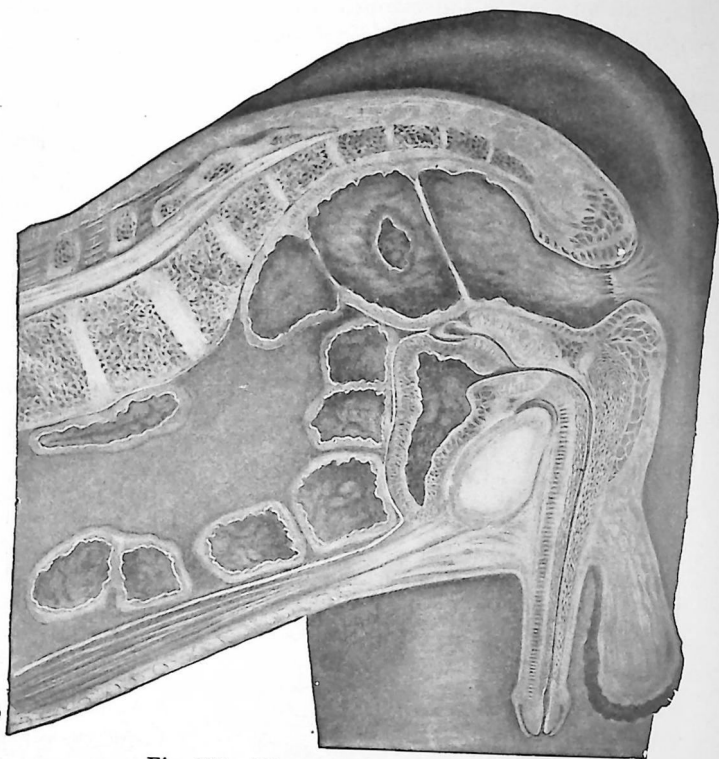


Fig. 159.—Úlcera de la ampolla rectal.

ano, entre las evacuaciones. En los niños, y más raramente en los adultos, termina por producirse el prolapso del recto.

**Diagnóstico.**—Cuando los antecedentes del enfermo sean los mencionados, está indicada la exploración de la cavidad rectal. Estando el paciente en posición genuacromial se introduce el proctoscopio y se dilata el recto. Cuando la introducción del proctoscopio se acompaña de gran dolor, cosa

que no es rara en las proctitis, habrá que anestesiar previamente los esfínteres, siguiendo la técnica indicada en el capítulo IV. El aspecto de la mucosa del recto es característico. Al examen ocular, la mucosa rectal presenta color rojo subido, con un aspecto parecido al de la conjuntiva inflamada, mientras que la mucosa afectada tiene color rojo ladrillo y aspecto aterciopelado y edematoso. Se observa también una abundante cantidad de colgajos amarillentos de moco. Los vasos sanguíneos de la pared rectal, y particularmente de las válvulas de Houston, están intensamente inyectados, dibujándose claramente sobre la mucosa enrojecida.

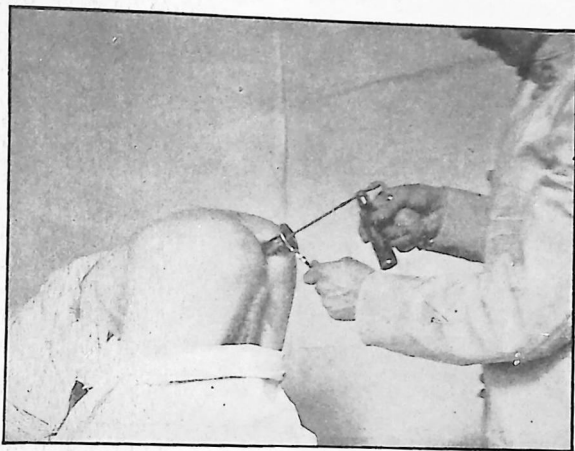


Fig. 160.—Pulverización del recto, estando el paciente en posición genuacromial. Debido a la dilatación de la cavidad rectal por la peneración del aire atmosférico, la posición genupectoral es la mejor para poder pulverizar las paredes rectales.

**Tratamiento.**—El tratamiento de la proctitis catarral aguda es dietético, sistemático y local. En los casos que tienen su origen en la presencia en el recto o flexura sigmoidea de bolos fecales o de cuerpos extraños, está indicada, en primer término, la extracción. Cuando la proctitis es debida al envenenamiento ptomaínico por descomposición de los alimentos en el tubo intestinal, debe administrarse inmediatamente una purga. En los pacientes que sufren de enfermedades generales, cuando la proctitis es tan sólo una complicación, el tratamiento esencial es el de la enfermedad general.

Cuando el factor causante es la irritación producida por alimentos inadecuados, o el abuso de los estimulantes alcohólicos o del tabaco, no hay ni que decir que está indicada su supresión.

En el tratamiento local de la proctitis catarral aguda bastan en muchos casos las abundantes irrigaciones del recto y de la flexura sigmoidea con soluciones salinas o de bicarbonato sódico a la temperatura de 42 a 45° C., repetidas dos o tres veces durante las 24 horas.

Para irrigar el colon, las posiciones más convenientes son la genuacromial y la lateral izquierda de Sims. Cuando se emplea esta última posición, la pelvis debe estar mucho más elevada que la cabeza. El irrigador debe estar colocado 40

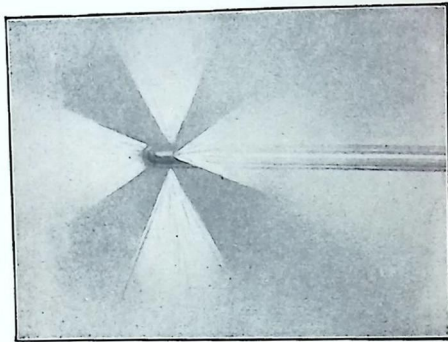
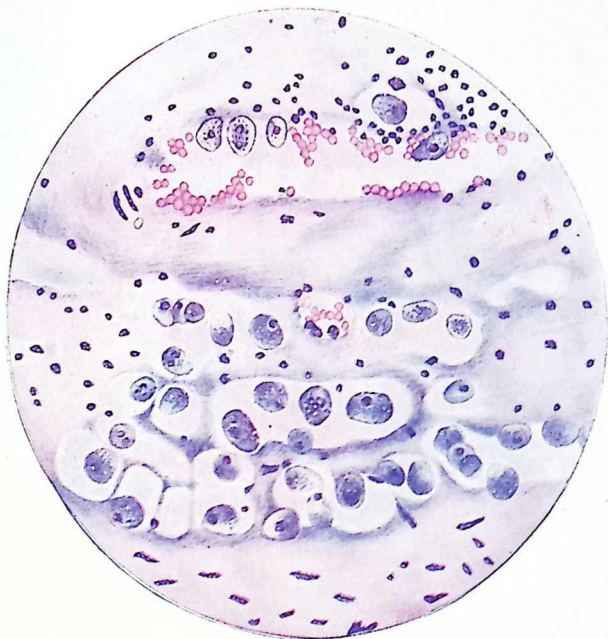


Fig. 161.—Tubo de pulverización rectal, del autor.

ó 50 centímetros arriba del nivel del ano, pinzando el tubo cuando el paciente siente el deseo de expulsar el líquido antes de haber sido administrada la cantidad necesaria. Esta desagradable sensación es debida a la hiperdistensión del intestino en ciertos puntos, cuando la corriente se interrumpe por las saculaciones normales o contracciones espasmódicas de las fibras musculares circulares. Dicha sensación desaparece, sin embargo, cuando se suspende durante un momento la corriente, pues el líquido pronto se va extendiendo por el intestino. El cambio de posición del enfermo de un lado a otro y el masaje del abdomen, facilitan la distribución del líquido irrigado. Mediante este método la mayoría de los pacientes retienen la cantidad necesaria de líquido para llenar y distender todo el colon.



LAMINA VI.

Corte del intestino debajo de la ulceración. (Azul de toluidina y eosina. Beck. 1/4. Oc. 3.) En la parte superior del campo se ve una gran vena: la pared del vaso, que está en la vecindad de la ulceración, se halla infiltrada con células pequeñas y amibas que irradian hacia la parte inferior; hematíes y leucocitos, así como amibas, se encuentran en la luz del vaso. En la porción inferior del campo se observan muchas amibas, de las que unas están en el tejido y otras en los espacios linfáticos. Reproducción debida a la amabilidad de H. F. Harris, Atlanta, Ga.



Cuando la secreción mucosa del recto o de la flexura sigmoidea es abundante, es eficaz el empleo de plata coloidal al 10 ó 20 por ciento, o de soluciones de nitrato de plata del 1 al 5 por ciento, mediante el pulverizador rectal. El autor

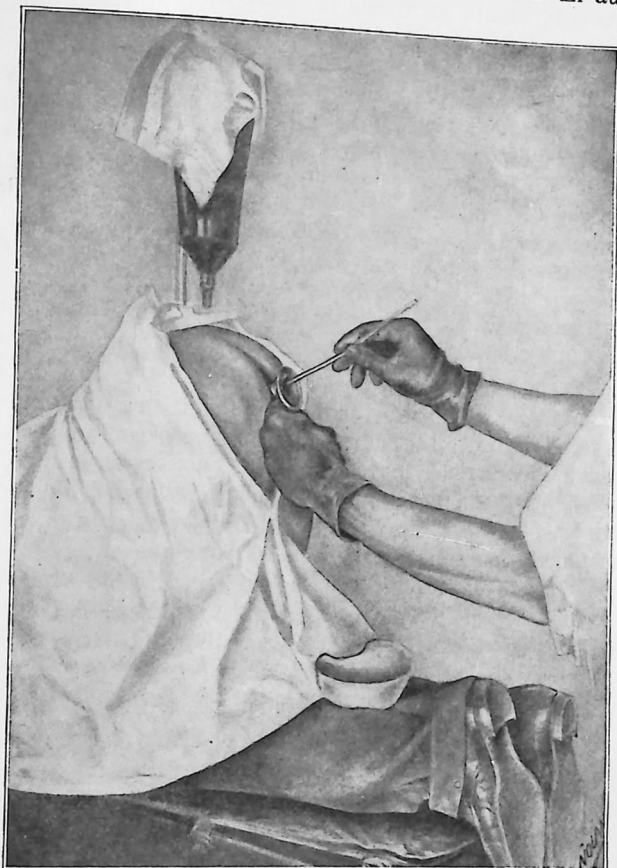


Fig. 162.—Método de aplicar soluciones de plata y de otra clase, en las superficies ulceradas del recto y de la flexura sigmoidea.

utiliza un tubo metálico de pulverización suficientemente largo, unido al pulverizador de mano o la instalación de aire comprimido. Su extremidad distal está cerrada, pero de su circunferencia, a 1.5 milímetros de dicha extremidad, sale la solución en todas direcciones, a través de cuatro pequeñas

aberturas, de modo que el líquido no penetra en el intestino a mayor altura de lo que se desea y baña todas las superficies por igual. El recto y la flexura sigmoidea son pulverizados mejor estando el sujeto en posición genuacromial. El yodo volatilizado, en forma de pulverización, mediante aparatos especiales es muy útil en los casos tenaces de proctitis. Cuando el moco parece provenir de lugares muy elevados del intestino, están indicadas las irrigaciones del colon con diversas soluciones astringentes. El autor recomienda las soluciones al 2 ó 5 por ciento de alumbre, o de ácido tánico al 5 por ciento. En ciertos casos se emplea el ácido salicílico, 5 gramos en 500 centímetros cúbicos de agua destilada. En algunos enfermos puede emplearse el permanganato potásico, en soluciones del 1 al 8 por mil, pero algunas veces originan espasmos abdominales muy desagradables. Las propiedades astringentes del permanganato potásico tienen todavía mayor valor que el efecto germicida.

Aunque algunos autores recomiendan el reposo del enfermo en cama durante el tratamiento de la proctitis catarral aguda, el autor no le pone reparos a que se permita al paciente estar levantado la mayor parte del día, pues en la posición vertical se asegura el drenaje del tubo intestinal. En aquellos casos en que no se tenga el resultado apetecido con la pulverización de las soluciones indicadas y exista tendencia a la formación de úlceras en la pared intestinal, puede ser eficaz la insuflación de sustancias pulverulentas, como la formidina, estearato de cinc compuesto con bálsamo del Perú, el ácido bórico, o el aristol.

Los focos ulcerados pueden tratarse con ácido fénico o solución de nitrato de plata del 10 por ciento, hasta la saturación. El autor no simpatiza con el uso de soluciones de antisépticos químicos enérgicos, como el bicloruro de mercurio, incluso cuando son usados en soluciones muy débiles. Cree que la acción irritante de estas soluciones, al debilitar las mucosas, es un peligro mayor que el beneficio que representa su acción antiséptica.

Durante el tratamiento de un caso de proctitis o sigmoiditis, el enfermo debe ser sometido a una dieta ligera y no irritante, de la que serán eliminadas las sustancias vegetales. Están indicadas en estos casos los atoles de cereales preparados con harina de cebada, arroz y avena, la albúmina de huevo, las gelatinas variadas y las soluciones peptonadas

líquidas, así como el "buttermilk". Tiene también gran valor añadir a este régimen chocolate con leche. Cuatro o seis onzas por día, sustituyen una cantidad aproximada de 200 gramos de carne y deja menos residuo. La leche está contraindicada, debido a su tendencia a producir estreñimiento y al hecho de que forma coágulos duros que irritan el intestino alterado.

La medicación interna no tiene mucha utilidad; el uso de ictiol, en dosis de 10 a 30 centigramos, administrado en cápsulas dobles, cuatro veces al día, da alguna vez buenos resultados. El remedio más activo parece ser la acriflavina neutra, en píldoras queratinizadas, en dosis de 30 miligramos, de tres a cinco veces al día. En la proctitis tiene especial valor el empleo de vaselina líquida, pues tiene una acción calmante sobre la mucosa inflamada e irritada del intestino, y aunque no estimula el peristaltismo, sí facilita la evacuación reblandeciendo y lubricando las heces. Por tratarse de un aceite mineral, no tiene valor alimenticio ni acción medicamentosa, pues no actúa sobre las secreciones digestivas, y atraviesa sin modificarse todo el tubo intestinal.

El paciente debe ingerir de seis a ocho vasos de agua al día, y si se duda de su pureza, se hervirá previamente y se conservará en botellas. Para quitar el sabor desagradable del agua hervida, se recomienda colocarla antes de su uso en vasos o jarros abiertos y agitarla con un batidor. El agua queda así aireada, suprimiéndose el sabor desagradable que es un obstáculo al empleo de agua esterilizada por la ebullición. En estos casos, está muchas veces indicado el uso de mucílago de linaza, que es muy eficaz si está bien preparado. Un buen método para prepararlo es el siguiente: cuatro o cinco cucharadas de semilla de linaza entera, se colocan en una cacerola poco profunda; se añade un litro de agua hervida, se coloca sobre la llama, hirviéndolo durante cinco minutos y luego se filtra a través de una gasa y se deja enfriar. Es preferible conservar el cocimiento en la heladera hasta que vaya a ser usado. Si se desea endulzar o dar buen sabor a este mucílago, puede añadirsele, mientras está caliente, una pequeña cantidad de jugo de limón, de esencia de menta o de wintergreen, y azúcar. El enfermo debe ingerir al acostarse una taza de este cocimiento tan caliente como pueda tolerarlo. No solamente posee una ligera acción laxante, sino que también tiene una influencia calmante sobre la mucosa del intestino.

### Proctitis y sigmoiditis crónica

Esta enfermedad se presenta en dos variedades: hipertrófica y atrófica. La variedad atrófica es la forma más frecuente. La variedad hipertrófica puede presentarse después de un ataque de proctitis o sigmoiditis aguda, pero muchas veces es originada por otros estados morbosos que no radican en el intestino. La presión de los tumores abdominales, el riñón movable, los desplazamientos uterinos, las celulitis pelvianas, las adherencias consecutivas a los estados inflamatorios de la pelvis, pueden ser causa de proctitis y sigmoiditis hipertrófica. La apendicitis, que ha sido señalada como factor etiológico, puede ser también un efecto de la enfermedad.

La variedad atrófica puede ser originada por un largo período de estreñimiento crónico, el abuso de purgantes, por los excesos en la comida y en la bebida, particularmente en los individuos con hábitos sedentarios, así como por los tóxicos minerales, como el arsénico, el antimonio y el bismuto. Deben también tenerse en cuenta las reacciones alérgicas. Otras causas de naturaleza más local son los bolos fecales frecuentes, el uso sistemático de enemas, los cuerpos extraños en el recto y las prácticas contra natura. Aunque este proceso suele ser consecuencia de la variedad aguda, algunos casos de proctitis y sigmoiditis crónica tienen origen bacteriano bien definido, pudiendo tratarse de bacterias o de parásitos de entre los cuales deben citarse las amibas, que producen lesiones más localizadas.

**Proctitis hipertrófica crónica.**—Esta variedad se distingue de la atrófica por el hecho de que la mucosa y la submucosa están siempre engrosadas y las glándulas, así como el tejido conectivo interglandular, están hipertrofiados. Las papilas anales suelen hallarse muy aumentadas de volumen. En el examen proctoscópico, el aspecto de las mucosas es bastante característico. Mencionaremos la siguiente descripción debida a Tuttle:

A través del proctoscopio, la mucosa se presenta edematosa, más pálida que de ordinario y cubierta con una delgada capa de secreción blanquecina. La membrana tumefacta penetra a través de las fenestraciones del espéculo cónico o dentro de él, ocluyendo completamente el orificio del proctoscopio. Cuando se elimina el mocopús, la membrana presenta a través de la lupa, un aspecto de coliflor, blancuzca

y granulosa. No sangra fácilmente y cuando se presiona con una sonda fina sobre su superficie los tejidos tienden a unirse por encima de la sonda. Cuando se raspa con una cuchara rectal, se obtiene cierta cantidad de fluido mucopurulento que se compone de pus, leucocitos y diferentes bacterias, situados entre pequeñas masas de materia fecal y de partículas de alimento no digeridas.

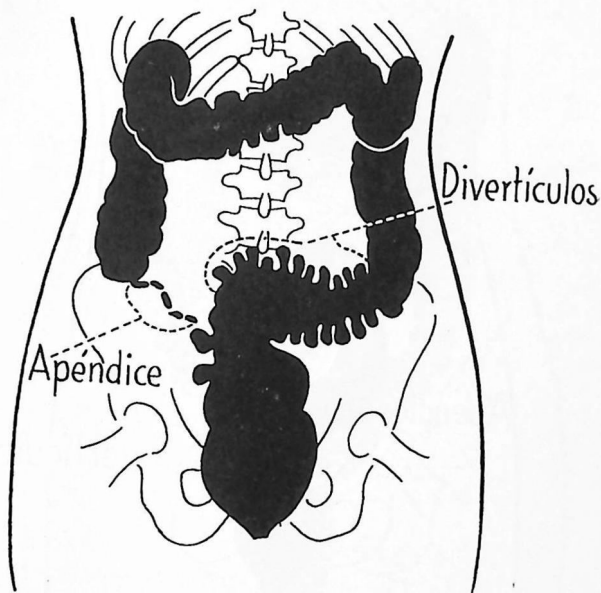


Fig. 163.—Radiografía mostrando extensos divertículos de la flexura sigmoidea y apéndice lleno de concreciones.

**Síntomas.**—La enfermedad puede tener un comienzo insidioso o aparecer después de un ataque de proctitis catarral aguda. El paciente está muy decaído, con escaso apetito, aliento fétido, indigestión, eructos, diarrea, que en ocasiones se alternan con estreñimiento, y frecuentes deseos de defecar, no quedando satisfecho después de cada una de las deposiciones. Cuando se produce la defecación, las heces tienen una consistencia de sopa de guisantes y se componen de

abundante cantidad de material purulento, o forman pequeños escribalos duros cubiertos con estrias mucosas o de mocopús. Debido al estado hipertrófico de la mucosa ésta se prolapsa en muchas ocasiones y el prurito del ano es un síntoma muy frecuente. Las secreciones mantienen húmeda constantemente la región del esfínter y algunas veces son tan profusas que el enfermo tiene necesidad de protegerse con algodón absorbente para evitar que se ensucien sus ropas. A consecuencia de la humedad constante de la región, pueden formar-

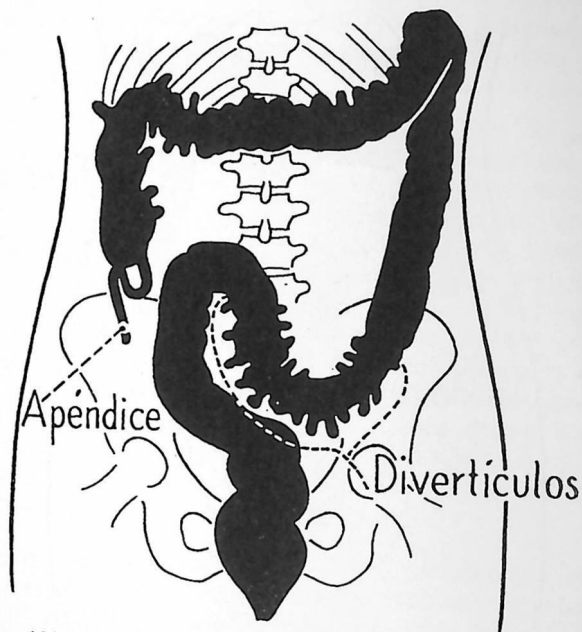


Fig. 164.—Radiografía mostrando múltiples divertículos, con el apéndice adherido.

se condilomas en la región anal, sobre todo en la comisura posterior del ano.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico se establece por la exploración proctoscópica y sigmoidoscópica y se basa en el aspecto hipertrofiado característico de la mucosa y la presencia de secreciones mucopurulentas con tendencia a la ulceración, acompañada de los antecedentes sintomáticos que han sido antes descritos. Por fortuna esta enfermedad no es muy frecuente.

**Tratamiento.**—Si al explorar al enfermo se descubren causas extrarrectales, como apendicitis, diverticulitis, riñón flotante, adherencias intestinales, muchas veces postoperatorias, o tumores abdominales o pelvianos, que presionan sobre el intestino, están indicados los procedimientos quirúrgicos necesarios para combatir dichos procesos. El régimen dietético será modificado y se prohibirán los condimentos, los es-



Fig. 165.—Radiografía mostrando una estrechez tubular del colon descendente.

timulantes alcohólicos, las pastas, las ensaladas, los dulces, las frutas frescas y los alimentos recién horneados.

Para descargar en lo posible el trabajo del intestino, se administrará una dieta fácilmente asimilable, como huevos, "buttermilk", gelatina, chocolate, carne magra, aves, pescado fresco y pequeñas cantidades de purés de vegetales verdes, como espinacas, lechuga, escarola y bretones. El pacien-

te debe tomar abundante cantidad de agua fresca y tratar de mover el vientre con regularidad; se prescribirá vaselina líquida, en dosis de 30 a 60 gramos, todas las noches, teniendo en cuenta su influencia calmante sobre la mucosa del intestino y su acción reblandecedora y lubricante de las heces, que impide la formación de masas duras e irritantes.

Cuando existen síntomas de indigestión intestinal, es muy eficaz la prescripción de pancreatina, en dosis de 60 centigramos, que se administran durante la comida o al final de ella. También presta buenos servicios el ictiol, en cápsu-

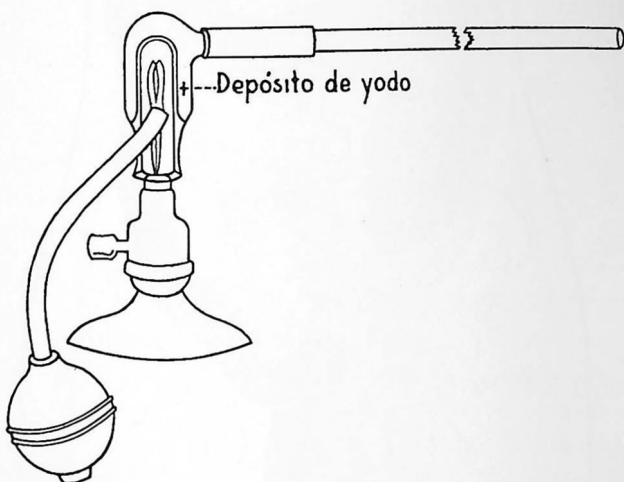


Fig. 166.—Vaporizador de yodo S. & S.

las dobles, en dosis de 12 a 30 centigramos, cuatro veces al día. Como ya se ha mencionado antes, también es eficaz la acriflavina neutra, en píldoras queratinizadas de 30 miligramos, cuatro veces al día. En la mañana y la noche el intestino puede ser lavado con alguna de las soluciones astringentes indicadas al hablar de la proctitis catarral aguda. Pueden emplearse unos 5 gramos de ácido salicílico en 500 centímetros cúbicos de agua, pero el autor ha obtenido mejores resultados con el uso de alumbre disolviendo 15 gramos por litro, y utilizando la solución de modo semejante a la ante-

rior. Después de la irrigación es aconsejable inyectar de 30 a 120 gramos de aceite de oliva tibio y vaselina líquida.

Si al examen proctoscópico o sigmoidoscópico se descubren lesiones ulcerosas localizadas, puede pulverizarse la región con solución de nitrato de plata del 1 al 3 por ciento, o con plata coloidal al 20 por ciento. También puede ser estimulada la curación de las lesiones ulcerosas mediante aplicaciones de nitrato de plata al ciento por ciento, ictiol o bálsamo del Perú, que se practican mediante una varilla de mango largo. Es también eficaz la insuflación de yodo volatilizado en días alternos. Se mejorará el estado general del paciente mediante los tónicos ordinarios y ordenando moderados ejercicios al aire libre y al sol.

**Proctitis y sigmoiditis crónicas atróficas.**—Esta variedad es más frecuente que la hipertrófica y consiste en una atrofia general de las glándulas y del tejido intraglandular del recto y de la flexura sigmoidea. Difiere de la variedad atrófica en que con frecuencia no llega más allá de la flexura sigmoidea, y la mucosa está delgada o destruída. Tuttle describió esta lesión del modo siguiente:

Al examinar en estos casos la mucosa, se observa un aspecto irregular rugoso o granuloso. La superficie es seca, áspera, falta de elasticidad y sin vegetaciones sobresalientes. Se observa en algunos puntos adheridas a la superficie pequeñas masas de materia fecal seca, y algunas veces pequeños islotes de epitelio necrótico o pseudomembranas.

El examen microscópico muestra la ausencia de epitelio en algunos lugares, aunque siempre está en las partes profundas de las criptas de Lieberkühn. Los folículos están generalmente atrofiados, el tejido intertubular disminuye y las células caliciformes son escasas. El epitelio cilíndrico puede decirse que asume en esta enfermedad el tipo estratificado. Esta alteración no se extiende más allá de uno a dos centímetros arriba de la línea anorrectal; está limitado en las partes superficiales de la membrana y no ataca los tubos.

El tejido conjuntivo de la capa submucosa es denso y ligeramente engrosado; no contiene tejido embrionario ni fi-

bras elásticas, como ocurre en la forma hipertrófica. Los folículos solitarios están muchas veces engrosados y distendidos. En algunos puntos se presentan tejidos de granulación y ulceraciones, que se acompañan de hiperemia y multiplicación de los vasos sanguíneos, pero no existen alteraciones de las paredes vasculares.

**Síntomas.**—Como ya se dijo, este proceso se presenta con frecuencia en individuos que sufren largo tiempo de estreñimiento. Las heces son escasas, duras y secas y su expulsión es dolorosa. Muchas veces, están cubiertas de sangre, pus y moco. Los pacientes sufren de tenesmo y dolor en la región sacra que se irradia hacia los miembros. El enfermo tiene la sensación de calor en el recto y después de la deposición se queja de que su intestino no ha llegado a vaciarse. Esta sensación no es igual a la sensación de repleción, que es más característica de la variedad hipertrófica, sino más bien una molestia que llama la atención del paciente hacia la región y que le hace suponer que encontraría un alivio si evacuase el recto. El prurito del ano es un síntoma frecuente, como también lo es el espasmo de los esfínteres. Debido a la contracción del conducto anal, el paso frecuente de las heces produce pequeñas fisuras o desgarramientos de la mucosa. Su presencia añade una sensación de ardor o de pinchazo a los otros síntomas de la enfermedad. Estas fisuras son muy superficiales y no deben confundirse nunca con la típica fisura del ano. Consisten tan sólo en una abrasión lineal de la mucosa del conducto sin tendencia a la formación de úlceras crónicas, que es característica de la verdadera fisura. Con frecuencia se asocian también las hemorroides.

Cuando se realiza el examen proctoscópico estando el paciente en posición genuacromial o invertida, aparece la mucosa enrojecida, aunque no de modo tan marcado como en la variedad aguda; seca y cubierta aquí y allá con pequeños copos de materia fecal seca. La introducción del proctoscopio suele acompañarse de hemorragias. Al examinar la pared rectal se presentan numerosas ulceraciones puntiformes. La secreción mucosa, que es muy escasa en estos estados, se ad-

hiere a la pared y se caracteriza por su espesor y tenacidad. En este tipo de proceso, la mucosa no se junta delante del proctoscopio y el recto tiene el aspecto de ser un tubo rígido en el que sobresalen las válvulas rectales. Aparte de las pequeñas ulceraciones antes indicadas son frecuentes otras úlceras, y cuando se presentan tienden a hacerse crónicas y a rodear al intestino, dando lugar a una estrechez.

**Tratamiento.**—Hay que cerciorarse de si el enfermo es o no sífilítico. Cuando el paciente lo ignora o no se expresa claramente cuando se le habla de este asunto, y no pueden obtenerse datos precisos, debe practicarse la reacción de Kahn o la de Wassermann. Cuando son positivas, se instituirán las medidas indicadas para el tratamiento de la sífilis terciaria. Cuando la reacción de Wassermann o la de Kahn sea positiva, se practicarán inyecciones intramusculares de preparados de bismuto o inyecciones intramusculares o intravenosas de compuestos arsenicales, como los arsenobenzoles.

La dieta es exactamente igual a la que ha sido indicada al tratar de la proctitis hipertrófica, con excepción de que el paciente puede hacer uso de alimentos grasos, pan (no recientemente horneado), tostadas, arroz, sagú y flanes. Cuando exista indigestión intestinal, debe administrarse pancreatina y vaselina líquida, según ha sido dicho para el tratamiento de la variedad hipertrófica. Como esta enfermedad está limitada al recto y a la parte inferior de la flexura sigmoidea, no son necesarias las irrigaciones copiosas, pero también pueden ser empleadas para el lavado de la flexura sigmoidea y del recto, las soluciones antes mencionadas. Después de la irrigación del recto se colocará al enfermo en posición genua-cromial, y con el empleo del proctoscopio se harán aplicaciones sobre las lesiones ulcerosas con solución saturada de nitrato de plata, yodo o ácido fénico puro. La pulverización de solución de mercurocromo al 3 ó 4 por ciento es eficaz, así como las soluciones de alumbre y de ácido salicílico de que antes hicimos mención. Remitimos a los capítulos correspondientes para lo que se refiere a las lesiones que pueden complicar esta enfermedad, como hemorroides, fisuras y prurito. Cuan-

to se ha dicho acerca del ejercicio al aire libre es también aplicable en estos casos.

No debe cometerse el error de tratar a un paciente de proctitis o sigmoiditis localizada cuando la enfermedad afecta todo el colon. Aunque los casos moderados de colitis pueden responder al tratamiento expuesto en este capítulo, otras veces es necesario el reposo fisiológico, y esto sólo puede conseguirse mediante la cecostomía o la colostomía temporal. Las irrigaciones del colon desde arriba pueden ser también necesarias antes de instituir otros tratamientos.

## CAPITULO XV

### EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS—NEOFORMACIONES BENIGNAS Y ESTRECHEZ RECTAL

Dado que la presencia de cuerpos extraños en el conducto anal y en el recto, da lugar a notables molestias e incluso a afecciones agudas, es conveniente llamar la atención sobre tales casos. No es raro que puedan ser introducidas en el conducto anal, particularmente entre los alienados, diversos cuerpos extraños, como alfileres, botellas, huevos, lápices, navajas, tenedores, y aun picaportes. Los invertidos sexuales suelen también introducirse en el recto objetos más gruesos y en estos casos pueden sobrevenir síntomas graves y aun gravísimos, debidos a la traumatización del recto y algunas veces de la flexura sigmoidea que puede provocar la ruptura. Siempre que la pared intestinal ha sido rota por la introducción de un cuerpo extraño, está indicada la laparotomía inmediata.

Sin embargo, cuando el cuerpo extraño no ha traumatizado la pared de modo tan intenso, puede extraerse empleando grandes cuidados en la maniobra. La anestesia caudal, descrita en el capítulo IV, basta para conseguir la completa relajación. Si el cuerpo extraño es agudo o cortante, debe ser manipulado cuidadosamente y después de explorar con el dedo, será extraído mediante una larga pinza hemostática, procurando no traumatizar el conducto anal.

Algunas veces los objetos pequeños, como huevos o bolas (cánicas), se extraen introduciendo un trozo de venda, de modo que forme un lazo. De esta manera al tirar de los extremos se extrae el cuerpo extraño.

Un paciente visto por el autor, se había introducido una copa pequeña, y cuando se pretendió extraerla, las pinzas rompieron los bordes de la copa. En este caso, colocando al paciente en posición invertida, se introdujo yeso dentro de la copa, y luego se cubrieron los bordes rotos con cera. De este modo se consiguió extraer fácilmente el objeto. En

otro caso, un dilatador rectal de goma dura, quedó alojado en posición diagonal en la porción rectosigmoidea. Entonces fué necesario empujar el dilatador hasta la flexura sigmoidea, y luego extraerlo con una pinzas largas.

No es raro que se desprendan del tubo del irrigador la cámbula de metal, de goma dura o de vidrio, que quedan alojadas en el recto. Lo primero que debe hacerse es colocarlas paralelamente al eje longitudinal del conducto anorrectal, con lo que pueden ser extraídos fácilmente con una pinza con extremos de goma.

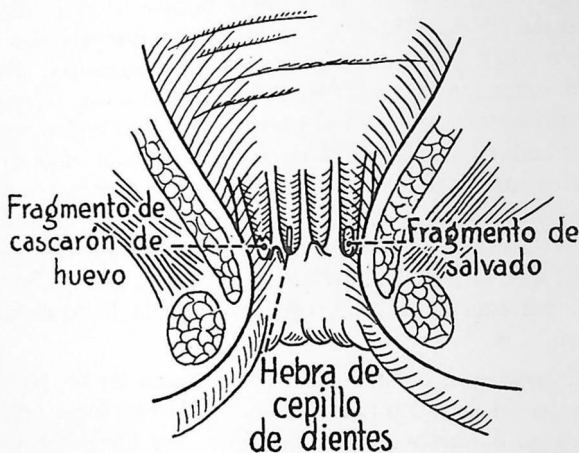


Fig. 167.—Cuerpos extraños en las criptas anales.

Es también frecuente, particularmente en los niños, que llegue a penetrar en el recto el termómetro clínico colocado para observar la temperatura. Como es natural, debe procederse con gran delicadeza para realizar su extracción. Sin embargo, en los niños puede ser necesario el empleo de la anestesia general, pues un movimiento inesperado del enfermito, puede ser causa de que fracase la maniobra.

La técnica empleada para la extracción de bolos fecales y concreciones que actúan como cuerpos extraños, ha sido descrita en el capítulo correspondiente.

Los cuerpos extraños de pequeño tamaño deglutidos por el sujeto, causan muchas veces grandes molestias, cuando,

después de haber atravesado todo el aparato digestivo, quedan alojados en la región de las criptas del ano y del esfínter. El salvado, el maíz reventado, las pepitas de manzanas, las esquirlas de huesos, cerdas de los cepillos de dientes, cáscaras y otros pequeños objetos pueden quedar alojados en las criptas anales. Cuando esto ocurre, la irritación de la cripta traumatizada excita el espasmo del esfínter y se produce el tenesmo. El paciente acude a la consulta, quejándose de gran

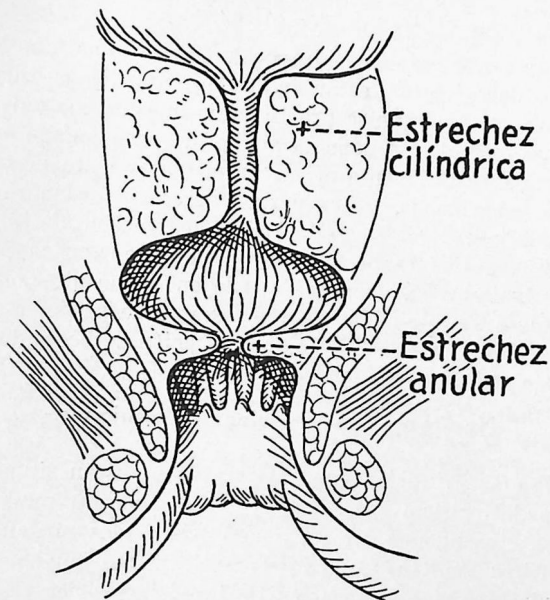


Fig. 168.—Estrechez del recto. Superior: estrechez cilíndrica.  
Inferior: estrechez angular o anular.

dolor y se opone a cualquier ensayo de exploración digital, hasta que se practica la anestesia local o caudal. En algunos casos han transcurrido dos o tres días y, debido al intenso dolor que producen los movimientos intestinales, el paciente se resiste a defecar hasta el último instante.

Podría aplicarse a los cuerpos extraños todo lo que hemos dicho acerca de los bolos fecales. Después de haber relajado el esfínter, siguiendo la técnica mencionada en el capítulo IV, se realiza la exploración digital usando el dedo pe-

queño, con lo que se descubre el cuerpo extraño sobresaliendo en una cripta. Estos cuerpos extraños pequeños, como por ejemplo trozos de cáscaras u otros objetos similares, pueden ser extraídos de la cripta mediante una pinza hemostática pequeña de puntas finas. Podría decirse que se trata de una verdadera "técnica del anzuelo".

En algunos casos, las criptas han sido traumatizadas por los pequeños cuerpos extraños, de tal modo que es necesario incidirlas. Cada incisión se prolonga hasta la superficie cutánea para que el drenaje sea eficaz.

En todos los casos en que ha habido traumatismo de las criptas o del esfínter, están indicados cuidados postoperatorios análogos a los que se practican después de cualquier operación anorrectal. La pomada analgésica mencionada en otro lugar es particularmente eficaz en el tratamiento postoperatorio de estos casos. Rara vez es necesario ordenar al enfermo que guarde cama después de la extracción de estos pequeños cuerpos extraños. La mayor parte de estos casos, pueden ser tratados con buen resultado en el consultorio. Debe prescribirse vaselina líquida, que, aparte de sus efectos calmantes sobre la mucosa, evita la formación de heces duras.

### Neoformaciones perianales benignas

Algunas neoformaciones benignas que están situadas en o cerca del orificio anal, como quistes sebáceos, condilomas, lipomas, etc., pueden ser fácilmente extirpados con anestesia por infiltración. La técnica es prácticamente igual a la que se emplea para la extirpación de las hemorroides trombóticas agudas o a la usada para la extirpación de los pliegues cutáneos anales hipertrofiados o de las hemorroides cutáneas crónicas.

Debe cuidarse, al extirpar un quiste sebáceo o de otra índole, de esta región, de no puncionar la pared al practicar la anestesia, pues un quiste íntegro es más fácil extirparlo, y esto evita las recaídas.

En la extirpación de los lipomas pequeños, es necesario practicar la anestesia completa tanto de la grasa que lo circunda como de la pared que lo cubre. El diotano o el clorhidrato de quinina y urea se usarán para la anestesia postoperatoria.

En la escisión de los condilomas o granulomas de la variedad simple, todas las incisiones serán paralelas al orificio anal. En estos casos es recomendable cauterizar la herida después de la extirpación del condiloma. Cuando se ha utilizado la anestesia caudal, puede aplicarse el cauterio sin provocar molestias al enfermo. En lugar del termocauterio puede usarse la solución de cloruro de cinc al 30 por ciento. Cuando se trata de múltiples condilomas, no es aconsejable extirparlos en el consultorio, siendo preferible la hospitalización. Cuando solamente se trata de tres o cuatro condilomas, no hay inconveniente en practicar la extirpación en el consultorio del médico.

### Estrecheces anales y rectales

Por regla general los enfermos que padecen estrecheces del ano y del recto deben ser tratados en el hospital y ordinariamente se utilizará la anestesia raquídea. Sin embargo, las estrecheces de tipo anular, que admiten el paso de un pequeño proctoscopio, con cuya exploración se descubra que no se trata de estrecheces tubulares, pueden operarse con anestesia caudal o aun local, en el consultorio médico. Las estrecheces de este tipo, consecuencia de una ulceración localizada o de alguna operación en el conducto anal, no seguidas de adecuada dilatación, pueden muchas veces curar mediante la simple incisión, o sea, por la llamada proctotomía.

El lugar preferible para practicar la incisión de una estrechez es la línea media posterior, o cualquiera de los cuadrantes posteriores. La anestesia caudal será utilizada, por regla general, cuando se trata de estrecheces de la parte inferior del recto y del conducto anal, excepto en aquellos casos de estrecheces del ano y del conducto anal en que el escalpelo puede ser guiado por el dedo de la otra mano, y ante la vista del operador.

Las estrecheces del recto inferior del tipo de sombrilla puede incidirse con un escalpelo estrecho o con las tijeras rectales angulares del autor, o por la técnica de la ligadura de goma empleada para las valvotomías rectales, tal como se muestra en la figura 57, A, con tal que el calibre de la estrechez sea suficientemente grande para permitir el paso del portaligaduras.

En las estrecheces del recto es aconsejable evitar las recaídas, mediante el masaje digital, o por la introducción repetida de una bujía de Wales de tamaño número 12. Al principio estas dilataciones se practicarán dos veces por semana, y luego con intervalos más largos, hasta que la curación sea completa.

En las estrecheces del conducto anal o del ano, son suficientes la dilatación digital y el masaje. Algunos casos de estrechez o contracción son debidos a haber permitido el abuso de purgantes después de las operaciones. En efecto, el enfermo supone que al dar lugar a heces blandas o líquidas, podrá evitar los dolores y sufrimientos postoperatorios, pero lo que consigue es hacer fracasar la operación y aumentar sus molestias. En realidad, las heces bien formadas, son el dilatador natural y dilatan el conducto anorrectal en la dirección más conveniente, es decir, de dentro a fuera. Los pacientes deben comprender que las heces bien formadas y satisfactoriamente lubricadas por el empleo de vaselina líquida, constituyen el mejor método para asegurar el buen resultado de la operación. Además, se les advertirá de la posibilidad de que se produzcan contracciones o estrecheces cuando se usan purgantes del tipo del sulfato de magnesia.

## CAPITULO XVI

### PROLAPSO DEL ANO Y DEL RECTO

El prolapso del recto es el descenso, con o sin salida a través del ano, de una o de todas las capas del recto, sin ninguna complicación. El prolapso del ano es el descenso y propulsión de la mucosa, o de todas las capas del ano, a través de la abertura anal. Se denomina también eversión o ectropión anal.

El prolapso puede ser parcial o completo. El prolapso parcial es cuando solamente la mucosa sale al exterior, mientras que el prolapso completo significa el descenso de todas las tunicas del recto. El prolapso completo se divide en tres grados, según su extensión.

El prolapso de primer grado es aquel en que la porción prolapsada comienza en el margen anal y la mucosa que lo cubre se continúa con la piel vecina, no existiendo surco circundante. En el prolapso completo de segundo grado se observa que el descenso comienza justamente arriba del esfínter y se propulsa a través del orificio anal, invaginándose sobre la porción inferior no afectada. En esta variedad existe un marcado surco entre el prolapso y el margen del ano.

El prolapso de tercer grado puede comenzar en la parte superior del recto o aun en la porción de la flexura sigmoidea, que desciende hasta la cavidad rectal inferior, aunque, de ordinario, no llega a salir a través del orificio anal. Esta variedad se conoce con el nombre de *prolapso oculto*.

Dadas las limitaciones de esta obra, no es posible ocuparse de aquellos estados que exigen tratamientos complicados de cirugía mayor con anestesia general o raquídea. Ninguno de los estados patológicos mencionados antes serán estudiados en este libro, salvo los que más a menudo ve el médico general, que se presentan muchas veces en los niños y adultos. La forma más frecuente que se observa en los niños es la parcial o incompleta, que consiste en una eversión del conducto anal, que arrastra la mucosa que cubre la parte infe-

rior del recto. La mayoría de los casos no requiere tratamiento quirúrgico y se puede obtener buenos resultados con paciencia y tenacidad.

### Etiología

El prolapso se produce con más frecuencia por los esfuerzos intensos y prolongados. Los estados patológicos, como los pólipos rectales, las hemorroides, los cuerpos extraños en

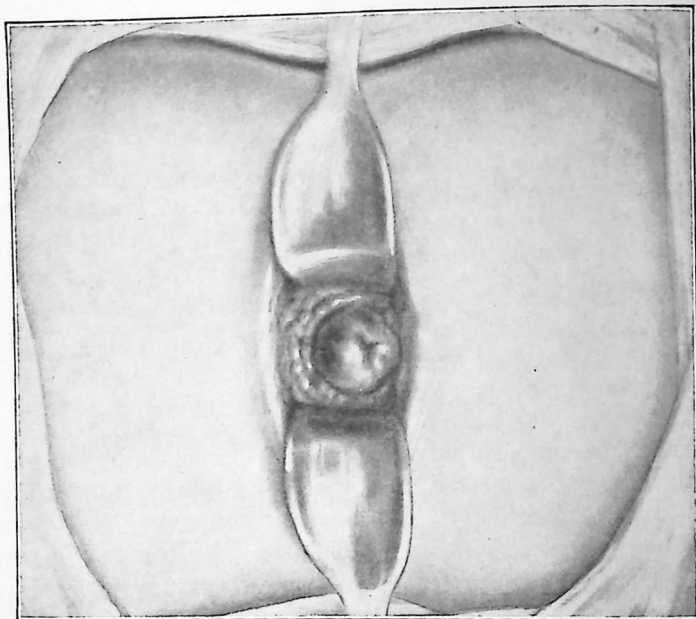


Fig. 169.—Prolapso del recto de tercer grado. Muestra el recto prolapso que desciende hasta el ano pero que no sale a través de él.

el recto, las heces duras, la oxiuriasis, los cálculos en la vejiga, la fimosis, la diarrea, la tos y los estornudos violentos, que se acompañan de debilidad del esfínter, pueden ser causa del proceso que nos ocupa, si bien el origen más frecuente está constituido por los prolongados esfuerzos durante la defecación.

La costumbre muy común de las madres, de ordenar a sus hijos que se esfuercen para defecar, es la responsable

de buen número de casos de prolapso del recto. El niño sentado en su bacinilla, casi en cuclillas, continúa durante media, una hora o toda la mañana, haciendo esfuerzos para cumplir el deber que le impuso su madre, y esto da lugar a que poco a poco se separe la mucosa del recto y haga su aparición a través del ano.

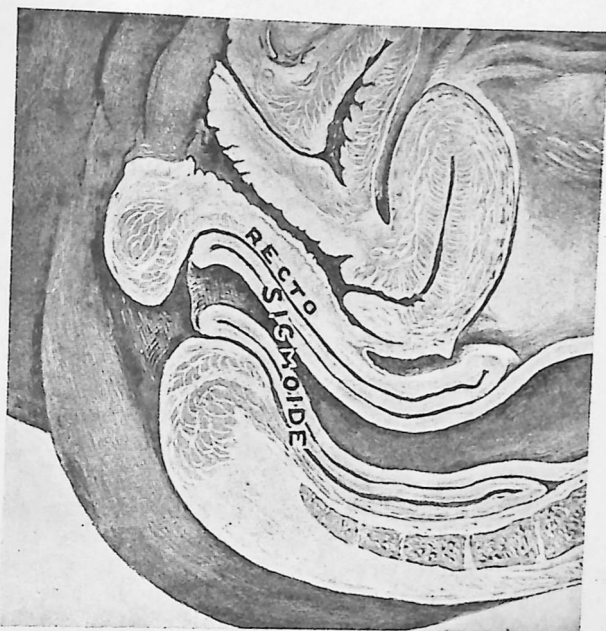


Fig. 170.—Prolapso oculto de tercer grado, de la flexura sigmoidea que se introduce en el recto. Este caso exige la operación de mesosigmoidopexia, del autor.

En otros casos, los esfuerzos extraordinariamente enérgicos de los músculos abdominales, dan lugar a la elongación del mesenterio de la flexura sigmoidea, que se invagina en el recto. En estos casos es raro que la porción invaginada salga a través del ano y este estado, que se conoce con el nombre de *prolapso oculto* puede pasar inadvertido largo tiempo. Desde el punto de vista anatómico, la dirección recta del sacro en los niños ofrece menos sostén al recto que en

los adultos, y cuando en aquéllos se producen enfermedades consuntivas, la región se relaja tanto, que prácticamente el recto carece de sostén.

El prolapso del recto en la mujer no es raro después del parto, siendo también una secuela del estreñimiento crónico. Excepto en los casos que exigen operaciones plásticas o reconstrucciones del perineo, el tratamiento del prolapso del adulto no difiere materialmente del que se practica en el niño y que luego describiremos.

### Síntomas

El prolapso del recto en el niño aparece de modo inesperado. Después de un tiempo durante el cual el niño ha estado sometido a las malas prácticas antes mencionadas, la madre se sorprende cuando un día observa la aparición de un anillo de color rojo o purpúreo que rodea al ano, y cuyo tamaño depende de la porción de recto prolapsado. Cuando el prolapso se mantiene cierto tiempo, el recto adquiere color más oscuro, debido a las dificultades de la circulación de retorno, originadas por la contracción del esfínter.

### Diagnóstico

El diagnóstico es muy sencillo y apenas necesita explicación. La aparición de un anillo constituido por una membrana blanda aterciopelada que hace relieve en el ano, sólo se observa cuando se trata de prolapso. Un pólipo se diferencia por su forma redondeada, su consistencia dura y la presencia de un pedículo que penetra a través del ano. Las hemorroides, que son raras en los niños, tienen comienzo gradual, su consistencia es dura, forman masas separadas y no presentan el aspecto rojo o purpúreo característico de la mucosa prolapsada. A medida que pasa el tiempo, el prolapso se va agravando, y en los casos más marcados puede exteriorizarse todo el recto.

### Tratamiento

Cuando el prolapso hace por primera vez su aparición, puede ser reducido del modo siguiente: se coloca al enfermo en la posición de Sims, con las nalgas a mayor altura que la

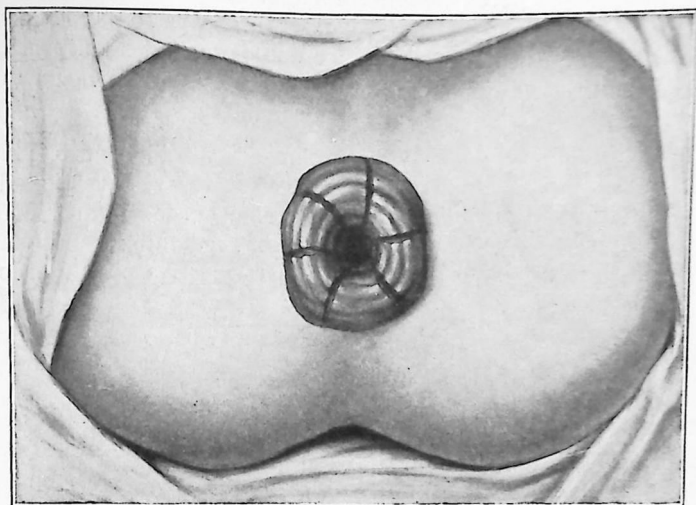


Fig. 171.—Prolapso de primer grado del recto, mostrando la línea radiada de cauterización.

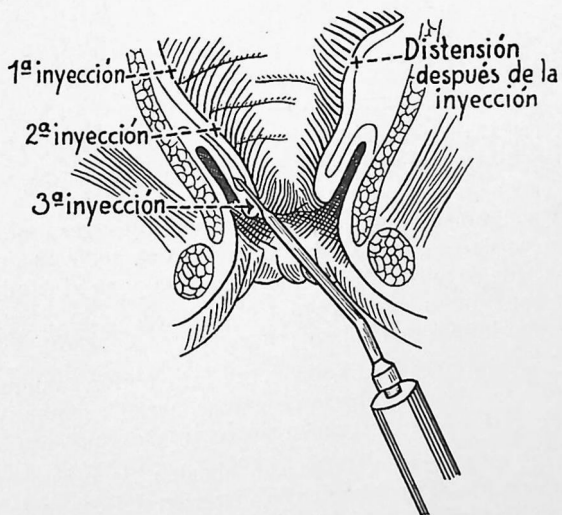


Fig. 172.—Inyección en los casos de prolapso rectal de segundo grado.

### Seno externo

El seno externo, es originado por la abertura de un absceso perineal en la superficie cutánea. Se caracteriza por la aparición después de la ruptura o de la incisión de un absceso de esa zona, de una mancha roja o pápula que excreta pus. El paciente se queja de molestia cuando se sienta, de prurito del ano o de una desagradable humedad en la región. La diferencia existente entre el seno externo y la fístula completa se aprecia mediante los métodos de exploración antes men-

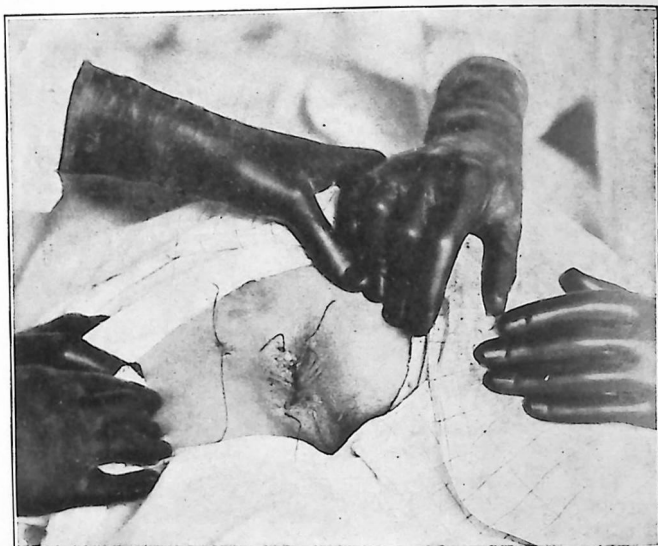


Fig. 103.—Fístulas anorrectales múltiples. Obsérvense las sondas en los orificios.

cionados. En realidad, se trata de un absceso cuya cavidad se ha hecho más o menos pequeña, y que no llega a curar debido a la acción del esfínter que lo mantiene abierto.

**Tratamiento.**—El tratamiento consiste en la incisión con desagüe, o en la escisión de todo el trayecto sinusal. Algunos autores aconsejan convertir el seno externo en una fístula completa y proceder luego del modo correspondiente. No hay ninguna razón que aconseje convertir en una fístula la simple cavidad de un absceso y nosotros proscribimos

tales métodos. No creo que sea necesario cortar nunca el esfínter para lograr la curación de los senos externos.

### Senos internos

Esta variedad de seno se caracteriza por tener su abertura únicamente en el intestino, y se origina por la ruptura de un absceso perirrectal, que encuentra menor resistencia en la dirección del recto. El seno se caracteriza por su comienzo insidioso y obscuro, y muchas veces pasa inadvertido durante largo tiempo.

**Síntomas.**—El síntoma principal es la aparición de secreciones purulentas a través del ano. Se acompaña de ardor o picazón, o de simple molestia en la parte inferior del recto. Cuando la mucosa que rodea el orificio está muy alterada, existe también tendencia a la diarrea. Cuando un paciente se queja de dolor en el recto, que persiste varios días, y se acompaña de sensación de calor y dolor pulsátil con ascenso de la temperatura, y tales síntomas se alivian, más o menos, después de la expulsión de cierta cantidad de pus a través del ano, debe sospecharse en que se trata de la abertura en el recto de un absceso submucoso o perirrectal. La persistencia de la secreción purulenta durante semanas y meses significa la existencia de un seno interno.

**Diagnóstico.**—Estando el paciente en posición lateral se percibe por la exploración digital una zona rugosa de bordes indurados, situada de ordinario en la parte posterior o en las laterales. Al presionar sobre la región que circunda esta abertura, puede producirse una descarga purulenta. Cuando se hace la exploración a través del anoscopio o de un espéculo fenestrado, se observa la abertura, que usualmente se encuentra en la línea dentada y a unos tres centímetros del margen anal. Tiene color rojo obscuro, con bordes ligeramente elevados, y la extensión del seno puede determinarse introduciendo un alambre flexible de plata. Es conveniente doblar el alambre en forma de gancho para determinar la extensión de la cavidad en la dirección del ano, no siendo raro que los abscesos internos, particularmente los de la variedad submucosa, presenten su diámetro máximo dirigido hacia el ano. Los abscesos submucosos son los que preferentemente dan lu-

gar a los senos internos y su trayecto rara vez penetra en la capa muscular del recto.

**Tratamiento.**—Estando el paciente en posición lateral y esterilizadas las partes externas, se anestesia y relaja el esfínter del ano, del modo descrito en el capítulo IV. Se introduce el anoscopio de abertura oblicua, de manera que des-

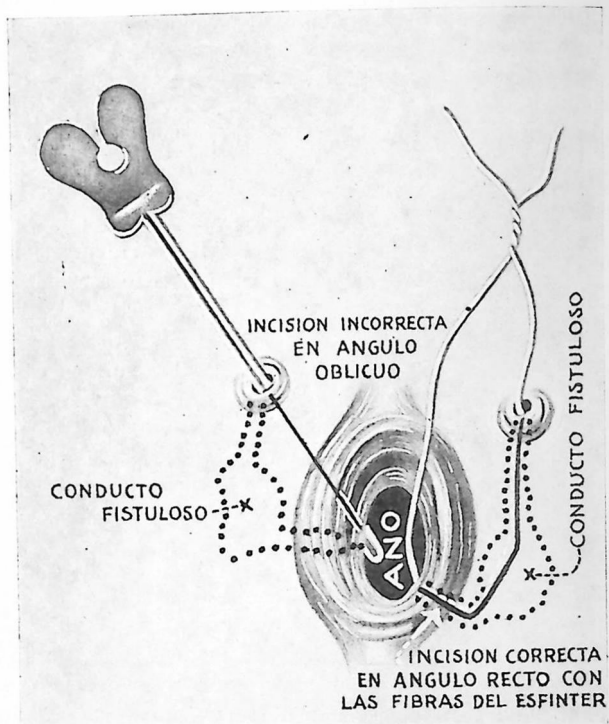


Fig. 104.—Métodos correcto e incorrecto de incidir el esfínter. Esta figura muestra el error que puede cometerse en el empleo de la sonda acanalada en lugar del alambre de plata flexible.

cubra la abertura del seno. Una vez que ha sido determinada su dirección y extensión, se infiltran los tejidos con una solución de novocaína al 0.5 por ciento, seguida de otra inyección de solución de diotano o quinina y urea en la misma proporción. Se introduce una sonda flexible de plata y se abre el seno con un escalpelo de mango largo, con un criptótomo o con las tijeras rectales angulares. Se coloca en la cavidad

del absceso una pequeña torunda de algodón empapada con solución al 2 por ciento del anestésico, dejándola actuar durante dos o tres minutos. Se recortan los bordes de la mucosa suprayacente y se coloca una mecha de tela de goma cuyo extremo sale a través del ano. La extremidad inferior de la abertura debe prolongarse hasta fuera del ano, para favorecer el drenaje. A las 24 horas se quita la mecha, se administra una enema de bicarbonato sódico. La defecación será permitida a partir del tercer día, y las heces se reblandecerán mediante la administración de vaselina líquida. Desde entonces las deposiciones serán diarias. De ordinario, estos casos curan sin mayores atenciones. De todos modos, es conveniente vigilar al enfermo cada dos días, durante una semana, para asegurarse de que la cavidad se halla en franca cicatrización.

### **Senos o trayectos submucosos**

Existe una variedad de seno submucoso que se extiende de ordinario desde el fondo de una cripta de Morgagni, y que Wallis denominó trayecto submucoso. Consiste, simplemente, en un seno submucoso de calibre muy pequeño o de una verdadera cripta intensamente inflamada, pudiendo extenderse el proceso, aunque no siempre, por el interior de los conductos que parten de las criptas. Se produce una descarga purulenta muy irritante y aunque su cantidad es pequeña, es muchas veces responsable de la aparición del prurito anal. En aquellos casos en que se observa la secreción purulenta y no puede encontrarse un orificio interno propio del seno, es aconsejable examinar, con una sonda, las criptas de Morgagni, determinando así la presencia o ausencia de los llamados trayectos submucosos. Cuando existen, se incindirán mediante un escalpelo de punta aguda o un criptótomo, después de realizar la anestesia del modo antes indicado. No requiere cuidados postoperatorios, más que el examen un día sí y el otro no, por tres o cuatro días, para asegurarse de la buena marcha del proceso de cicatrización.

### **Fístulas submucosas o mucocutáneas**

Cripps describió una variedad de fístula muy parecida, al seno o trayecto submucoso, que denominó fístula mucocutánea. Tan sólo difiere de la variedad antes descrita por el hecho de que su comunicación con la superficie tiene lugar

a través de una pequeña abertura situada en uno de los pliegues anales, en lugar de hacerlo en una de las criptas de Morgagni.

El tratamiento de esta variedad es el mismo que el antes descrito y, por tanto, prescindimos de los detalles.

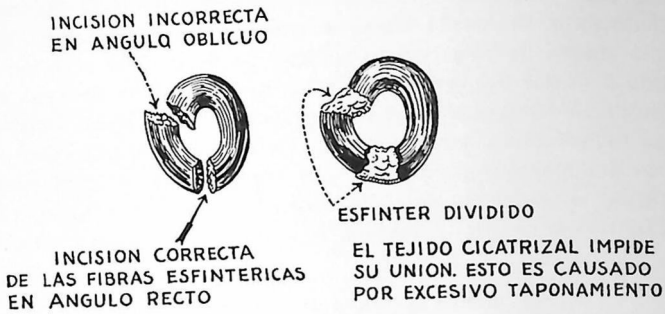


Fig. 105.—Métodos correcto e incorrecto de cortar el esfínter del ano.

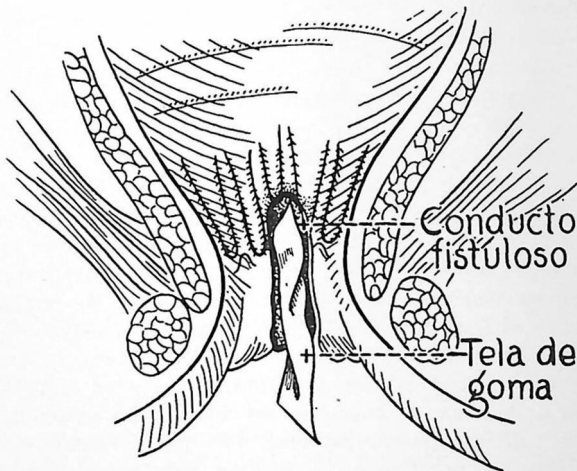


Fig. 106.—Mecha de goma en una herida por fistula.

#### INYECCION DE PASTA DE BISMUTO

El uso de una mezcla de subnitrate de bismuto y vaselina para el diagnóstico y tratamiento de los trayectos fistulosos, senos y abscesos, fué propuesto por primera vez por Emil G. Beck, de Chicago, abriendo así un interesante campo en

el tratamiento no quirúrgico de la fístula anorrectal. La pasta recomendada por Beck, se compone de una parte de subnitrito de bismuto y dos partes de vaselina. La técnica es la siguiente:

Se lava el intestino del paciente y se aseptica, en lo posible, el trayecto fistuloso. Se emplea una jeringa de punta cónica, cubierta de asbesto, que se llena con la mezcla antes dicha, previamente esterilizada, la cual se mantiene a una temperatura que la permita permanecer líquida, pero que pueda ser tolerada por el paciente. El extremo de la jeringa se ajusta a la abertura principal de la fístula, si es que existen varias, y se inyecta lentamente la pasta. Cuando hay una abertura interna de comunicación con el intestino, se introduce el dedo de la otra mano para ocluirlo, evitando así



Fig. 107.—Criptótomo simple, pero eficaz, hecho con un pedazo de hoja de resurar.

que la pasta penetre en el intestino, y facilitando su paso a través de todos los divertículos y trayectos tortuosos. Se observará la misma precaución cuando haya más de un orificio externo comunicante. No se retirará la jeringa hasta que todos los trayectos estén bien llenos, lo que se consigue realizando una débil y continua presión sobre el émbolo. Luego se aplica una gasa y un vendaje en T. Suelen ser suficientes de una a cinco inyecciones, y se aplicarán una o dos por semana. Algunos casos requieren desde dos semanas hasta seis meses para llegar a la curación. Aunque este método no llega a sustituir completamente la cura radical de la fístula por la operación y es más eficaz cuando se trata de senos, puede ensayarse en todos los casos cuando el enfermo rechaza la operación o está contraindicada por algún motivo.

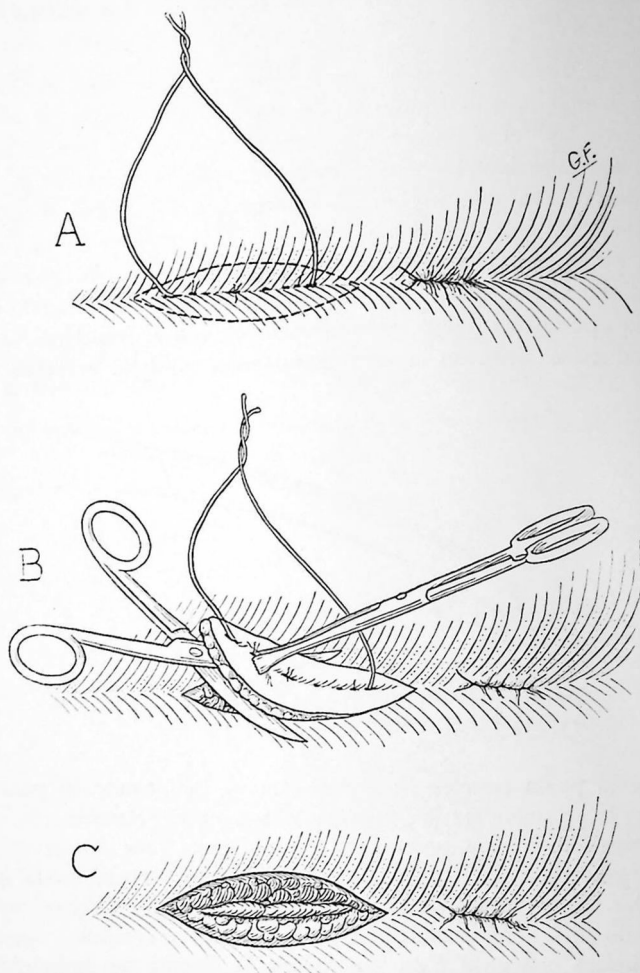


Fig. 108.—Escisión de un quiste pilonidal.

A. Alambre de plata usado para la tracción.

B. Escisión.

C. Herida que queda abierta, a través de la cual se ve el periostio del sacro.

### Fístula anal en los enfermos tuberculosos

El hecho de ocuparnos en este lugar de las fístulas en los enfermos tuberculosos y considerar las variedades que pueden ser tratadas con anestesia caudal o local, se debe a

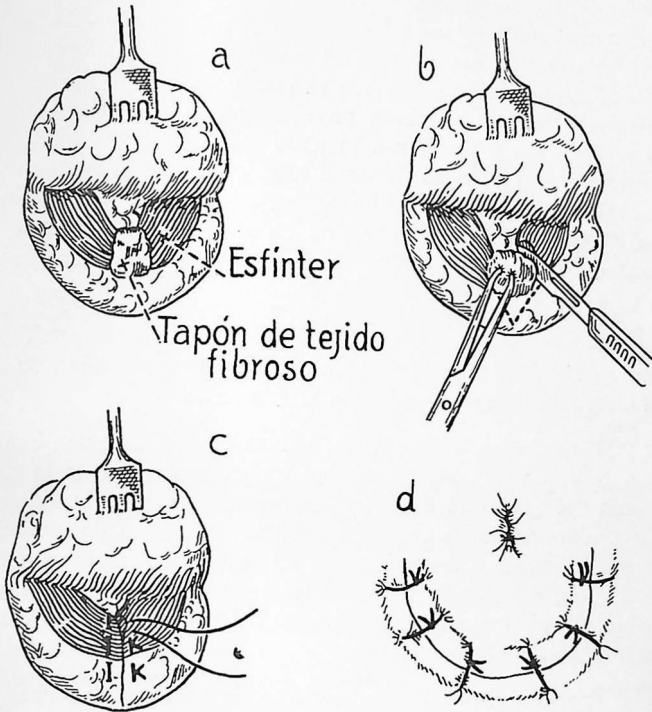


Fig. 109.—Operación plástica para esfínterorrafia.

- A. Separación del colgajo, que muestra el tejido fibroso que separa los extremos del esfínter.
- B. Escisión del tejido fibroso.
- C. Sutura de colchonero que une el esfínter.
- D. Colgajo colocado nuevamente en su lugar.

la circunstancia de que en tales sujetos la anestesia general está poco indicada. La aparente relación entre fístula y tuberculosis es debida a que en los tuberculosos las defensas están disminuídas. Los abscesos en la región anorrectal tienden a la formación de fístulas en los individuos cuyas defen-

sas están por debajo de la normal. En consecuencia, tienen una mayor facilidad para padecer esta clase de procesos los sujetos afectos de enfermedades de tipo consuntivo, y sobre todo, los tuberculosos. El aparato intestinal de los tuberculosos está constantemente infectado por bacilos de Koch, y cuando hay un absceso que comunica con el intestino, encuentran terreno apropiado para localizarse y propagarse. La antigua idea de que la operación de las fístulas tuberculosas ejerce una mala influencia sobre el estado pulmonar de los enfermos, puede descartarse en absoluto. La administración de cloroformo o de éter a menudo irrita y activa los focos pulmonares, y esto es precisamente lo que ha dado lugar a la errónea creencia. Por lo contrario, los síntomas y molestias locales, originados por una fístula, dan lugar a que el paciente esté más irritado, con lo que se dificulta su tratamiento general.

**Síntomas.**—Los síntomas son los de la fístula anal, que han sido descritos anteriormente, y que se acompañan de los síntomas generales propios de la tuberculosis.

**Diagnóstico.**—La sola diferencia que existe entre la fístula común y la complicada con tuberculosis está en la presencia del bacilo de Koch en las excreciones, y en la existencia alrededor de la abertura externa, de tejido de granulación blando, de color rojo y de mal aspecto. Existe también la tendencia a minar la piel de los bordes y a que el vello que rodea el ano sea suave. Menos del 5 por ciento de mis casos fueron del tipo tuberculoso.

**Tratamiento.**—El tratamiento de una fístula tuberculosa es el mismo que el de las diferentes variedades de la fístula común, con la única excepción de que, después de abrir el trayecto, debe cauterizarse con el electrocauterio o emparar sus paredes con ácido láctico puro o ácido acético glacial. Dada la peculiar acción del yodo contra los bacilos tuberculosos se usa mucho el yodoformo o la gasa yodada. Se prescribirá la vida al aire libre, así como los tratamientos generales indicados en esta clase de enfermos.

La inyección de pasta de bismuto puede ser beneficiosa en algunos de estos casos y se ensayará particularmente en aquellos enfermos en que exista alguna contraindicación para la intervención quirúrgica.

## CAPITULO XII

### HEMORROIDES

La hemorroide, que es la más común de las enfermedades anorrectales, es también la que más frecuentemente es tratada por el propio paciente. Para ninguna otra afección se ofrecen más curas y remedios ilícitos, o se venden más específicos. Muchos individuos inteligentes, que jamás asisten a la consulta de médicos ilegales cuando se trata de cualquiera otra enfermedad, acuden a los llamados "especialistas en almorranas", debido a que suponen que los médicos prestan poca atención a las enfermedades rectales, siendo asombroso lo extendida que está esta creencia.

Existen varias razones para ello. Tales son: la escasa instrucción que recibe el estudiante de medicina por lo que se refiere a las enfermedades rectales, que se consideran como un incidente en la práctica de la cirugía general; la repugnancia que experimentan la mayor parte de los médicos generales cuando se trata de un caso que exige la exploración del recto; la rapidez con que se hacen tales exámenes; la aversión que tienen de ordinario tales médicos para practicar tratamientos locales de la región anorrectal; su falta de habilidad para establecer un diagnóstico exacto; en fin, el tratamiento superficial que se prescribe a los enfermos, dado el afán del médico de salir del paso y deshacerse de un enfermo cuyo tratamiento le es desagradable. Todas estas causas son las responsables de la situación secundaria que ocupan en la patología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades rectales.

El profesional debe estimar que el ano y el recto constituyen órganos particulares que requieren tratamientos médicos y quirúrgicos especializados, y la proctología está tan justificada como pueden estarlo las especialidades de ojos, oídos, nariz y los órganos génitourinarios. Los conocimientos del cirujano general son escasos e ignora el tratamiento médico de estos órganos; en cambio, el médico general no suele disponer de un instrumental adecuado para los tratamientos correspondientes. Así, ha surgido el proctólogo, que, dedica-



Fig. 110.—Hemorroides internaexternas.



Fig. 111.—Corte de una hemorroide internaexterna. (Microfotografía, 4.) En el lado superior derecho de la figura, la mitad superior está cubierta de mucosa y la mitad inferior de piel; entre ambas existe un surco que corresponde a la línea pectinada. La parte superior izquierda es, pues, una hemorroide interna, la inferior una hemorroide externa. La estructura interior de ambas porciones es prácticamente idéntica al tejido areolar laxo con venas trombosadas dilatadas.

do especialmente al estudio de esta región del cuerpo, es capaz de aplicar los métodos quirúrgicos o médicos, y a menudo ambos, que el caso requiera. Atraída su atención hacia la especialidad, los tratamientos quirúrgicos que emplea son siempre del tipo conservador; conoce que los tejidos deben ser destruidos lo menos posible; que los cuidados postoperatorios inteligentes aseguran el restablecimiento de la normalidad, y que no se trata tan sólo de "cortar una fístula o de ligar una almorrana".

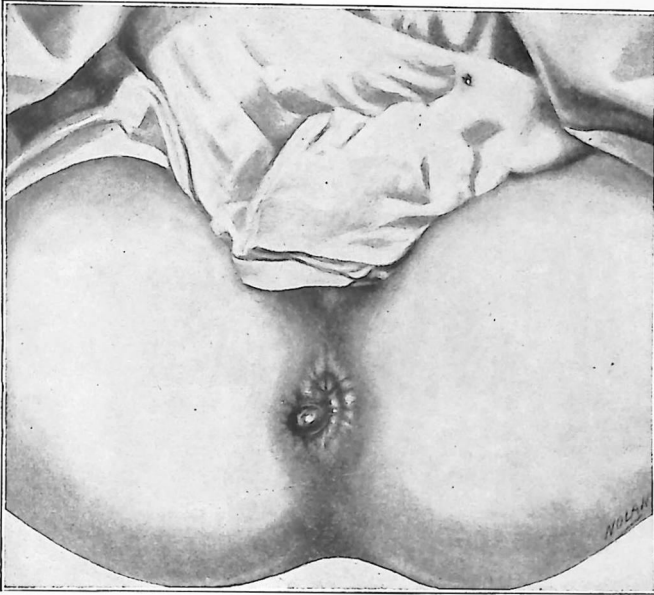


Fig. 112.—Hemorroide aguda externa trombosada.

Los "especialistas en enfermedades rectales" y los "sanatorios", en los que se hace una llamada directa al público, auxiliada por ilustraciones llamativas, etc., se han extendido por todos los países, se promete al enfermo que su enfermedad rectal será curada "sin internamiento en el hospital, sin necesidad de suspender sus actividades, y sin usar el cloriformo ni emplear bisturíes ni cauterios". Como es natural, esto constituye una atractiva llamada para los pacientes tímidos que padecen dolores o molestias originadas por enfer-

medades anorrectales. Un gran número de individuos des-  
cuida su tratamiento debido al invencible horror a los hospi-  
tales y a los anestésicos generales. Por fortuna, gracias al  
uso general de los anestésicos no hipnóticos y a la aplicación  
científica de tratamientos quirúrgicos que no exigen el enca-  
mamiento, es posible vencer la resistencia de los pacientes,  
haciéndoles saber que es innecesaria la hospitalización, no  
siendo tampoco precisa la anestesia general.

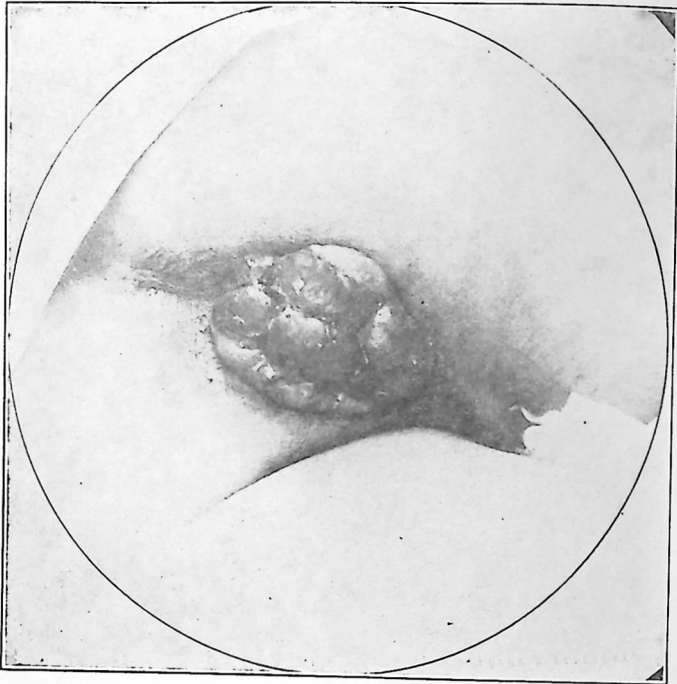


Fig. 113.—Raro caso de hemorroides externainternas  
agudas trombosadas.

Un buen número de médicos generales, sin ser proctólo-  
gos, son capaces de tratar algunas enfermedades anorrectales  
llenando indicaciones prácticas elementales y conociendo los  
medios terapéuticos que pueden emplearse.

El tratamiento de las hemorroides por los médicos, ha  
caído ya dentro de estas líneas generales que hemos expuesto.  
Las técnicas han sido simplificadas y los resultados obteni-  
dos son muy satisfactorios.

### Variedades

Las hemorroides son tumores o tumefacciones producidas por alteraciones patológicas de las venas del ano y del recto, que se acompañan de una infiltración, más o menos marcada, de los tejidos circundantes, y de una hipertrofia de la piel del ano. Según su localización, se clasifican de ordinario en tres variedades: *externas*, *internas* y *externainternas*. Las *externas* son las que se encuentran fuera de la región esfinteriana y están cubiertas por el tegumento; las *internas* están tapizadas por membrana mucosa y deben con-

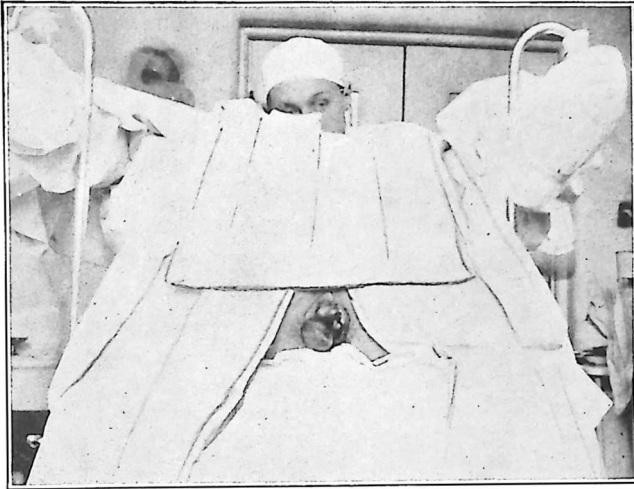


Fig. 114.—Hemorroides trombóticas agudas de volumen poco frecuente.

siderarse como tales lo mismo cuando están en el intestino que cuando se prolapsan. Las hemorroides internas cuando están prolapsadas y permanecen así, pueden parecer externas, pero se diferencian por estar cubiertas por la mucosa. La variedad *externainterna* es una combinación de las dos anteriores, estando cubiertas por mucosa y piel. Las externas se dividen, a su vez, en trombóticas, tegumentarias y varicosas.

Las trombóticas o "hemorrágicas" suelen aparecer repentinamente, son redondeadas, su tamaño varía entre el de un guisante y el de una uva grande; su color es azulado o

purpúreo y a menudo son muy dolorosas. Los pacientes creen que son más voluminosas de lo que en realidad son, y se caracterizan por su aparición repentina. La variedad tegumentaria cutánea es un saco o bolsa de piel espesada que alberga los restos de una antigua hemorroide aguda trombotica que se ha reabsorbido. La variedad varicosa consiste en una colección de pequeñas venas varicosas cubiertas de piel y situadas dentro o fuera del ano.

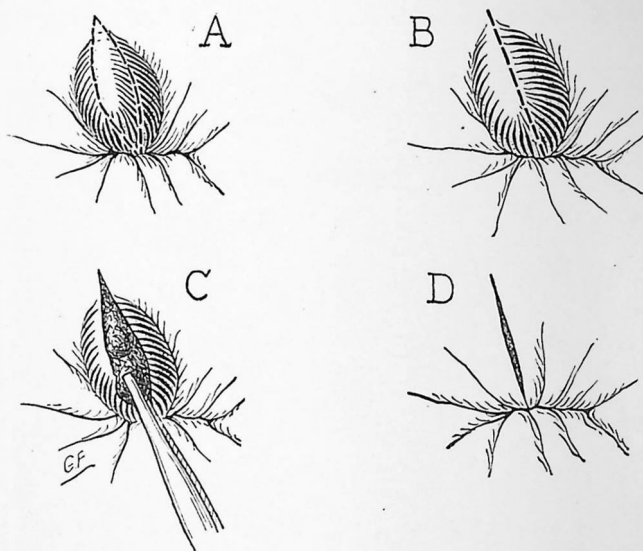


Fig. 115.—Hemorroides trombosadas externas.

- A. Escisión elíptica de la piel que cubre la hemorroide.
- B. Incisión de la piel que cubre la hemorroide.
- C. Extracción del coágulo.
- D. Incisión después de la extracción del coágulo.

La variedad interna se divide en capilar o granulosa, y varicosa. Las hemorroides capilares no necesitan aparecer como un tumor, sino simplemente como un área circunscrita, enrojecida, que puede sangrar cuando se tocan. Cuando existe una tumefacción, se asemejan a una frambuesa. Su color es más brillante que la variedad varicosa y sangran más fácilmente. Las hemorroides internas varicosas son originadas por una varicosidad de las venas del plexo hemorroidal

superior, y las venas varicosas, en unión de los tejidos infiltrados circundantes, forman de ordinario tumores redondeados triples de variado tamaño. Uno de ellos está situado en el lado izquierdo del conducto anal y los otros dos en el derecho. Pueden existir también otros tumores secundarios más pequeños localizados entre los anteriores, pero la situación de las tres principales masas hemorroidales es constante. Las hemorroides internas pueden también dividirse en pedunculadas y sésiles, y todas ellas pueden prolaparsarse.

### Causas

Las hemorroides se atribuyen a una gran variedad de causas. La principal causa predisponente es la posición erecta del hombre, que da lugar a que se estacione la columna de sangre de las venas de la parte inferior del recto y del ano, dado que están desprovistas de válvulas. Cualquiera causa que aumente el peso de la columna sanguínea, o que facilite la presión sobre las paredes de las venas, da lugar a su dilatación. El estreñimiento es una causa de hemorroides. Las heces duras y gruesas, al pasar a través del recto, empujan la sangre hacia él y comprimen las venas, dando lugar a un aumento de presión del plexo hemorroidal, en el conducto anal. Sin embargo, una causa más frecuente es el esfuerzo por aliviar el estreñimiento mediante purgantes; el excesivo esfuerzo que hace el paciente al pujar y las heces líquidas constituyen un factor causal más importante que el estreñimiento mismo. El exceso de alimentación y la falta de ejercicio, los excesos del alcohol o cualquiera otra causa que produzca una congestión de la circulación porta, son factores importantes en el origen de la enfermedad. La profesión del enfermo tiene mucha importancia en la etiología: los individuos que tienen que estar en pie continuamente, como trabajadores del campo, policías, carteros, etc., etc., están especialmente predispuestos. Los hombres son tratados con más frecuencia que las mujeres, no porque estén más predispuestos a las hemorroides, sino porque algunas mujeres son sometidas a tratamientos ginecológicos, que curan o alivian las hemorroides. Algunas mujeres que sufren hemorroides de-

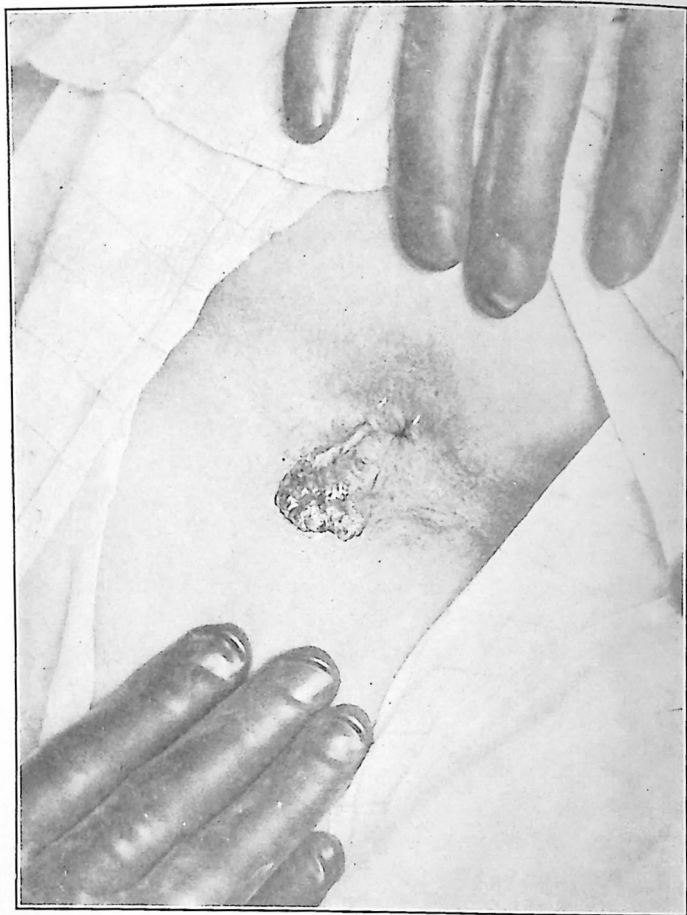


Fig. 116.—Condilomas de origen específico muchas veces diagnosticado erróneamente como hemorroides externas.

bidas a la presión del útero grávido, curan espontáneamente después del parto.

En nuestra opinión, sin embargo, la causa más común es el abuso de los purgantes.

### Síntomas

Los tres principales síntomas que se presentan en las hemorroides internas son: la hemorragia, el dolor y el prolapso por el ano.

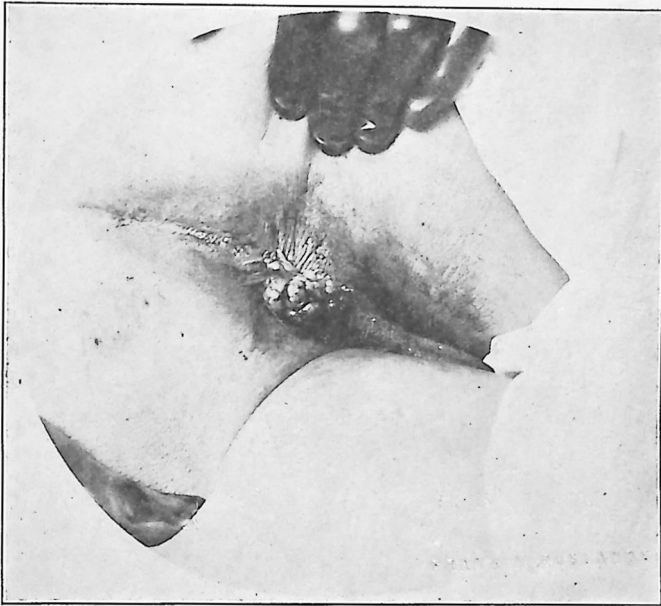


Fig. 117.—Condiloma no específico del ano.

**Hemorragia.**—La hemorragia tiene especial interés. Algunos pacientes que sufren de hemorroides, rara vez o nunca padecen hemorragia; en estos casos la mucosa que cubre la hemorroide es gruesa y no se traumatiza fácilmente, y las hemorroides puedan propulsarse sin hemorragia, o ser ésta muy escasa, reduciéndose a algunas gotas que manchan el papel higiénico después de la defecación. En otros casos son muy profusas, pudiendo perderse gran cantidad de sangre en cada deposición, dando lugar a profundas anemias. De

paso debe mencionarse que es extraordinariamente importante averiguar en todos los casos de anemia, si el paciente sufre de hemorroides. No es raro que la hemorragia rectal sea la causa de su enfermedad y, en estos casos, la extirpación o el tratamiento de la lesión rectal restablece rápidamente el número de glóbulos rojos. En ocasiones puede ser observada una típica hemorragia arterial que parte del centro de la masa hemorroidal.

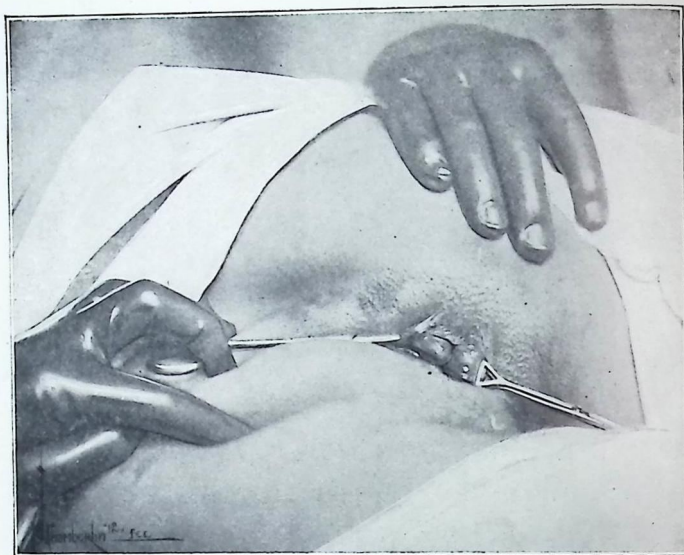
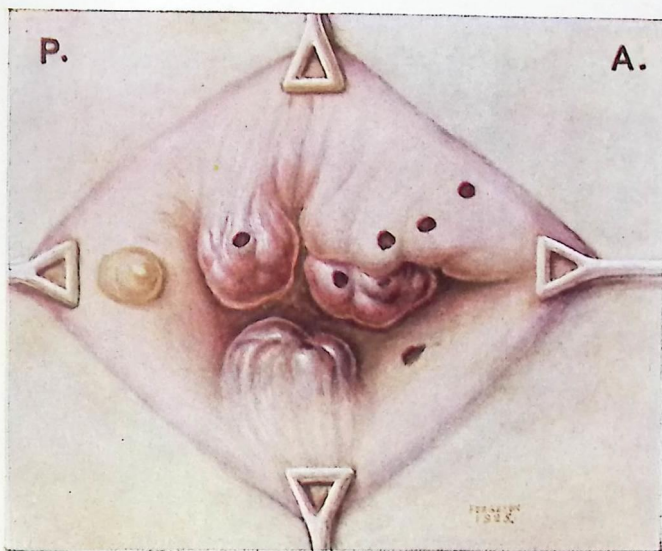


Fig. 118.—Hemorroides internas prolapsadas en las comisuras anterior y posterior.

Antes de continuar exponiendo cuanto se refiere a las hemorragias producidas por las hemorroides, debemos hacer notar que hay que ser cauto antes de *establecer el diagnóstico de hemorroides, teniendo tan sólo en cuenta la hemorragia rectal*. Muchos pobres enfermos afectados de un tumor maligno incipiente, han sido descuidados en su enfermedad debido al diagnóstico erróneo de hemorroides, basado en la presencia de la hemorragia. No importa cuál sea la edad del paciente, ni si hay o no dolor; el síntoma hemorragia no es suficiente para contentarse con el diagnóstico de hemorroi-



LAMINA V.

Hemorroides prolapsadas internas y trombosadas externas agudas. Obsérvense las ulceraciones de la mucosa y del tegumento a través de las cuales se ven los trombos. En la comisura posterior se encuentra un gran quiste sebáceo.



des y es necesario observar la lesión y no establecer el diagnóstico hasta que, mediante un examen proctosigmoidoscópico completo, podamos tener la seguridad de que no se trata de una neoplasia en su comienzo.

No es mi intención en esta obra citar casos, pero conozco muchos en los cuales el diagnóstico del proceso maligno se hizo demasiado tarde para salvar la vida de los pacientes, debido a que durante meses habían sido considerados como casos de hemorroides y no se había hecho un examen rectal. También la fisura anal puede ser diagnosticada como hemo-

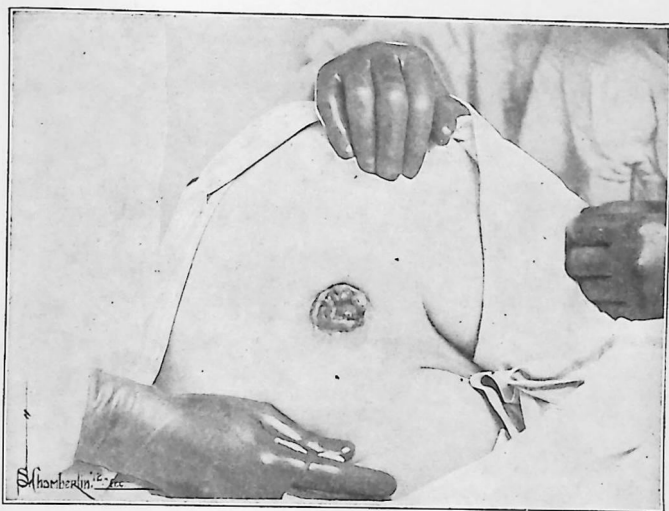


Fig. 119.—Hemorroides internas prolapsadas. Un buen caso para anestesia local.

roide, basándose tan sólo en la aparición de sangre después de las deposiciones.

**Dolor.**—El dolor de las hemorroides internas es un tanto característico, pero no patognomómico. Es más bien un dolor sordo, que se acompaña de una sensación de llenura, con o sin latidos. Rara vez es de tipo agudo. El paciente puede quejarse de una sensación constante de peso y de molestia en el recto y en la región sacra, y de ordinario se encuentra deprimido mentalmente. Hay pacientes que no tienen dolor.

El dolor que acompaña a las hemorroides trombóticas agudas es repentino, de carácter lancinante, y se asocia con la presencia de tumor. El dolor pronto se hace intenso, pulsátil, se calma con la incisión de la hemorroide y la extracción del coágulo. Las restantes variedades de hemorroides externas no se acompañan de dolor, a no ser que estén inflamadas, pero pueden presentarse con intenso prurito.

**Prolapso.**—En los casos de hemorroides internas que se prolapsan (Lámina V), el prolapso es al principio escaso, y

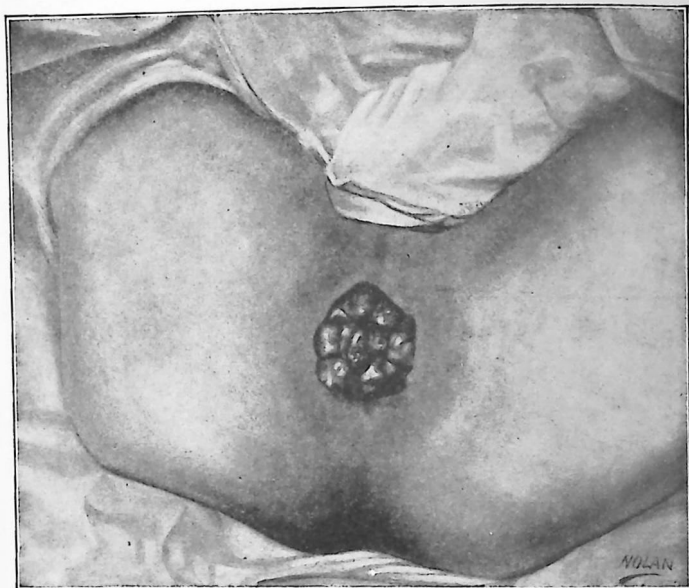


Fig. 120.—Hemorroides internas prolapsadas. Esta figura muestra hasta qué punto pueden prolapsarse las hemorroides internas.

aumenta gradualmente con el tiempo. En sus comienzos las hemorroides prolapsadas pueden ser reducidas fácilmente por el enfermo después de la defecación, pero pasado algún tiempo, el estado se agrava y las hemorroides no sólo se prolapsan durante la defecación, sino hasta cuando el paciente está en pie o pasea. Finalmente, permanecen fuera del ano y tan sólo pueden reducirse, cuando el paciente está en cama o en la posición genupectoral, y aun cuando se recurre a ciertos artificios, para contenerlas y vuelven a salirse en

cuanto el sujeto se coloca en posición vertical e inicia la marcha.

### Diagnóstico

No es superfluo dedicar mucho espacio al diagnóstico de las hemorroides, ya que se reconocen con gran facilidad; con todo, un diagnóstico falso puede tener, como ya hemos dicho, consecuencias muy graves y, por tanto, no es por demás insistir sobre este punto.

En primer lugar, al paciente común que consulta al médico sospechando hemorroides u otra afección rectal, se le

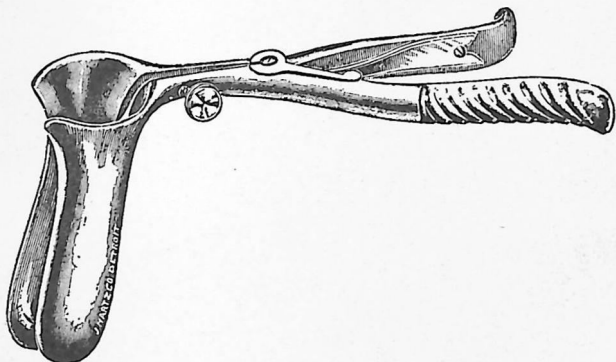


Fig. 121.—Espéculo rectal bivalvo. Este instrumento, antes muy usado para la exploración rectal, debe ser proscrito, según la opinión del autor, en las técnicas modernas de exploración. Tan sólo puede utilizarse en el momento de la intervención y cuando el paciente está sometido a la anestesia general.

invita a menudo a colocarse en posición para efectuar un "examen rectal", y el médico introduce el dedo índice en el recto, hasta donde el paciente lo permita, y eso es todo; o toma un espéculo bivalvo y si logra introducirlo suficientemente, procede a la dilatación. Por lo común antes de completar el examen, el paciente abandona la mesa de examen y rechaza otra tentativa de examen, y a esto se reduce generalmente el examen rectal. Así aconteció con los reclutas durante nuestra movilización en la Guerra Mundial, con 4 millones de hombres. Millares de camas en los hospitales militares de ultramar fueron ocupadas por enfermos con pro-

cesos rectales que hubieran podido ser diagnosticados en sus casas y en los campos de instrucción, de haber recurrido a los métodos de diagnóstico moderno.

Ahora, una exploración completa (Capítulo III) no sólo del recto, sino también de la parte inferior de la cavidad sigmoidea, puede ser realizada prácticamente sin dolor y sin recurrir al espéculo dilatador. Se usan los proctoscopios cilíndricos de diversa longitud y, a través de ellos, puede ser perfectamente examinada la cavidad sigmoidea inferior, obteniéndose resultados completamente satisfactorios.

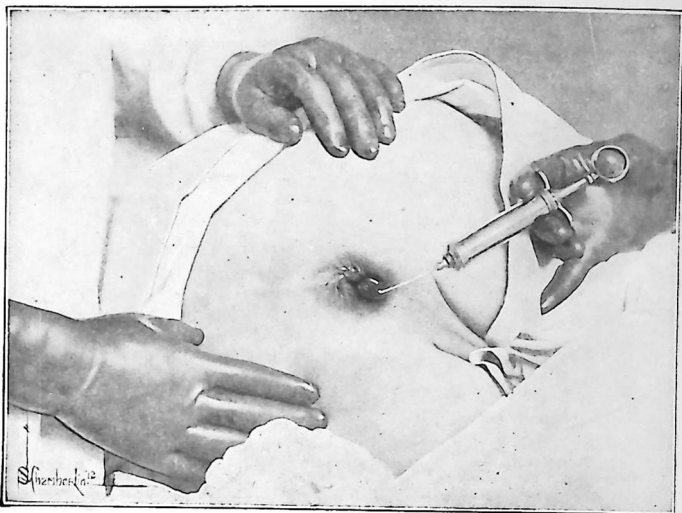


Fig. 122.—Inyección de solución anestésica en una hemorroide prolap-sada, mostrando la distensión necesaria para la anestesia.

Al realizar la exploración de los casos de hemorroides, el enfermo se colocará en la posición lateral de Sims, derecha o izquierda, según la preferencia del médico. Se introduce una varilla con algodón empapado con solución de diotano o nupercaína, o con una pomada analgésica, dejando actuar estos medicamentos durante 4 ó 5 minutos. En la mayor parte de los casos esta anestesia es suficiente para poder realizar el examen prácticamente sin dolor. Con el dedo protegido por un guante de goma o por un dedal, bien lubricado, se procede del modo siguiente:

Después de realizar una cuidadosa inspección del ano y de los tejidos circundantes, se introduce la extremidad del dedo pequeño o del índice a través del ano, ordenando al enfermo que puje como si tratara de expulsar el dedo. Siempre debe introducirse al principio el dedo meñique, pues causa menos molestia cuando nos hallamos en presencia de una lesión aguda, sensible y dolorosa.

La exploración digital con el índice se realiza más tarde. La superficie palmar del dedo debe mirar hacia la comisura posterior del ano. Se introduce lentamente el dedo hasta que se halle en la parte inferior de la cavidad rectal; luego se gira con suavidad de un lado a otro para darse cuenta de las posibles alteraciones. Cuando se retira el dedo explorador, se hace lentamente, tratando de observar la ausencia o presencia de tumoraciones, depresiones y de todas aquellas alteraciones que se aparten de la sensación aterciopelada que produce el conducto anal. Se debe siempre tener en cuenta que no hay que hacer una exploración demasiado profunda. Dichas alteraciones llegan a encontrarse introduciendo el dedo tan sólo a 5 ó 6 centímetros de profundidad y en esta pequeña área es posible descubrir un buen número de procesos. Hay que recordar que, hasta hemorroides de volumen considerable, pueden no ser encontradas al hacer la exploración digital, debido a que la presión vacía la sangre, con lo que la lesión hemorroidal pasa inadvertida. Con todo, quien sea suficientemente experto, puede descubrir la presencia de estas elevaciones blandas y de los surcos que se encuentran entre ellas.

Cuando las hemorroides se acompañan de fisuras dolorosas, puede ser imposible introducir el dedo, de no emplear la anestesia local, cuya técnica ha sido descrita en el capítulo IV. Una vez terminada la exploración digital, se introduce el anoscopio, se quita el obturador y se ordena al paciente que puje. Con esto las hemorroides se prolapsan dentro del instrumento y pueden ser examinadas sin dificultad. Cuando el paciente asume la posición en cuclillas y hace un esfuerzo, las hemorroides también se prolapsan. Luego se introduce el proctoscopio y después de éste, el sigmoidoscopio. Sin embargo, para introducir el proctoscopio debe emplearse la posición genuacromial. En esta posición la cavidad rectal se dilata por la presión del aire atmosférico. Los pliegues y arrugas pueden observarse fácilmente, obteniéndose un completo examen de la mucosa que tapiza al recto. Se determina

el tamaño y el estado de las válvulas rectales y la presencia o ausencia de úlceras de la pared rectal. El sigmoidoscopio se introduce estando el enfermo en la posición indicada o en la posición invertida. El colon sigmoideo o pelviano se observa en la posición invertida mejor que en la posición genua-cromial y, por tanto, debe utilizarse en todos los casos. Hasta el sigmoidoscopio neumático se emplea con mejor resultado en esta posición, debido a que los órganos pelvianos se separan del intestino y permiten su dilatación.

De esta manera puede explorarse satisfactoriamente toda la región, sin recurrir a instrumentos que dilaten el esfínter,



Fig. 123.—Una hemorroide internaexterna prolapsada en la comisura anterior y anestesiada para su extirpación.

en grado mayor de lo que pueda hacerlo la base del dedo índice. No es necesaria la relajación del esfínter, y el enfermo no experimenta dolor alguno. Como es natural durante la exploración puede ser necesario limpiar, irrigar o aspirar los líquidos del recto y la flexura sigmoidea, todo lo cual puede ser fácilmente hecho a través de los instrumentos mencionados.

Al hablar del diagnóstico diferencial entre las hemorroides y los otros estados patológicos que pueden dar lugar a confusión, mencionaremos, en primer lugar, la fisura.

**FISURA.**—Las fisuras anales que pueden acompañar a las hemorroides, suelen ser únicas. El dolor de la fisura es casi patognomónico, pues es agudo, cortante, intensificándose durante el paso de las heces. Permanece muchas veces durante varias horas después de la deposición y suele acompañarse de tenesmo y espasmo del esfínter. Las hemorragias de las fisuras se presentan durante o después de la deposición. Pueden consistir en una veta hemorrágica sobre las heces o en algunas gotas de sangre que siguen a la deposición y que manchan el papel higiénico. La presencia de fisuras es causa de que el enfermo demore lo más posible el momento de la defecación, y cuando tiene que defecar, las masas fecales duras provocan más dolor y molestias que antes. La exploración digital revela una fisura rodeada de tejido más o menos indurado, que está localizada, muchas veces, en la comisura posterior o en los lados derecho e izquierdo de los cuadrantes pósterolaterales.

**ÚLCERA.**—La úlcera del recto puede ser erróneamente diagnosticada como hemorroide, basándose en las hemorragias más o menos grandes que se asocian. Sin embargo, la úlcera suele acompañarse de diarrea y la inspección ocular, realizada después de un interrogatorio que nos informa de la presencia de sangre en las heces, nos permite establecer rápidamente el diagnóstico. Lo mismo puede decirse de las proctitis. La mucosa rectal, intensamente congestionada e inyectada, puede sangrar al defecar, pero cuando el médico concienzudo examina meticulosamente todos los pacientes que presentan sangre en las heces puede descubrir muchas otras fuentes de hemorragias y establecer el diagnóstico correcto.

**CANCER.**—Como es natural, lo primero en que debe pensarse cuando se presenta el síntoma hemorragia es la posibilidad de un cáncer. Pueden presentarse neoplasias muy avanzadas en sujetos que ofrecen el aspecto de perfecta salud. Cuando un paciente, cualquiera que sea su edad, incluso cuando se trata de un niño, aunque con más frecuencia después de los 40 años, presenta una historia de hemorragias rectales, que ha sido precedida de trastornos digestivos más o menos marcados, incluso diarreas alternadas con estreñimiento, que se prolongan varias semanas, con formación de considerable cantidad de gases, debe sospecharse en que se trata de un tumor maligno, a pesar de que no exista caque-

zia ni pérdida de peso. Cuando la sangre es de color oscuro, de aspecto alquitranado o como borra de café, la localización del cáncer es más alta. Si la sangre es fresca, color rojo brillante, se coagula después de la deposición y tiene olor nauseabundo (un olor que es casi patognomónico), debe pensarse en que se trata de un cáncer incipiente del recto o de la flexura sigmoidea. Cuando se tiene en cuenta que el 50 por ciento de todos los cánceres asientan en el aparato gastrointestinal y que el 16 por ciento de todos los cánceres del aparato digestivo se localizan en el recto y en la flexura sig-

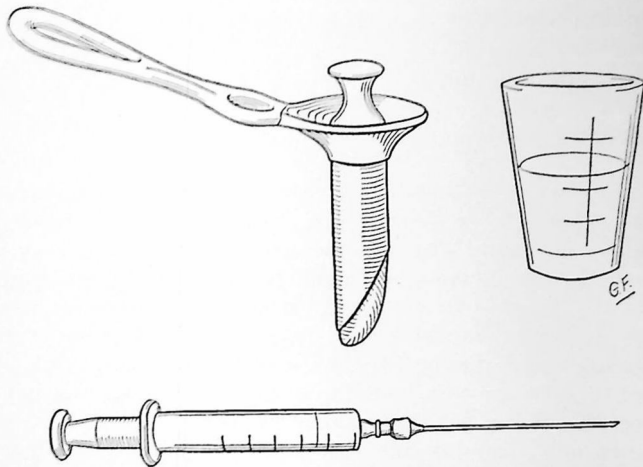


Fig. 124.—Anoscopio, jeringa y vaso para el tratamiento por inyecciones.

moidea, podrá comprenderse la gran importancia que tiene examinar cuidadosamente a todos los enfermos que presentan el síntoma de hemorragia rectal.

**PROLAPSOS.**—Diversos tipos de prolapsos pueden ser diagnosticados erróneamente como hemorroides. Los pólipos, que se presentan en cualquier edad, pero con mayor frecuencia en la infancia, se prolapsan en el momento de la defecación. Son más duros, más fibrosos que las hemorroides y cuando se reducen con el dedo y penetran en el recto, producen una sensación resbaladiza que es un tanto característica de estas lesiones. El examen anoscópico muestra que se tra-

ta de un tumor fibroso, duro, redondeado, unido por un pedículo, que tiene un asiento más elevado en la cavidad rectal que las hemorroides. Las papilas anales engrosadas se diagnostican a veces como hemorroides fibrosas. Sin embargo, las papilas engrosadas son pequeñas, casi siempre triangulares, algunas veces alargadas en forma de cinta, de color rosado y no contienen venas varicosas. Su punta por lo común se dirige hacia abajo y están unidas por su base o porción más ancha. Las papilas anales están situadas en la unión del ano y del recto, en los bordes inferiores de las criptas de Morgagni.

Los condilomas pueden ser diagnosticados erróneamente como hemorroides externas tegumentarias, pero la inspección cuidadosa y los antecedentes de enfermedades venéreas, permiten imponer el diagnóstico. En ocasiones, el prolapso de un absceso anal o perianal puede simular las hemorroides internas inflamadas. Sin embargo, introduciendo un dedo en el recto y colocando la otra mano sobre la masa, puede determinarse el lugar de la cavidad del absceso, encontrándose muchas veces fluctuación. El comienzo repentino, acompañado por intenso dolor, tumefacción, enrojecimiento y elevación de la temperatura, están en favor del absceso, descartando que se trata de hemorroides. La lesión que se confunde a menudo con las hemorroides prolapsadas es el prolapso del ano o del recto. Existen tres grados de prolapso:

- 1º Simple eversión de la membrana mucosa anal.
- 2º Descenso del recto en el que intervienen, más o menos, todas las capas.
- 3º Descenso de todo el recto acompañado más o menos de la flexura sigmoidea, que puede caer hasta el orificio anal, pero que no siempre llega a prolapsarse.

La mucosa prolapsada se diferencia de las hemorroides prolapsadas, por su aspecto aterciopelado y liso, el color rojo y la ausencia de venas varicosas. Se continúa con la mucosa rectal y puede observarse un surco entre el ano y el prolapso cuando se trata de la segunda y tercera variedades. En la primera variedad, la exploración cuidadosa permite observar que la membrana se continúa con la piel anal. Como es natural, los casos graves de hemorroides prolapsadas se acompañan de cierto prolapso de la mucosa del ano, pero el diagnóstico es fácil.

### Tratamiento

El tratamiento de las hemorroides puede clasificarse en paliativo y radical.

**Paliativo.**—El tratamiento paliativo de las hemorroides, aunque no da lugar a una curación permanente, alivia los síntomas agudos por cierto período de tiempo. Cuando el paciente sufre debido a las hemorroides internas prolapsadas, que el esfínter contraído estrangula, lo primero que hay que hacer es reducir el prolapso. Esto no siempre es fácil. La contracción del esfínter alrededor de las hemorroides, impide el retorno de la sangre y las hemorroides aumentan de volumen, de tal modo que no pueden ser reducidas si no se acude



Fig. 125.—Jeringa para anestesia y para tratamiento por inyecciones de las hemorroides.



Fig. 126.—Aguja angulada de Frankel para el tratamiento por inyecciones de las hemorroides.

a la anestesia local. Algunas veces, las compresas de algodón empapadas en solución de clorhidrato de adrenalina (1:1000), neosinefrina (1:1000), o glicerina caliente, al contraer los vasos sanguíneos, hacen posible la reducción. En ocasiones también se puede obtener el mismo resultado con la aplicación de frío o de soluciones de alumbre, que causan la suficiente contracción vascular. Con objeto de establecer la analgesia, puede añadirse a estas soluciones cloretona, o diotano a razón de 0.5 por ciento, o novocaína al 1 por ciento. Algunas veces las aplicaciones de extracto flúido de cornezuelo de centeno ayudan a mantener la contracción de los vasos. Las pomadas que contienen adrenalina o neosinefrina al 1:1000, o cloretona al 4 por ciento en lanolina, aplicadas den-

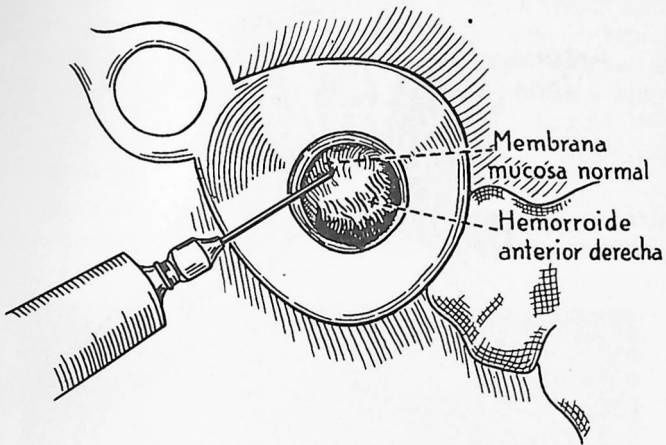


Fig. 127.—Inyección en la base de la hemorroide anterior derecha.

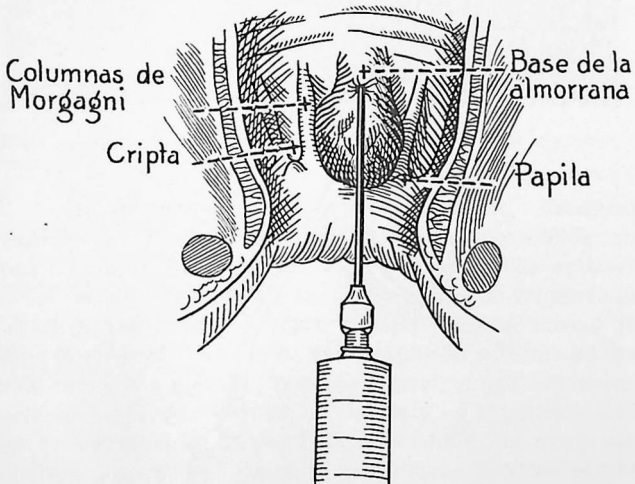


Fig. 128.—Inyección de una hemorroide mostrando el punto exacto de la punción en la base.

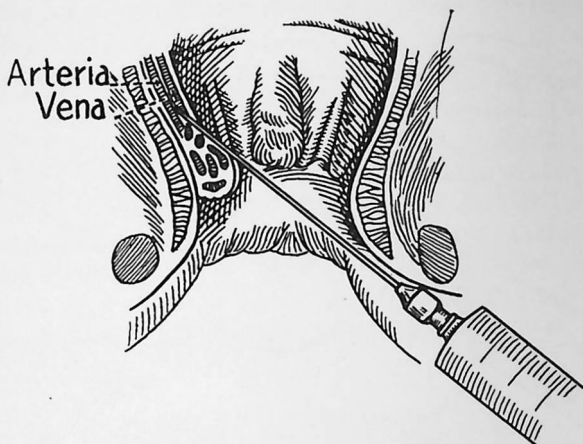


Fig. 129.—Inyección entre las venas para el tratamiento esclerosante de las hemorroides internas.

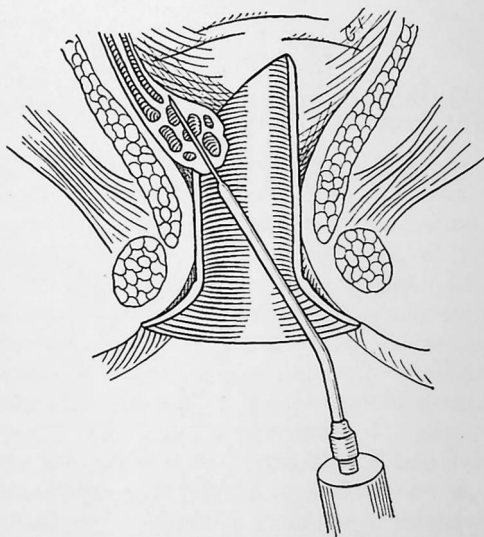


Fig. 130.—Inyección de una hemorroide interna con aguja angulada.

tro del ano después de la deposición y tres o cuatro veces al día, empleando un tubo de estaño con cánula larga, pueden prestar grandes servicios en el tratamiento de un ataque agudo de hemorroides. Cuando se administra un baño de asiento caliente se facilita la reducción, por el relajamiento de las partes. Sin embargo, todos estos tratamientos son simplemente paliativos y a la menor irritación las hemorroides vuelven a aumentar de volumen, se prolapsan y aun quedan estranguladas.

Algunos pacientes que se niegan absolutamente a sufrir una intervención radical, pueden aliviarse por la cauteriza-

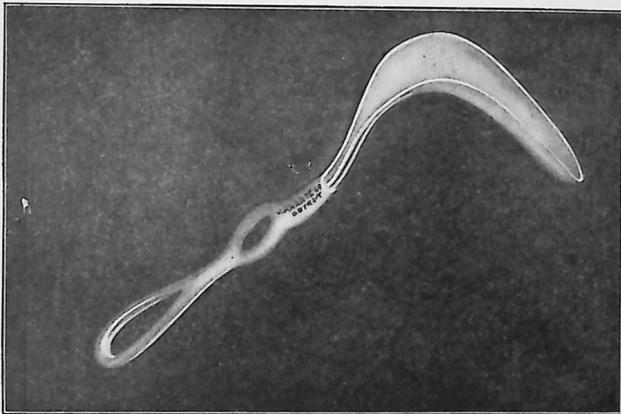


Fig. 131.—Separador rectal, modificación del espéculo de Sims.

ción de las hemorroides con el electrocauterio. Prodúcese, así, tejido cicatrizal en la superficie de la hemorroide, que, al contraerse, la hace disminuir de volumen. Las aplicaciones repetidas pueden reducir las hemorroides de tal modo que no sean perceptibles por algún tiempo. Con el mismo fin, aunque tiene poca eficacia, se han propuesto sustancias irritantes, como, por ejemplo, el ácido glacial, el ácido crómico y la solución saturada de nitrato de plata. La punción de la masa hemorroidal en varios lugares mediante la aguja eléctrica llega a reducir el volumen, pero nunca produce la curación completa. Este método, en diversas formas, es el favorito de los curanderos “especialistas en almorranas”.

TRATAMIENTO POR MEDIO DE INYECCION.—El tratamiento por medio de la inyección, que es también muy recomendado por los charlatanes, se aplica de diversas maneras. Se lava el recto con una enema de bicarbonato de sodio. La hemorroide, que debe pertenecer a la variedad prolapsada y que puede penetrar fácilmente dentro del anoscopio o salir al exterior, es inyectada en su base con una solución de ácido fénico al 5 ó 10 por ciento, cuando se desea producir una moderada inflamación y una obstrucción gradual de los vasos sanguíneos por un crecimiento del tejido fibroso, o bien con una solución concentrada de ácido fénico, del 20 al 50 por ciento, si se quiere obtener la necrosis inmediata de la masa hemorroidal.

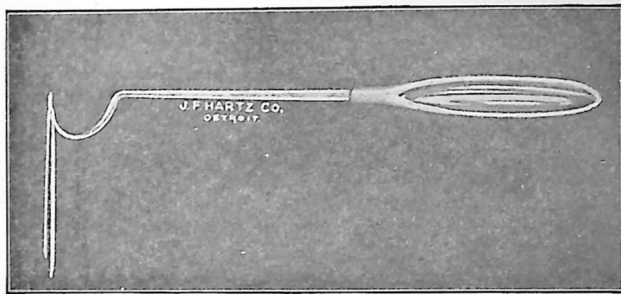


Fig. 132.—Portaligaduras de punta roma, del autor.

Cuando se trata de una o dos hemorroides prolapsadas, puede emplearse este método, inyectando una hemorroide en cada vez. En ciertos casos es necesario hacer dos o tres inyecciones en cada hemorroide, con intervalo de 5 ó 6 días, pero, debido al peligro de hacer la inyección en un vaso sanguíneo, o a causa de la imposibilidad de limitar la extensión de la necrosis originada por el ácido fénico, es un método bastante peligroso. Se han referido muchos casos de destrucción de extensas áreas de tejido e incluso de septicemia.

El mejor y menos peligroso, entre los métodos de inyección, es el empleo de soluciones de clorhidrato de quinina y urea del 5 al 10 por ciento, recomendadas por E. H. Terrell, de Richmond, Virginia, E.U.A.

Este método ha sido usado por algunos años en mi práctica personal, y en mis manos ha demostrado ser el tratamien-

to no quirúrgico más eficaz de las hemorroides internas. En comparación con las inyecciones de ácido fénico, tiene las ventajas de su relativa inocuidad, y de la ausencia de dolor en su aplicación. La técnica del autor es la siguiente:

Se lava el intestino con una enema de medio litro de agua con bicarbonato de sodio al 18 por mil, o con solución de agua oxigenada al 25 por ciento, pocas horas antes de aplicar el tratamiento. Se coloca al paciente en la misma posición que para las operaciones con anestesia local y se prepara y esteriliza la región del mismo modo. Se emplea una solución al

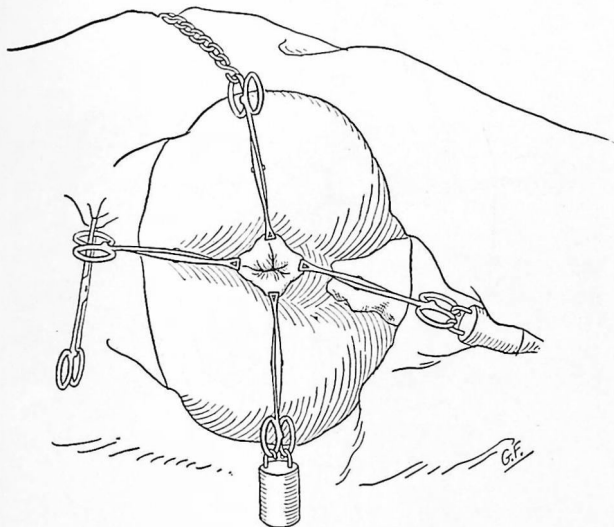


Fig. 133.—Exposición del campo operatorio con tres pesos y pinzas de Allis.

5 ó 10 por ciento de clorhidrato de quinina y urea, en solución al 0.5 por ciento de novocaína en agua destilada.

Cuando existen, como ocurre frecuentemente, las tres masas hemorroidales, se introduce el anoscopio fenestrado o de mediano tamaño del autor, de modo que la abertura coincida con la masa hemorroidal lateral izquierda y se hace penetrar el instrumento de tal manera, que quede a la vista la unión de la hemorroide con la mucosa normal. Se llena con la solución indicada una jeringa de 5 centímetros cúbicos, provista del mismo tipo de aguja que se emplea para la anestesia

local. Después de puncionar rápidamente la mucosa y de introducir la aguja hacia el centro de la masa, se inyecta lentamente un centímetro cúbico de la solución. *Cuando se inyecta la solución de quinina y urea directamente bajo la mucosa se produce necrosis.* Esto se evita cuando la inyección se practica en la profundidad del tejido.

La ventaja de inyectar en la parte superior de la hemorroide en su unión con la mucosa normal, estriba en que la

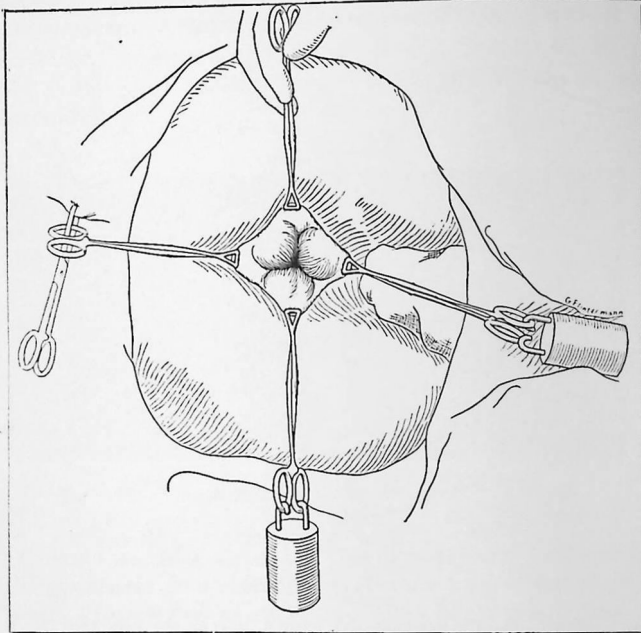


Fig. 134.—Exposición de las hemorroides, por el uso de dos pesos; la pinza triangular posterior sujeta por una pinza de Allis, que a su vez está fijada en el paño del campo operatorio. La pinza triangular superior está sostenida por un ayudante.

solución de quinina y urea se deposita alrededor de los vasos sanguíneos, antes de que se hayan bifurcado o extendido en forma de abanico. Entonces se da vuelta al anoscopio, para que su abertura coincida con la hemorroide anterior derecha, que se trata de igual modo. Luego se busca la hemorroide posterior derecha, que también es inyectada. La aguja se mantiene en su posición durante un minuto o dos después de cada inyección y luego se quita rápidamente. El paciente per-

manecerá sobre la mesa durante tres o cuatro minutos después de la última inyección.

Pasados varios días, se repiten las inyecciones y el paciente no tiene que volver al consultorio en una semana. Si después de este tiempo no se observan signos de infiltración ni de fibrosis, con retracción de las hemorroides, se hará otro tercer ciclo de inyecciones.

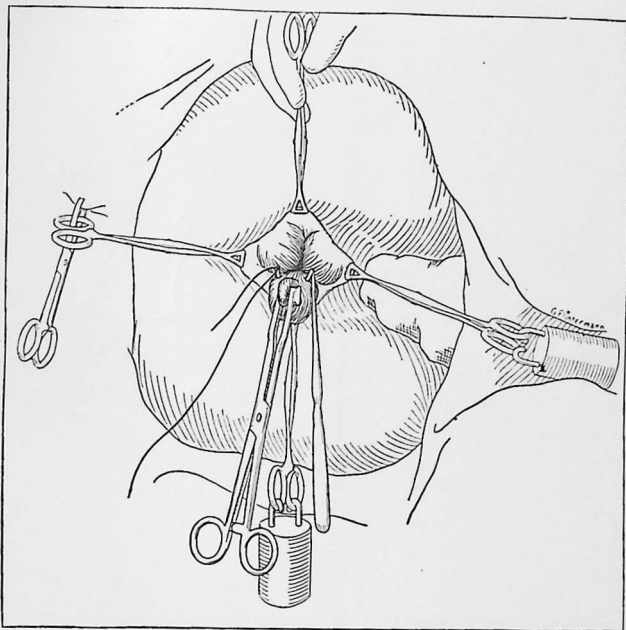


Fig. 135.—Ligadura colocada alrededor de los vasos sanguíneos de la hemorroide interna lateral izquierda.

En algunos casos es aconsejable practicar la inyección de una hemorroide en cada vez. Cuando una hemorroide está sangrando el primer día que el enfermo acude al médico, ésta será la primeramente tratada, pues la inyección de quinina y urea suele contener rápidamente la hemorragia.

La contraindicación que presenta el uso de soluciones concentradas de quinina y urea en la anestesia primaria, o sea, la formación de tejido fibroso con el subsiguiente obstá-

culo a la circulación, se aprovecha para el tratamiento quirúrgico de las hemorroides internas.

Este método jamás será usado para el tratamiento de las hemorroides externas ni para la porción cutánea de las hemorroides externainternas. En nuestras manos, los casos de recaídas se calculan en un 25 por ciento, y tienen lugar entre uno y seis años después del tratamiento. En vista de esto, siempre se debe anunciar al enfermo la posibili-

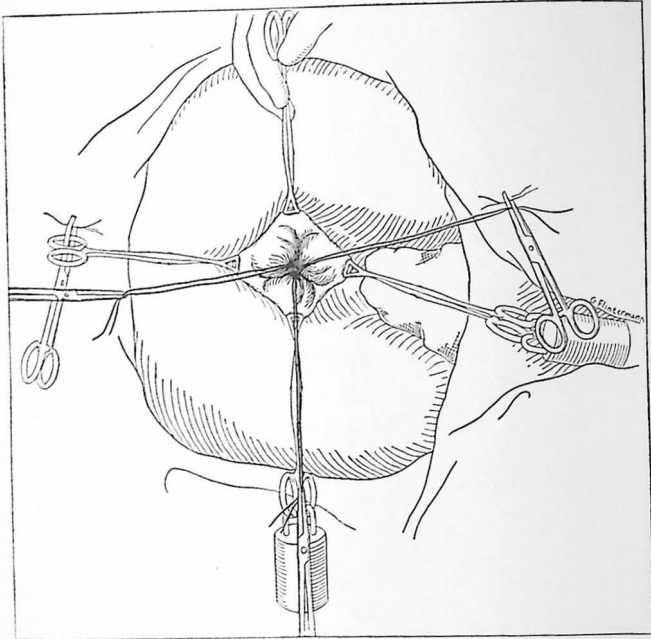


Fig. 136.—Tres ligaduras para controlar la irritación sanguínea de los tres grupos hemorroidales.

dad de que no sea una cura permanente, si bien constituye el mejor sustituto de la extirpación radical.

Debe también ser advertido de la necesidad de volver, para repetir el tratamiento, en cuanto se presente algún síntoma de recaída. Algunos enfermos después de haber comenzado el tratamiento con inyecciones de quinina y urea, deciden someterse a la extirpación operatoria radical de las hemorroides. No hay ninguna contraindicación para operar,

cualquiera que sea el tiempo que medie desde que ha sido comenzado el tratamiento con inyecciones. Los cuidados posteriores consisten en la prescripción de una dieta adecuada y en cuidar de la higiene del intestino. Se prescribirá vaselina líquida a la dosis de 30 a 60 gramos todas las noches y se recomendará la ingestión de abundante cantidad de agua. Cuando sea necesario, podrá administrarse una enema, para

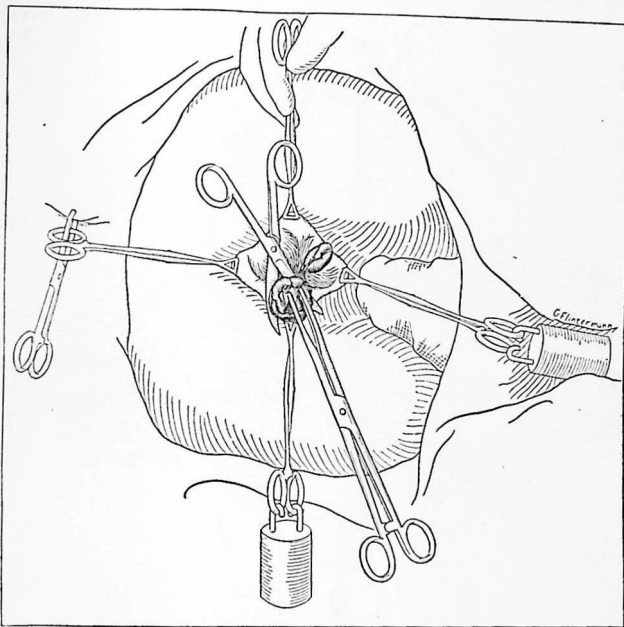


Fig. 137.—Escisión de las hemorroides. Todas las incisiones radian hacia el conducto anal.

asegurar la buena evacuación intestinal hasta que se haya conseguido la curación.

Con la introducción de la anestesia local y caudal para el tratamiento radical de las enfermedades anorrectales, se ha limitado mucho el empleo del método de las inyecciones. Parece mucho más radical extirpar las hemorroides mediante una incisión quirúrgica limpia, bajo la acción de la anestesia local, que permite levantarse al enfermo al segundo día,

y tener su lesión curada en una semana o diez días, que valerse del método de inyecciones, de resultados inciertos. Por tanto, el autor dedicará este capítulo a la descripción de los varios métodos para operar las hemorroides con anestesia local y caudal.

**Tratamiento operatorio con anestesia local.**—La técnica para producir anestesia local es, en breve, la siguiente (capítulo IV):

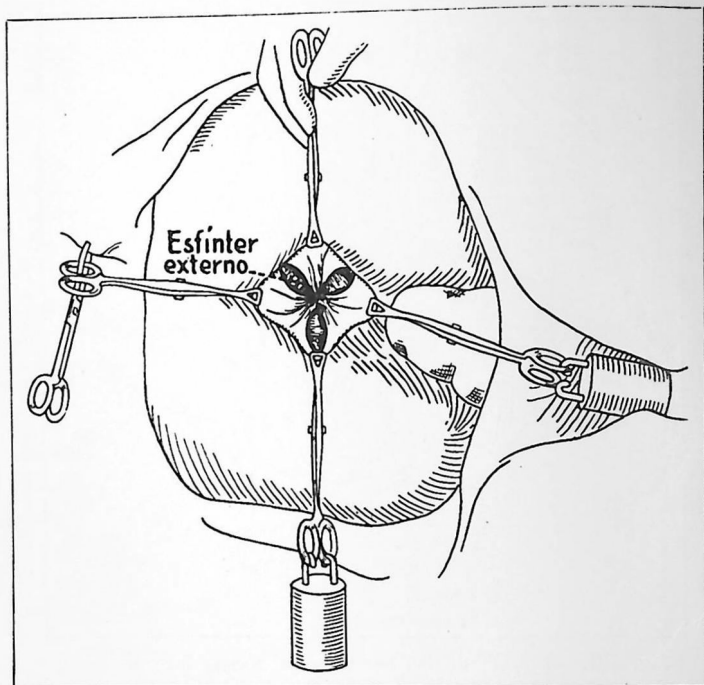


Fig. 138.—Incisiones radiales poniendo al descubierto el esfínter externo. Obsérvese que las heridas se prolongan por fuera hasta el tegumento.

El paciente se colocará sobre la mesa en la posición lateral izquierda de Sims. Se llena con la solución elegida una jeringa hipodérmica de 20 centímetros cúbicos: novocaína o agua esterilizada simple, según lo requiera el caso. La novocaína se usa para anestesiar el esfínter, y es inyectada del modo siguiente:

Se elige un punto situado a uno y medio centímetros detrás de la comisura posterior y se aplica una torunda de algodón humedecida en ácido fénico, con objeto de evitar el dolor que acompaña la introducción de la aguja. Con el índice introducido en el ano, se atrae hacia abajo el esfínter; con la otra mano se pasa la aguja hacia arriba, dentro y lateralmente en dirección oblicua, por unos 20 ó 25 milímetros, hasta llegar al músculo esfínter, pero no a través de él. Se inyectan lentamente de 2 a 5 centímetros cúbicos de la so-

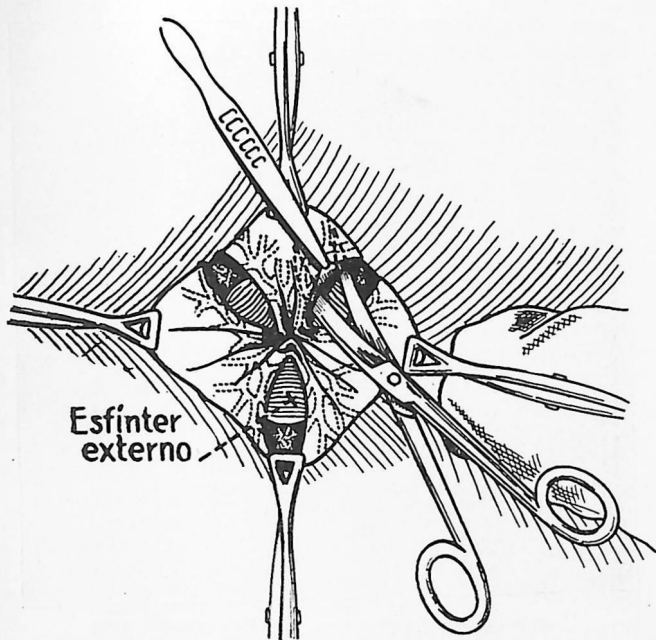


Fig. 139.—Técnica de la sección subcutánea de las venas comunicantes entre los principales grupos de hemorroides.

lución, y se saca la aguja hasta el punto de la punción, pero sin extraerla del todo; luego se vuelve a introducir hacia el otro lado, de la misma manera, manteniéndola alrededor de centímetro y medio de distancia de la abertura anal.

Se dejan transcurrir por lo menos cinco minutos para que se produzca la completa anestesia. Entonces los esfínteres se encuentran suficientemente relajados para permitir cualquiera operación anorrectal.

Cuando el esfínter está relajado, se inyecta en la hemorroide, desde su base hasta el vértice, una solución de 0.5 por ciento de diotano o de clorhidrato de quinina y urea. Debe recordarse que la distensión ha de llegar hasta el punto en que los tejidos palidecen y la hemorroide tiene el aspecto semejante al de una pasa. Es muy raro que sea necesario ligar los vasos, pues la retracción da lugar a que la hemorragia se cohíba rápidamente.

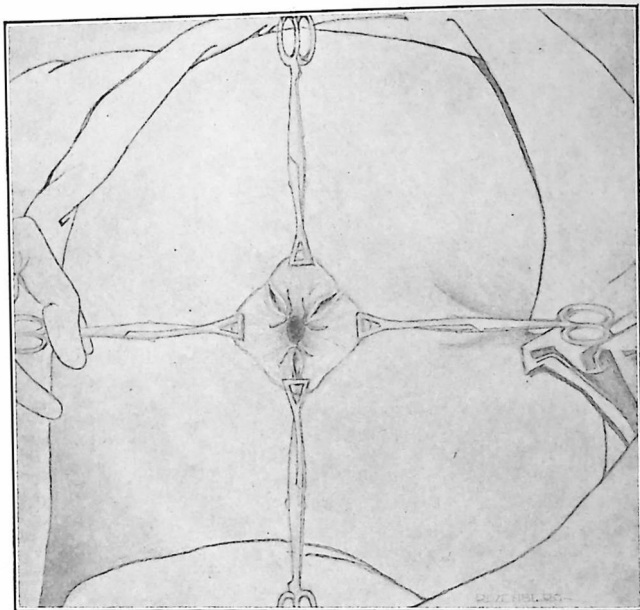


Fig. 140.—Incisiones externas para drenaje.

Se procede entonces a la operación, de acuerdo con la técnica descrita más adelante.

Puede introducirse un supositorio que contenga 20 centigramos de aristol, 15 centigramos de cloretona y 30 centigramos de clorhidrato de quinina y urea, y luego se aplica un vendaje compresivo. El paciente continuará en la mesa durante 10 minutos y luego se le permite que se siente poco a poco sobre uno de sus lados, o que continúe acostado, si así lo desea. He observado que cuando se permite a los en-

fermos que se levanten inmediatamente, se producen vahidos o vértigos, que al principio eran atribuidos a los anestésicos inyectados, pero he podido observar que ocurre lo mismo cuando se emplea agua esterilizada como anestésico.

**ESCISION.**—Si la almorrana tiene pedículo, se inyecta en la base de éste una solución al 0.5 por ciento de clorhidrato de quinina y urea, prolongando la inyección hasta que palidezcan los tejidos distendidos. Se atraviesa la base con el portiligaduras (se emplea el catgut crómico), y se anuda

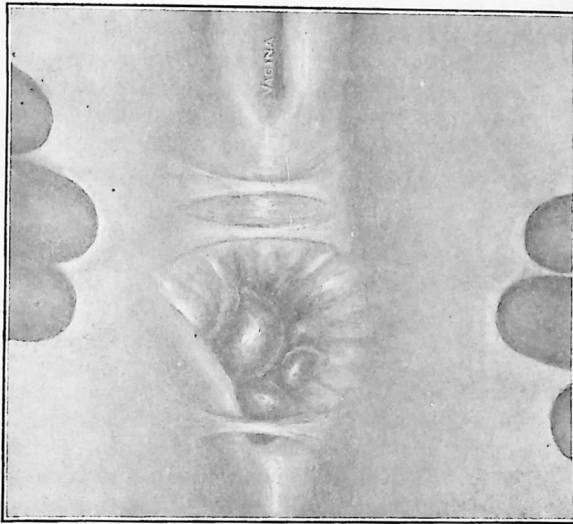


Fig. 141.—Incontinencia con eversión y proliferación cutánea. Resultado de la operación de Whitehead.

la ligadura. Se escinde la hemorroide dejando suficiente muñón para evitar que la ligadura se deslice. Cada una de las hemorroides se trata de igual manera y se introduce un supositorio de la composición antes mencionada. Durante dos o tres días se cuida de que el enfermo no mueva el vientre, y puede levantarse transcurridas 24 horas. El paciente puede volver a su domicilio en un coche, aunque algunas veces prefiere ir caminando, y se le aconseja que permanezca en decúbito lateral durante las primeras 24 horas, pudiendo luego dedicarse a sus ocupaciones. Es sorprendente la rapidez y

las pocas molestias con que el enfermo se restablece, volviendo a su vida anterior.

La hemorroide que es sésil o no pedunculada se anestesia del mismo modo que hemos dicho anteriormente. La porción inferior de la lesión es tomada con la pinza para hemorroides del autor, o con una pinza dentada; se disecciona, a partir de su base, con bisturí o con tijeras, hasta llegar a tejido sano, teniendo cuidado de incluir en la disección los vasos que penetran en la hemorroide desde arriba. La parte inferior del colgajo es atravesada y ligada, como lo es el pedículo en la variedad antes citada, y entonces el tumor se extirpa con las tijeras. Las restantes se tratan de igual manera y los cuidados postoperatorios son los ya descritos. Es muy raro que se produzca hemorragia que requiera la ligadura de los vasos. Cuando hay más o menos hemorragia capilar, se introduce un pedazo de tejido de goma y una tira de gasa y la presión ejercida sobre la superficie cruenta rápidamente contiene la sangre. La gasa o la goma se retiran pasada de una a 24 horas.

**OPERACION SIN HEMORRAGIA, DEL AUTOR.**—El autor propone una simple técnica para poder extirpar la mayor parte de las hemorroides internas, sin que se produzcan las copiosas hemorragias que temen la mayor parte de los médicos. Como gran número de enfermos que sufren hemorroides de la variedad interna están más o menos anémicos, debido a la constante y continua pérdida de sangre producida por su lesión hemorroidal, hemos propuesto el uso de una técnica que puede practicarse con la menor hemorragia posible. Nuestra técnica, que es muy sencilla, responde precisamente a este fin.

Es aplicable tanto con anestesia local como con anestesia general y, por tanto, puede usarse en los pacientes debilitados y decaídos que padecen alguna enfermedad consuntiva que contraíndique la anestesia general, debido a los daños que puede causar. El procedimiento es aplicable a cualquier variedad de hemorroide interna, y especialmente a las variedades pedunculadas y prolapsadas. Las hemorroides externainternas pueden también ser tratadas por este método. Se necesitan pocos instrumentos y nunca está indicada la dilatación de los esfínteres. La técnica con anestesia general es poco más o menos la misma que la que se practica cuando se usa la anestesia local, y como ésta es siempre satisfac-

toria y menos peligrosa, describiremos la operación tal como se realiza cuando se emplea esta última.

Los instrumentos requeridos son cuatro pinzas triangulares de Pennington, o un separador rectal o un espéculo de Sims; el portalligaduras de punta roma del autor, las pinzas para hemorroides del autor, un escalpelo, tijeras curvas en su porción plana, de punta aguda; una jeringa hipodérmica aséptica con una aguja afilada y catgut crómico. Se administra un sedante al paciente, tal como ha sido descrito en el capítulo IV, una hora antes de la operación, y se lava el intestino con una enema de bicarbonato sódico. Se coloca al enfermo en la mesa de operaciones, en la posición lateral de Sims, y se esteriliza la piel del ano. Se anestesian los esfínteres por medio de la inyección de uno a quince centímetros cúbicos de una solución al 0.5 por ciento de diotano o de novocaína, que ha sido esterilizada por ebullición, siguiendo la técnica descrita en otro lugar.

Se inyecta la piel que circunda el orificio anal, hasta que puedan aplicarse sin dolor cuatro pinzas triangulares de Pennington en puntos equidistantes. Luego, practicando una suave tracción, queda expuesto el campo operatorio.

Cuando se ha conseguido la relajación y se ha preparado del modo dicho el campo operatorio, se inyecta, en la hemorroide más voluminosa, medio centímetro cúbico de solución de diotano o de quinina y urea, hasta que los tejidos palidezcan al distenderse. La anestesia es, frecuentemente, completa al cabo de cinco minutos. Se toma con la pinza de hemorroides del autor la extremidad inferior de la hemorroide, que se estira hacia fuera. Se pasa el portalligaduras de punta roma, enhebrado con catgut número 2, desde la mucosa de un lado, por debajo de la base de la hemorroide hasta llegar al lado opuesto, de modo que quede incluida la mitad superior de la mucosa que cubre la hemorroide y los vasos sanguíneos situados debajo, pero sin llegar a bordear toda la hemorroide, como se realiza cuando se liga un pedículo. Esta ligadura debe estar colocada justamente en el punto o por encima del punto en que se unen la hemorroide y la mucosa sana del recto. Entonces se anuda fuertemente, asegurándose de que la ligadura obstruye totalmente la circulación sanguínea.

Las hemorroides del lado opuesto se tratan de igual manera. Se introduce por el ano un supositorio que contenga

Cloretona .....	0.12 grs.
Aristol .....	0.12 "
Clorhidrato de quinina y urea.....	0.60 "

El enfermo continúa acostado durante diez minutos y luego se permite que se levante de la mesa y se vaya a su cama. Si durante las primeras 24 horas se presenta edema o tumefacción, acompañada de dolor, estos síntomas pueden aliviarse por la aplicación de compresas calientes, renovadas cada hora, de la siguiente solución:

Rp.

Adrenalina (1:1,000) .....	15 grs.
Cloretona .....	2 "
Glicerina .....	120 "

La tumefacción cede a los dos o cuatro días y la hemorroide se retrae gradualmente, hasta que, transcurridas cuatro semanas, sólo queda un pequeño nódulo duro de tejido conectivo, que puede ser fácilmente extirpado sin dolor, con las tijeras. Esta técnica tan sencilla es aplicable a los casos graves de anemia, cuando la pérdida de sangre por la hemorroide es mayor que la formación sanguínea. Puede ser realizada en 10 ó 15 minutos, no excita al paciente, ni causa dolor alguno. Cuando no sea necesario proceder con tanta rapidez, y esto ocurre en la mayor parte de los casos, empleo la siguiente modificación de la técnica:

Después de anestesiar la hemorroide, del modo mencionado, y una vez aplicada la ligadura, se toma aquélla con la pinza especial del autor y se practica una incisión longitudinal, extendiéndola hacia la extremidad distal; entonces, se disecan con las tijeras curvas los vasos sanguíneos y el tejido conectivo que constituyen el cuerpo hemorroidal, y se extirpan en masa, cortándolos a unos 8 milímetros, aproximadamente, arriba de la ligadura. La herida se deja abierta para que cure por granulación, lo que se consigue en pocos días. De esta manera se evita la tumefacción, el dolor y las molestias que son inherentes a la técnica anterior.

Cuando se trata de hemorroides pedunculadas prolapsadas, no es necesario relajar el esfínter, ni usar el separador. Después del enema se invita al paciente a realizar un esfuer-

zo, estando en cuclillas o en decúbito lateral, mientras el operador presiona el esfínter por fuera de las márgenes del ano. La hemorroide, que ha sido prolapsada por este método, se anestesia por la inyección de una solución al 1 por ciento de quinina y urea. Se atraviesa su pedículo con el portaligaduras de punta roma, con doble hilo de catgut, y se liga. Entonces se extirpa la hemorroide 8 milímetros arriba de la ligadura y se cauteriza el muñón con ácido fénico al 95 por ciento. Las otras hemorroides pedunculadas se tratan de igual modo. Se introduce un supositorio y la operación queda terminada.

Las modificaciones de esta técnica están constituidas por la sustitución del separador rectal por las pinzas triangulares que facilitan la exposición del campo; también es posible utilizar los cabos largos de la ligadura para suturar las incisiones. Esto se realiza únicamente con fines hemostáticos en los hemofílicos u otros enfermos en quienes hay excesiva hemorragia capilar.

Los cuidados postoperatorios son muy sencillos. Durante dos o tres días se cuidará de que el enfermo no mueva el vientre; más tarde se administra por la noche, 4 gramos de polvo de regaliz compuesto (o algún otro laxante), seguidos a la mañana siguiente de una enema de 500 centímetros cúbicos de solución de bicarbonato de sodio, con objeto de obtener una deposición abundante y blanda. Más tarde se prescribe diariamente vaselina líquida, para que las heces sean blandas y suaves. La sola cura requerida es la aplicación de estearato de cinc compuesto, en cantidad suficiente para mantener protegida la región. Señalaremos algunas de las ventajas de este método.

1º La técnica es muy sencilla.

2º Puede emplearse con anestesia local o caudal.

3º Exige más breve tiempo que cualquier otro método.

4º Es más seguro, menos peligroso y más rápido que el método de la inyección, y se aplica no sólo a todos los casos en que se puede emplear la inyección, sino también en cualquiera otra variedad de hemorroides que no pueda ser tratada por inyecciones.

5º Constituye el método de elección en todos los pacientes que padecen anemia, tuberculosis, hemofilia o embarazo, debido a todas las razones enumeradas y al hecho de que no

produce pérdida de sangre. Como la ligadura se practica an los rayos del sol y hacer ejercicios, cosa que facilita la convalecencia es rápida.

6º El reposo en cama no se prolonga más de 24 horas y el paciente puede luego salir a respirar el aire puro, a tomar los rayos del sol y hacer ejercicios, cosa que facilita la convalecencia y tiene gran valor en los enfermos que padecen cualquiera de los procesos consuntivos enumerados anteriormente.

ESCISION SUBMUCOSA.—En la variedad sésil puede ser empleado un tratamiento muy simple, consistente en practicar una incisión a lo largo del eje longitudinal del intestino, a través del centro de la masa, y luego, mediante el uso de las tijeras angulares del autor, macerar y destruir los vasos sanguíneos situados debajo de la mucosa a cada lado de la incisión. Luego de destruir los vasos sanguíneos y extirpar los tejidos macerados, se deja cicatrizar la herida sin suturar, lo que se consigue al cabo de cuatro o cinco días. Como es natural, este método se acompaña de hemorragia, que nunca es tan grave que requiera ligadura. Los cuidados postoperatorios son los mismos que los empleados en otras ocasiones.

OPERACION CON "CLAMP" Y CAUTERIO.—Esta operación no se puede practicar con anestesia local, y la menciono únicamente para condenarla. No creo que sea racional el empleo de un hierro al rojo en una cavidad cubierta de membrana mucosa y, aunque algunos cirujanos dicen haberla realizado con buenos resultados, he tenido ocasión de observar estrecheces originadas por el excesivo crecimiento del tejido cicatrízal, que se produce más fácilmente cuando se trata de una quemadura. Me parece más racional la incisión quirúrgica, que no va seguida de extensa necrosis ni de cicatrices hipertróficas. El aplastamiento de la hemorroide con el angiotribo ha sido usado por algunos operadores, pero ofrece la objeción de que destruye mucho la membrana mucosa y da lugar a una superficie de granulación más o menos crónica, que tarda semanas en curar.

OPERACION DE WHITEHEAD.—Según la opinión del autor, está muy rara vez indicada.

OTROS METODOS.—Cuando hay masas hemorroidales muy grandes, pueden estar indicados otros métodos, consistentes en hacer colgajos elípticos, incisiones longitudinales y ope-

raciones plásticas, con objeto de evitar la posible infección cicatrizal. El autor no ha visto ni un solo caso de hemorroides acompañado de prolapso, que fuera tan grave, que no le hubiera sido posible reducirlo sin sacrificar el contorno normal del ano.

**EXTIRPACION DE HEMORROIDES TROMBOTICAS AGUDAS.**— La variedad trombótica aguda es particularmente tratable con anestesia local. Debido a su comienzo súbito y a los

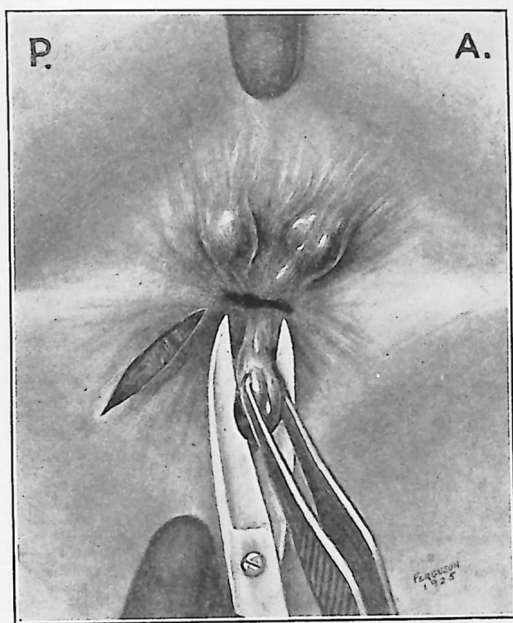


Fig. 142.—Técnica de la escisión de las hemorroides cutáneas externas. Obsérvense las incisiones radiales.

dolores agudos que produce, el paciente acude al médico pocas horas después de haberse iniciado la enfermedad. El examen en la posición lateral muestra un tumor redondeado, azulado o purpúreo, de tamaño que varía entre el de un guisante y el de una uva grande, situado en el margen anal, de ordinario en uno de sus lados. Después de la preparación consiguiente, se inyecta la hemorroide en su parte más externa, con medio centímetro de solución al 0.5 por ciento de no-

vocaína. La inyección se realiza bajo la piel o la mucosa, pero no dentro de la hemorroide. Después de esperar cinco minutos, para que la anestesia haga su efecto, se practica una incisión a través de la piel, llegando hasta el coágulo, paralela al eje mayor del ano y que se extiende a 8 milímetros fuera del tumor. Se vuelve a anestesiarse los tejidos alrededor del tumor y por encima de él, disecándolos mediante una pinza de dientes finos y las tijeras curvas. Después de extraer el coágulo, se examina cuidadosamente la herida para que



Fig. 143.—Escisión de las hemorroides cutáneas externas. Obsérvense las incisiones radiales al orificio anal.

no quede en su interior ningún coagulillo. Se recortan los bordes de la herida en forma elíptica, dejando una superficie cruenta grande que cura por granulación, sin que exista la posibilidad de que los bordes de la herida se doblen hacia dentro y retarden la curación. Se introduce suavemente una tira de tela de goma de 25 milímetros, y se aplica un vendaje aséptico. Transcurridas 24 horas, se extrae la mecha, pues en general ya no es necesario. La herida será examinada y curada diariamente, aplicando polvos antisépticos de acción moderada, como el aristol, el ácido bórico, la boro-

cloretona, el estearato de cinc o la acetanilida. Inmediatamente después de esta operación, el paciente experimenta gran sensación de alivio, debido a que desaparece la tensión originada por las masas trombóticas.

**EXTIRPACION DE LAS HEMORROIDES TEGUMENTARIAS EXTERNAS.**—La extirpación de las hemorroides externas de la variedad tegumentaria, se realiza fácilmente con la anestesia local. Después de esterilizada la región y colocado el paciente en la posición lateral o dorsosacra, se elige la hemorroide más saliente y se toca con una gota de fenol el punto donde se va a hacer la inyección. Como en todas las operaciones que se practican en la piel, la primera inyección deberá ser de solución de novocaína al 0.5 por ciento, teniendo cuidado de que las primeras 10 ó 15 gotas penetren bajo la piel, siguiendo la línea a lo largo de la cual se practicará la inyección; esto se reconoce por la formación de una roncha. Entonces se practica una incisión, que radia en ángulo recto desde el orificio anal hasta la extremidad distal del tumor; se infiltran los tejidos subcutáneos con solución al 0.25 por ciento del anestésico usado, o con agua esterilizada. La masa hemorroidal se sujeta con la pinza especial del autor y se extirpa con las tijeras curvas. Los bordes de la piel se recortan en ambos lados formando una elipse, incluyendo todo el tejido que constituía la cubierta de la hemorroide. Siempre hay que cuidar de que la cantidad de piel extirpada no sea demasiado grande. Todas las hemorroides se tratan de igual manera, siguiendo la dirección de abajo arriba, y se deja que la herida cure por granulación.

Los cuidados postoperatorios son análogos a los indicados en el tratamiento de las hemorroides trombóticas agudas. En estos casos la curación debe ser completa transcurridos de siete a diez días.

Durante el proceso de curación el paciente debe usar, para sentarse, almohadillas de aire y adoptar el decúbico lateral en vez del supino. Como ya ha sido indicado, al ocuparnos de las hemorroides internas, debe prescribirse una dieta ligera, consistente en caldo de carne, sopas vegetales coladas con adición de huevos y gelatina. No se permitirá la defecación hasta el tercer día, en cuya noche se prescribe

de 5 a 10 gramos de polvos de regalíz compuesto, administrando, a la mañana siguiente, una enema de solución de bicarbonato de sodio o de aceite. Posteriormente se administrará diariamente, en el momento de acostarse, vaselina líquida y poco a poco se irá reforzando el régimen. Es necesario que se preste atención para que el paciente mueva el vientre con regularidad.

EXTIRPACION DE HEMORROIDES EXTERNAINTERNAS.—En estos casos se emplea la misma técnica descrita al ocuparnos de las hemorroides internas. Como es natural, tanto la infiltración como las incisiones deben incluir los tumores externos. Los cuidados postoperatorios son idénticos.

## CAPITULO XIII

### POLIPOSIS ANORRECTAL — PAPILITIS ANAL — CRIPTITIS

Un pólipo es un tumor benigno, cuya característica principal es estar unido a la pared rectal o anal por un pedúnculo, que es siempre más estrecho que el tumor. Se presenta con más frecuencia en los niños que en el adulto. Los pólipos pueden ser únicos o tan numerosos que llenen la cavidad rectal o todo el colon. En ocasiones, se encuentran asociados con fisuras anales, ulceraciones, hemorroides, prolapsos, etc.

La localización habitual de un pólipo único es el extremo inferior del conducto anorrectal a 3 ó 5 centímetros del orificio del ano. Raros son los casos en que los pólipos se encuentran unidos por un pedúnculo de 10 a 12 centímetros de longitud, asentando en la unión rectosigmoidea.

Los tipos más comunes son los correspondientes a la variedad blanda, mixomatosa a adenomatosa o a la dura fibroide. El aspecto de los pólipos granulosos blandos es el de una frambuesa y sangran con facilidad al ser tocados. La variedad fibrosa es dura, redondeada y su color es más claro que el de la mucosa rectal normal.

La poliposis múltiple es siempre un estado grave y, como ya se dijo, puede llegar a ocupar todo el colon. En ocasiones, los pólipos múltiples se reúnen en zonas más o menos circunscritas, prestándose a confusión con las neoplasias malignas. Todos los casos de diarrea, de la llamada disentería hemorrágica, o de obstrucción aguda o crónica, deben ser cuidadosamente examinados, dada la posibilidad de que la presencia de numerosos pólipos o de un pólipo de gran tamaño, pueda actuar en forma de válvula.

**Síntomas.**—Aparte la presencia del pólipo, los síntomas usuales están constituidos por la expulsión de sangre y moco después de los esfuerzos de la defecación. Además, el paciente se queja de que siente la impresión de que en el recto existen masas fecales que no puede expulsar.

Los síntomas de la poliposis múltiple son los de la diarrea crónica, colitis o disentería. Se producen numerosas evacuaciones al día, compuestas de abundante moco claro o de moco teñido de sangre, con pequeñas partículas de heces. La piel que rodea el ano está irritada y escoriada, debido a estas frecuentes heces líquidas. Cuando se examinan al microscopio las heces eliminadas, pueden encontrarse partículas de te-

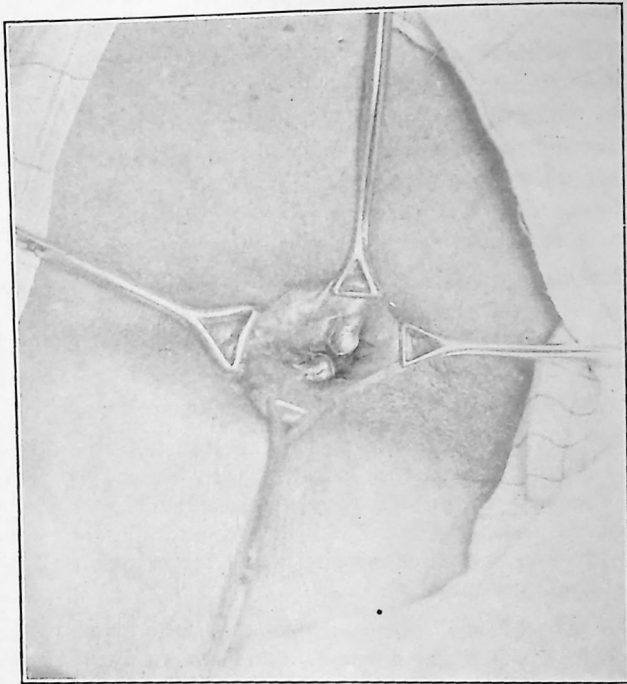


Fig. 144.—Pólipos anales.

jido procedente del pólipo, logrando fácilmente establecerse el diagnóstico diferencial con los tumores malignos.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico es muy sencillo y en muchos casos se descubren los pólipos al propulsarse a través del ano. Una característica del pólipo es la sensación de deslizamiento que experimenta el dedo cuando el tumor se reduce dentro del recto. Al realizar la exploración digital, estando el enfermo en posición lateral, debe introducirse el índice

a la mayor profundidad posible, recorriendo las paredes del recto completamente, con lo que puede descubrirse el pólipo, que de ordinario asienta arriba del esfínter interno. Al quitar el dedo se arrastran muchas veces fuera del esfínter uno o más pólipos. Mediante el examen proctoscópico llegan a descubrirse los pólipos situados en regiones más elevadas del recto.

**Tratamiento.**—En el tratamiento de los pólipos puede prescindirse muchas veces de la anestesia local. Pueden ser extirpados fácilmente a través del anoscopio o proctoscopio con poco o ningún dolor. Cuando el pólipo está situado muy

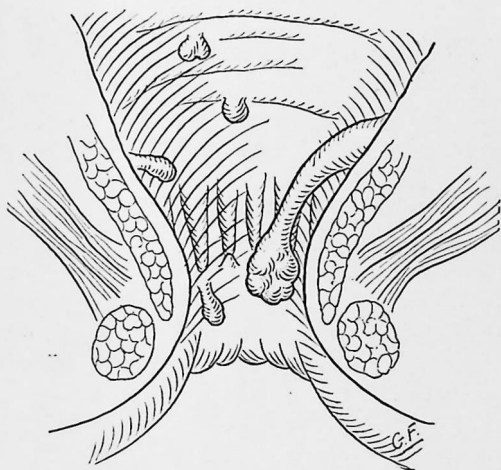


Fig. 145.—Pólipos del conducto anal y del recto.

abajo y puede ser extraído a través del ano, se infiltra la mucosa justamente encima de su pedículo, con una solución al 0.5 por ciento de novocaína o diotano, o de quinina y urea, ligando los vasos con catgut número 2. Los pólipos se extirpan con unas tijeras, de modo semejante a como ha sido dicho al ocuparnos de las hemorroides internas. Casi nunca es necesario anestesiarse el esfínter y no se requieren cuidados postoperatorios.

Como el tratamiento de la poliposis múltiple exige la laparotomía, y en los casos graves de poliposis completa del colon es necesario extirpar esta porción del intestino, en par-

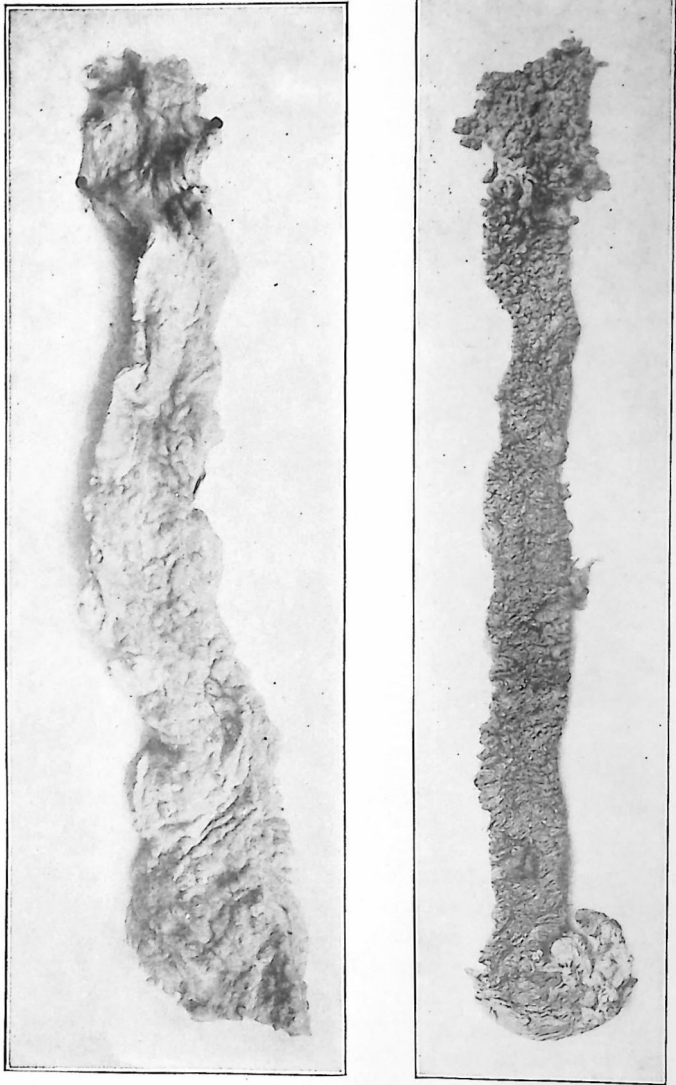


Fig. 146.—Piezas de colectomía parcial por poliposis múltiple del colon.

te o totalmente, se comprende que tales operaciones no correspondan a la índole de este libro.

### Papilitis anal

Queremos dedicar algún espacio a esta afección, que con frecuencia no es reconocida por el médico y que de ordinario

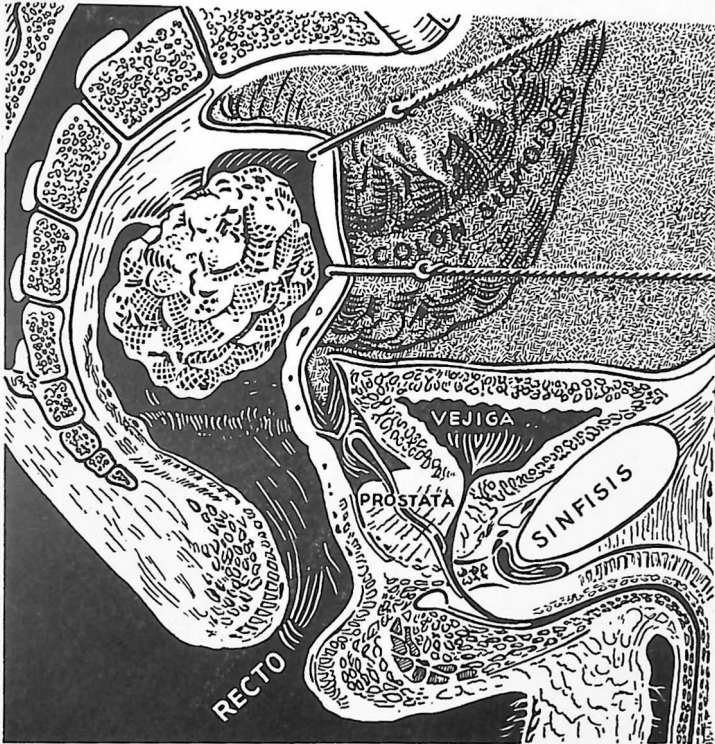


Fig. 147.—Voluminoso pólipo rectal que produce completa obstrucción.

se le pasa por alto al cirujano general, que considera la cirugía rectal como un *incidente* en su práctica. Es una alteración que aunque nunca causa síntomas graves ni amenaza la salud ni la vida, ni causa grandes dolores que incapaciten al enfermo para dedicarse a sus ocupaciones, no deja de tener

interés para el médico, a causa del gran número de molestias que causa.

Aunque de ordinario, sólo origina sensación de molestia, la hipertrofia de las papilas anales es muchas veces responsable de síntomas enormemente desproporcionados con el tamaño y la gravedad de la lesión.

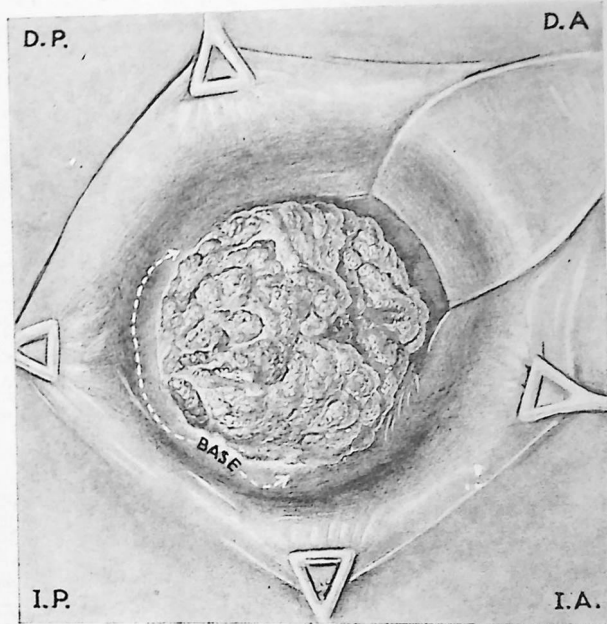


Fig. 148.—Poliposis rectal múltiple. Este es un caso de verdadero adenoma benigno.

Algunos charlatanes que se titulan a sí mismos especialistas del recto, han obtenido grandes ganancias con las papilas anales, a las que les atribuyen todas las enfermedades conocidas y por conocer. En cambio, los profesionales han caído en el extremo opuesto, ignorando completamente la existencia de un proceso que seguramente es un estado patológico definido de una formación anatómica conocida.

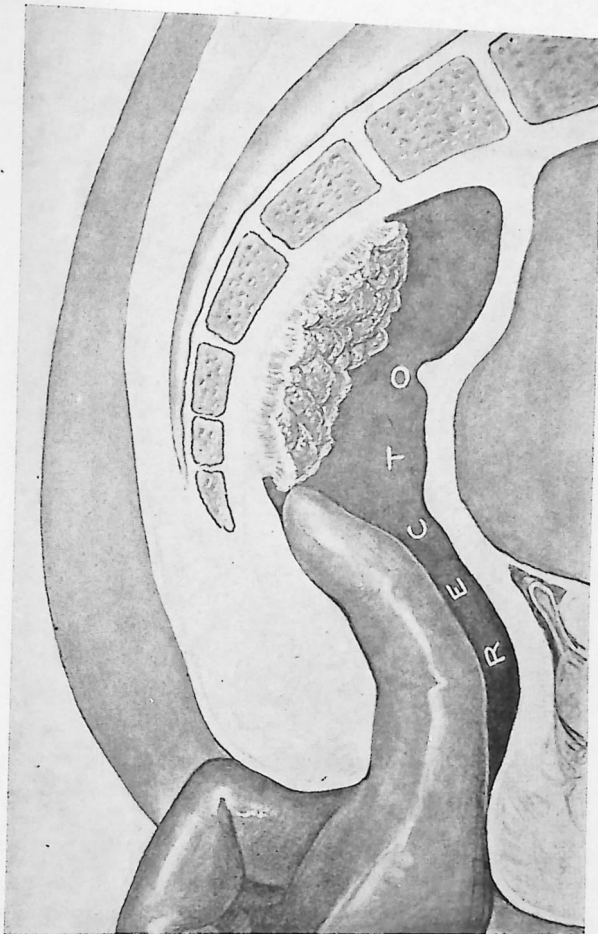


Fig. 149.—El mismo pólipo de la figura anterior, mostrando su situación en el recto.

Cuando un paciente viene a consultar a su médico quejándose de síntomas anales o rectales inciertos, el profesional se limita muchas veces a prescribir una pomada o un supositorio de patente, sin hacer la menor tentativa para localizar la causa del tratamiento. El estudio especial del recto y de sus órganos afines, el ano y la flexura sigmoidea, han permitido conocer interesantes procesos que habían pasado inadvertidos antes y que explican síntomas oscuros e indefinidos que se originan en la región del ano. Esta es la causa

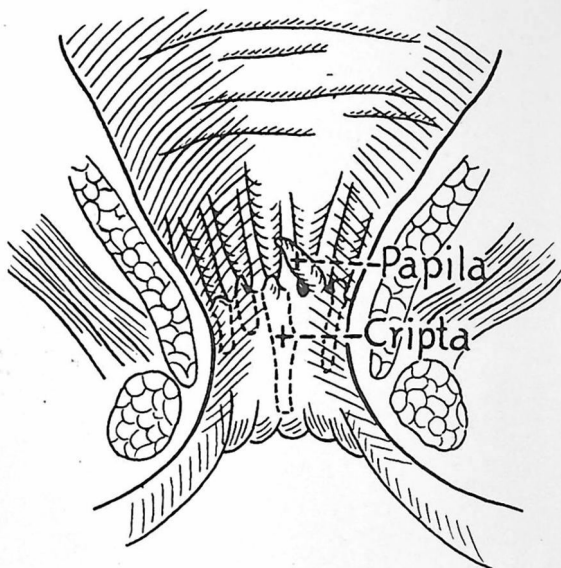


Fig. 150.—Papilas hipertrofiadas y criptitis. La línea de puntos muestra la diferente profundidad de las criptas infectadas.

de que dediquemos este capítulo a la hipertrofia de las papilas anales o papilitis anal.

En el conducto anal se producen estados patológicos que causan dolor y sufrimiento, así como numerosas alteraciones reflejas. La inervación sensoria de estos órganos da lugar a que las lesiones que en ellos se producen, originen trastornos que se refieren a otros órganos lejanos. Si se tiene en cuenta que el conducto anal tiene una longitud de 18 a 25 milímetros y un diámetro de unos 6 milímetros cuando está

contraído, no hay ni que decir que no es difícil descubrir, estudiar, diagnosticar y tratar los procesos que afectan dicha región.

El ano está especialmente predispuesto a los traumatismos y a las enfermedades. En primer término, debido a que la membrana que lo tapiza no tiene la resistencia de la piel, ni la abundante vascularización de las mucosas, y es una especie de tejido de transición, que se traumatiza fácilmente. En segundo lugar, cualquiera lesión en esta región tiene pocas probabilidades de curar, debido a la escasa irrigación

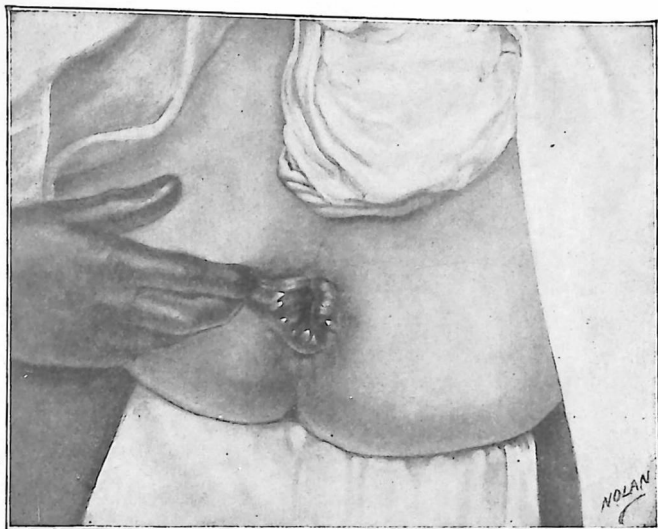


Fig. 151.—Papilas anales hipertrofiadas. Obsérvese el aspecto de las papilas anales cuando se estira el margen anal.

sanguínea, al constante cambio de posición, a los traumatismos y a las infecciones procedentes del contenido del intestino que se pone en contacto con la sobredicha lesión.

Para la mejor comprensión de los procesos que vamos a estudiar, es conveniente decir unas palabras acerca de la anatomía normal de las papilas del ano. Estas papilas se presentan formando una línea irregular de elevacioncitas semejantes a pequeños dientes, que forman un círculo en la unión de los conductos anal y rectal, denominada *línea pectinada* o *línea dentada*. El número de estas papilas varía entre cinco y

doce, y de ordinario están situadas en los bordes de las *válvulas anales semilunares*, que resguardan las *criptas de Morgagni*. Estas papilas han sido consideradas como los órganos táctiles normales del recto encargados de recibir las sensaciones rectales. Disponen de una abundante inervación, lo que explica los numerosos trastornos reflejos que se originan cuando están dañadas.

**Exploración y Diagnóstico.**—Al practicar la exploración digital no siempre se perciben estas papilas y pueden pasarse por alto, a no ser que se haga la inspección ocular.



Fig. 152.—Examen proctoscópico de un caso grave de papilas anales hipertrofiadas.

Cuando están alteradas, varían en tamaño, desde 6 milímetros de longitud, con una base de igual extensión, hasta 5 ó 6 centímetros, en su diámetro más largo. Están compuestas de abundante tejido fibroso. Al volver hacia fuera el ano, aparecen los extremos, y muchas veces toda la papila hipertrofiada. Tienen color rosado más pálido que el de la mucosa normal del recto.

Para distinguir las papilas hipertrofiadas de los pólipos, se tendrán en cuenta que las primeras tienen siempre una base más ancha que el vértice, mientras que los pólipos son siem-

pre más anchos que el pedículo que los une. Los pólipos son de ordinario redondeados u ovalados, mientras que las papilas son más o menos triangulares o en forma de cinta. Las papilas hipertrofiadas han sido incorrectamente llamadas almorranas fibrosas. Jamás tienen el aspecto varicoso característico de las hemorroides internas y están situadas en la línea anorrectal.

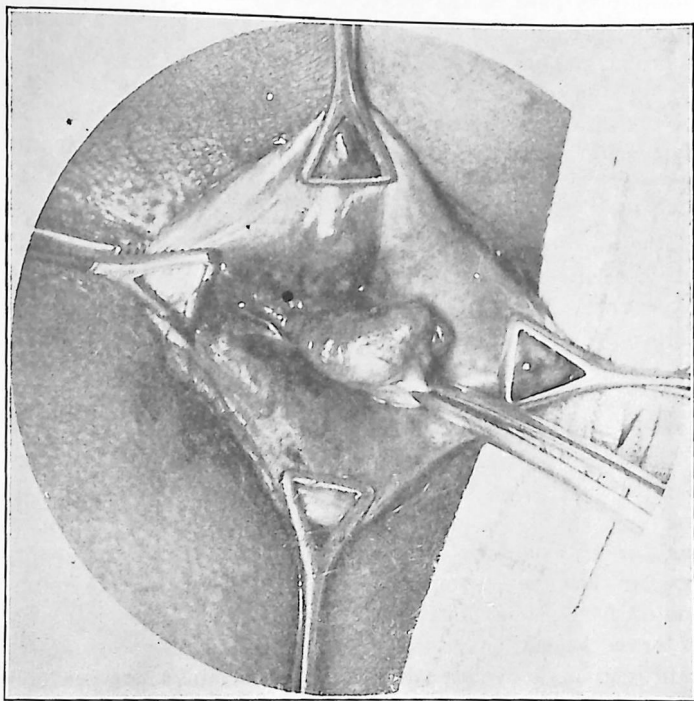


Fig. 153.—Pólipo resultante de la hipertrofia de una papila anal.

Contienen cierta cantidad de tejido erétil y al examen anoscópico pueden verse formando ángulo recto con la mucosa, dando al conducto anal, en este punto, un aspecto de flecos. Muchos cirujanos cuando no descubren lesiones patológicas y encuentran un esfínter tenso, pasan por alto lo que ellos denominan "pequeños apéndices de la mucosa". Estos son frecuentemente la causa del esfínter tenso, pues de or-

dinario ningún esfínter se halla anormalmente contraído, a no ser que alguna lesión patológica cause el espasmo. Por tanto, la simple divulsión del esfínter no alivia los síntomas y la situación del médico frente al paciente es muy desagradable.

**Síntomas.**—Estando situadas estas papilas sobre los bordes de las válvulas semilunares, son desplazadas hacia abajo durante el paso de las heces, cuando son más duras que lo normal. A cada movimiento intestinal se repite esta acción sobre las papilas que gradualmente se van hipertrofiando. Luego sigue la congestión y por último la fibrosis. Cuando se han hipertrofiado suficientemente, no se retraen después de la defecación y continúan actuando sobre el esfínter externo, obligándolo a contraerse. Esta contracción se hace cada vez más tónica, llegando a producirse lo que se ha llamado “esfínter apretado”. Esto da lugar a uno de los síntomas más característicos de la papilitis, que consiste en la sensación experimentada después de las deposiciones, de que quedan residuos fecales que actúan sobre el esfínter y no pueden ser expelidos. Algunos pacientes se quejan de irritación y molestias, que no llegan a comezón. Un enfermo me decía: “siento algo así como la mordedura de un pequeño animal”, y estaba seguro de que tenía una solitaria “pues sentía su mordedura en el ano”. Esta sensación suele calmarse temporalmente por la introducción del dedo lubricado, que al desplazar las papilas evita que sigan actuando sobre el esfínter externo. En ocasiones espontáneamente y transcurridos 15 minutos o una hora se van retrayendo gradualmente las papilas y entonces los síntomas desaparecen. Como continuamente están originando espasmos del esfínter, terminan por producir una hipertrofia de las fibras musculares de éste, originándose así el llamado “esfínter apretado”.

Otro síntoma originado por la hipertrofia de las papilas, es la llamada neuralgia del recto, producida por el dolor irradiado, que se origina por la presión de las terminaciones nerviosas de las papilas. Sin embargo, uno de los síntomas más comunes de las papilas hipertrofiadas, es el prurito del ano. Esto no quiere decir que la hipertrofia de las papilas sea la causa más común del prurito, pues las causas de éste forman legión, pero de todos modos, debe tenerse muy en cuenta.

## Criptitis anal

Se recordará que cada papila se encuentra en el borde de una válvula semilunar, y cada válvula es la frontera externa de una de las criptas de Morgagni, también llamadas *bolsas rectales* o *criptas mucosas*. Estas criptas, cuya función no está completamente aclarada, alojan materia fecal o sustancias extrañas, que, debido a la forma de la cripta o saco, no son expelidas con rapidez. La papila anal hipertrofiada situada encima de la cripta, contribuye a impedir la expulsión de dichas sustancias. La descomposición de estas ma-

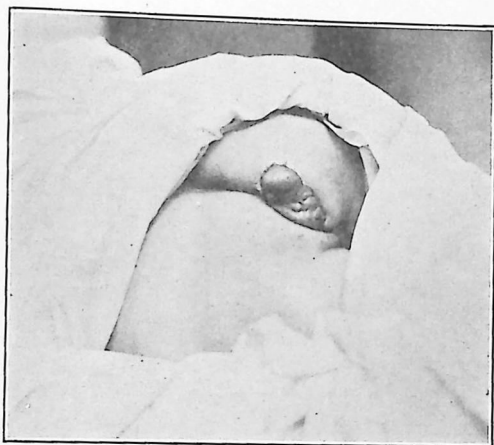


Fig. 154.—Enorme hipertrofia de una papila anal. Este engrosamiento polipoide tenía 7.5 centímetros de longitud y 4 de diámetro.

terias o la retención de las secreciones, con la consiguiente irritación de la cripta, produce una inflamación o criptitis, que puede fácilmente terminar en supuración. Los exudados acumulados acaban por rebasar la cripta y deslizándose por la mucosa, irritan el ano, originando picazón y humedad, de la que se quejan muchos pacientes que sufren prurito.

Debe siempre pensarse en una cripta anal infectada como el origen más frecuente de las infecciones focales.

La sensación de molestia después de la deposición, de que algunos enfermos se quejan, no es igual a la producida por ningún otro estado patológico. Un paciente la describió

como una sensación de espigas o agujas en el ano, una sensación de pinchazo no muy doloroso pero sí muy desagradable, que se traslada de lugar, según el lado sobre el que se sienta el enfermo. Algunas veces llega a calmarse cuando al presionar sobre el ano, se relajan las papilas, dejando de actuar sobre el esfínter.

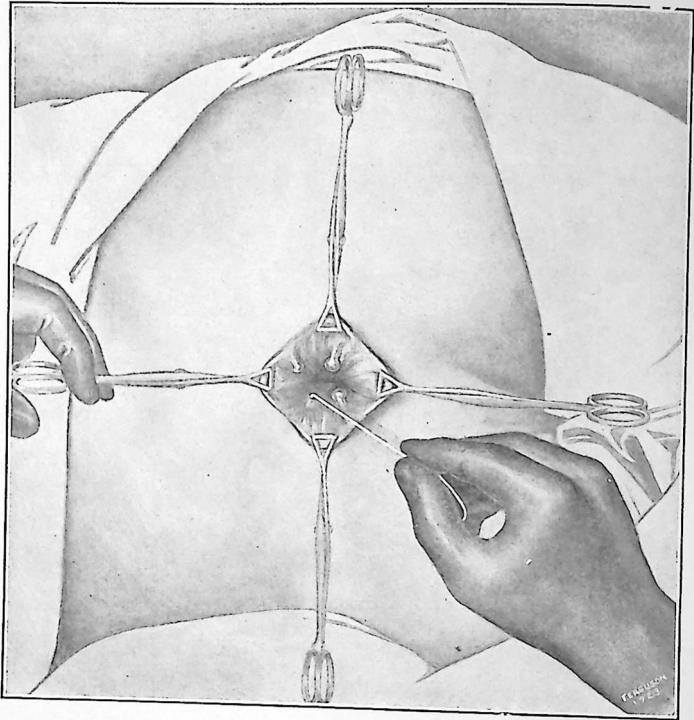


Fig. 155.—Criptitis y papilitis anales. La sonda angular de plata en la cripta enferma.

La extraordinaria longitud de las papilas no es la única causa de estos síntomas, pues hasta cuando tienen 12 milímetros de longitud, si sus vértices se ajustan exactamente en el esfínter, pueden originar síntomas.

Otro estado que puede ser consecuencia de la hipertrofia de las papilas, es la fisura anal. Como demostró por primera vez Sir Frederick Wallis, del St. Mark Hospital, de Londres,

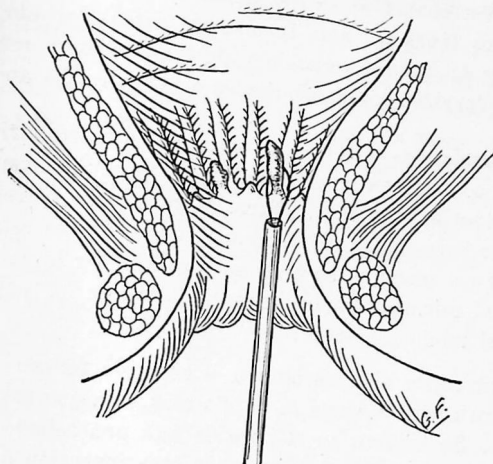
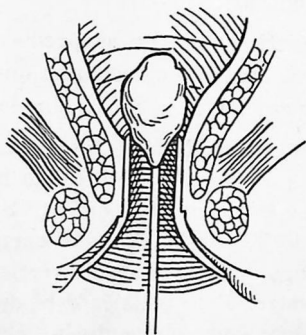


Fig. 156.—Extirpación mediante un lazo, de una papila hipertrofiada.



Tapón en aplicador



Después de quitar el aplicador

Fig. 157.—A la izquierda, tapón en un aplicador. A la derecha, tapón colocado después de haber retirado el aplicador.

esto es debido a que la presión de las heces desgarran la papila desde los bordes de la cripta, y como las deposiciones que suceden, continúan el desgarramiento, dichos bordes, al ser llevados fuera del ano, forman un surco ulcerado que se traumatiza en cada defecación y da lugar a los muchos síntomas intolerables correspondientes a la fisura del ano.

**Tratamiento.**—El tratamiento es extraordinariamente sencillo y consiste en la extirpación de las papilas cuando están hipertrofiadas, y la abertura, cauterización y drenaje de las criptas inflamadas o infectadas. Como ambos estados se asocian tan a menudo, su tratamiento debe ser también considerado al mismo tiempo. La extirpación de las papilas se realiza del modo siguiente:

Se introduce el anoscopio o el espéculo fenestrado, con la abertura dirigida hacia la papila más baja que vaya a ser extirpada. Se inyecta en la base de ésta una solución al 0.5 por ciento de novocaína, seguida de otra inyección de diotano al 0.5 por ciento, distendiendo los tejidos hasta que palidezcan. Después de esperar cinco minutos, se extirpa la papila, tan cerca de su base como sea posible, con un lazo, o cortándola con una tijeras curvas en su parte plana. Nunca es necesario anestesiar el esfínter y muchas veces tampoco se precisa el uso del anoscopio o del separador. Al dar vuelta al margen del ano, queda a la vista la papila que se anestesia y se extirpa como ha sido indicado.

No es necesario vendaje; prácticamente no se produce hemorragia y no se requieren otros cuidados operatorios que los que se emplean después de la operación de la fisura simple.

Cuando se inflama una de las criptas de Morgagni, debe inyectarse en el área que circunda a la cripta, incluyendo la papila, una solución de diotano en la misma proporción. Se practica una incisión en forma de V, partiendo de la parte superior, con la base en la abertura de la cripta y el vértice 12 milímetros por debajo de su centro. Esta incisión debe ser suficientemente profunda para abrir completamente la cripta. Se extirpa el colgajo que incluye la papila y se cauteriza su base con ácido fénico. Cuando está alterada más de una cripta, se utiliza para todas ellas la misma operación, co-

menzando por la cripta más baja, anestesiando las otras a medida que van a ser operadas. Cada incisión debe prolongarse a través del ano, hasta la piel, para facilitar el drenaje.

En algunos casos, basta la simple incisión de la cripta inflamada, irritada o infectada. Para este fin empleábamos al principio un bisturí en forma de gancho denominado criptótomo, pero puede ser sustituido, como ha propuesto el Dr. D. C. McKenney, de Buffalo, por un fragmento de una hoja de rasurar delgada, mantenida entre los dientes de una pinza (fig. 107). Los cuidados postoperatorios son los mismos que los que se emplean después de la papilectomía y criptectomía.

## CAPITULO XIV

### PROCTITIS Y SIGMOIDITIS

La atención del profesional y la del profano ha sido atraída cada vez hacia las enfermedades del colon, y la colitis ha sido objeto de frecuentes discusiones de unos y otros. Aunque es cierto que algunos casos de colitis se deben a enfermedades generales e infecciosas, y otros son debidos tanto al régimen alimenticio como a invasiones parasitarias y bacterianas, que causan estados inflamatorios generalizados de todo el colon, un importante grupo de estos casos tienen su origen abajo de la flexura sigmoidea.

La infección anal, particularmente la criptitis, puede difundirse y atacar la mucosa del recto y progresivamente la de la flexura sigmoidea y la de todo el colon. Hemos tenido la suerte de ver numerosos casos de este tipo cuando el proceso inflamatorio, por estar en el primer período, no se había extendido más allá del recto, quedando limitado a él gracias al tratamiento adecuado. Debido a la limitación de este libro, que no nos permite exponer las enfermedades del colon, vamos a limitarnos a estudiar las proctitis y las sigmoiditis.

#### Proctitis y sigmoiditis agudas

**Etiología.**—Esta enfermedad se presenta en todas las edades, si bien los niños están afectados con mayor frecuencia que los adultos. Entre las causas y factores predisponentes, citaremos los cambios de clima, las costumbres o hábitos de vida, la ingestión de alimentos excesivamente sazonados y el exceso en el uso del tabaco y del alcohol. Algunas veces el estreñimiento es un factor causal, pero la presencia en el recto de parásitos intestinales, de bolos fecales o de cuerpos extraños, así como su infección por cánulas o instrumentos sucios, son con más frecuencia las causas responsables del proceso. Los pacientes que sufren de "reumatismo" y gota y los que tienen tendencia al enfriamiento repentino de la piel, están particularmente predispuestos a los ataques de

proctitis catarral aguda. La indigestión aguda, con la correspondiente fermentación de los productos alimenticios en el tubo intestinal, la intoxicación ptomáinica son causas muy frecuentes, no siendo rara, tampoco, la inflamación por extensión de una infección pelviana aguda. El empleo de purgantes drásticos es también un factor etiológico de no poca importancia, y la ingestión de algunas sustancias alimenticias, que en ciertos individuos causa urticaria, es a menudo responsable de un ataque de proctitis alérgica aguda.

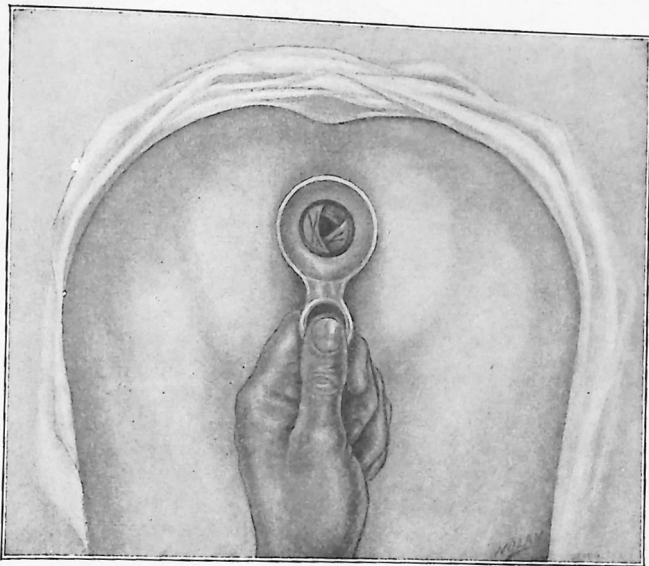


Fig. 158.—Ulceración disintérica de las válvulas de Houston (según Tuttle)

**Síntomas.**—Su comienzo se manifiesta con frecuencia en un escalofrío y débil aumento de la temperatura y sensación de malestar en el recto o en la parte inferior del abdomen; en ocasiones, se añade dolor en la parte posterior, particularmente sobre la región sacra, que puede irradiar hacia los miembros. Pocas horas después se experimenta una sensación de llenura y calor en el recto, que produce constantemente deseo de defecar. Se añaden trastornos de la vejiga, que particularmente se manifiestan en micciones frecuentes y ardor al orinar. El paciente se siente más cómodo

en el decúbito lateral, las heces son blandas y las evacuaciones se hacen más frecuentes. Al principio, las deposiciones tienen el aspecto de las de una diarrea común, pero, pasado el primer día, las heces están mezcladas con moco y algunas veces teñidas de sangre. Si la enfermedad progresa y se producen ulceraciones, las heces contienen sangre y pus, presentándose también exudados mucopurulentos a través del

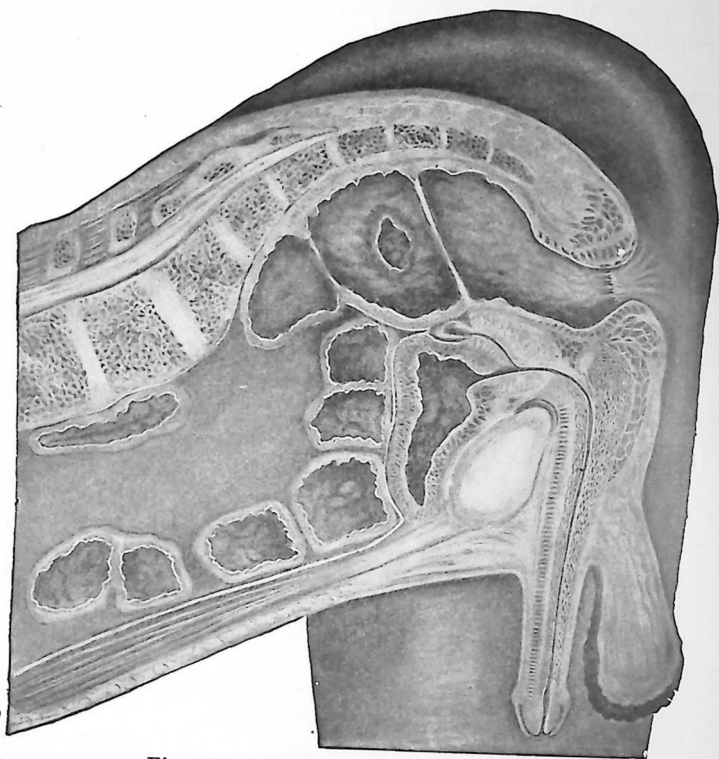


Fig. 159.—Úlcera de la ampolla rectal.

ano, entre las evacuaciones. En los niños, y más raramente en los adultos, termina por producirse el prolapso del recto.

**Diagnóstico.**—Cuando los antecedentes del enfermo sean los mencionados, está indicada la exploración de la cavidad rectal. Estando el paciente en posición genuacromial se introduce el proctoscopio y se dilata el recto. Cuando la introducción del proctoscopio se acompaña de gran dolor, cosa

que no es rara en las proctitis, habrá que anestesiar previamente los esfínteres, siguiendo la técnica indicada en el capítulo IV. El aspecto de la mucosa del recto es característico. Al examen ocular, la mucosa rectal presenta color rojo subido, con un aspecto parecido al de la conjuntiva inflamada, mientras que la mucosa afectada tiene color rojo ladrillo y aspecto aterciopelado y edematoso. Se observa también una abundante cantidad de colgajos amarillentos de moco. Los vasos sanguíneos de la pared rectal, y particularmente de las válvulas de Houston, están intensamente inyectados, dibujándose claramente sobre la mucosa enrojecida.

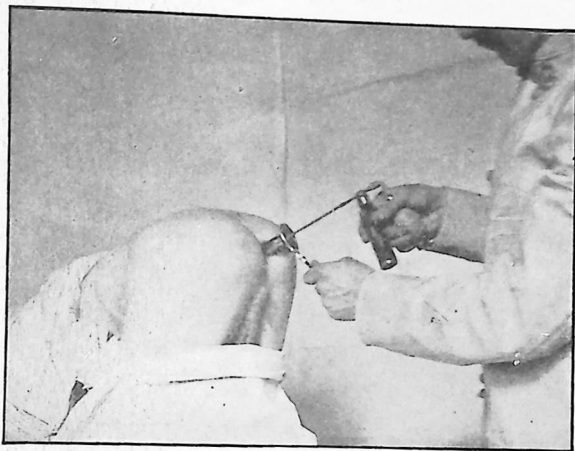


Fig. 160.—Pulverización del recto, estando el paciente en posición genuacromial. Debido a la dilatación de la cavidad rectal por la peneración del aire atmosférico, la posición genupectoral es la mejor para poder pulverizar las paredes rectales.

**Tratamiento.**—El tratamiento de la proctitis catarral aguda es dietético, sistemático y local. En los casos que tienen su origen en la presencia en el recto o flexura sigmoidea de bolos fecales o de cuerpos extraños, está indicada, en primer término, la extracción. Cuando la proctitis es debida al envenenamiento ptomaínico por descomposición de los alimentos en el tubo intestinal, debe administrarse inmediatamente una purga. En los pacientes que sufren de enfermedades generales, cuando la proctitis es tan sólo una complicación, el tratamiento esencial es el de la enfermedad general.

Cuando el factor causante es la irritación producida por alimentos inadecuados, o el abuso de los estimulantes alcohólicos o del tabaco, no hay ni que decir que está indicada su supresión.

En el tratamiento local de la proctitis catarral aguda bastan en muchos casos las abundantes irrigaciones del recto y de la flexura sigmoidea con soluciones salinas o de bicarbonato sódico a la temperatura de 42 a 45° C., repetidas dos o tres veces durante las 24 horas.

Para irrigar el colon, las posiciones más convenientes son la genuacromial y la lateral izquierda de Sims. Cuando se emplea esta última posición, la pelvis debe estar mucho más elevada que la cabeza. El irrigador debe estar colocado 40

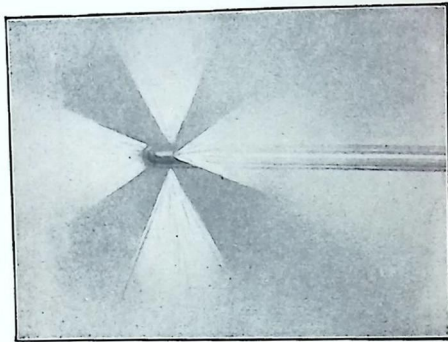
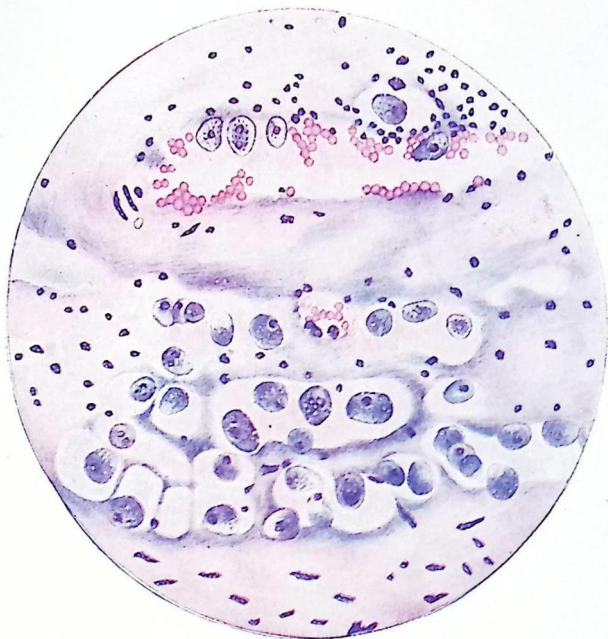


Fig. 161.—Tubo de pulverización rectal, del autor.

ó 50 centímetros arriba del nivel del ano, pinzando el tubo cuando el paciente siente el deseo de expulsar el líquido antes de haber sido administrada la cantidad necesaria. Esta desagradable sensación es debida a la hiperdistensión del intestino en ciertos puntos, cuando la corriente se interrumpe por las saculaciones normales o contracciones espasmódicas de las fibras musculares circulares. Dicha sensación desaparece, sin embargo, cuando se suspende durante un momento la corriente, pues el líquido pronto se va extendiendo por el intestino. El cambio de posición del enfermo de un lado a otro y el masaje del abdomen, facilitan la distribución del líquido irrigado. Mediante este método la mayoría de los pacientes retienen la cantidad necesaria de líquido para llenar y distender todo el colon.



LAMINA VI.

Corte del intestino debajo de la ulceración. (Azul de toluidina y eosina. Beck. 1/4. Oc. 3.) En la parte superior del campo se ve una gran vena: la pared del vaso, que está en la vecindad de la ulceración, se halla infiltrada con células pequeñas y amibas que irradian hacia la parte inferior; hematíes y leucocitos, así como amibas, se encuentran en la luz del vaso. En la porción inferior del campo se observan muchas amibas, de las que unas están en el tejido y otras en los espacios linfáticos. Reproducción debida a la amabilidad de H. F. Harris, Atlanta, Ga.



Cuando la secreción mucosa del recto o de la flexura sigmoidea es abundante, es eficaz el empleo de plata coloidal al 10 ó 20 por ciento, o de soluciones de nitrato de plata del 1 al 5 por ciento, mediante el pulverizador rectal. El autor

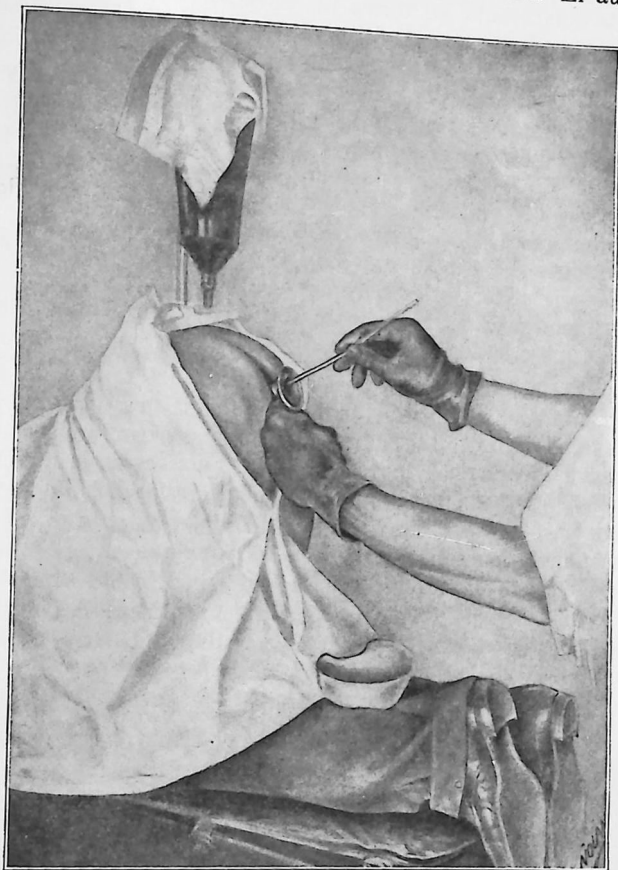


Fig. 162.—Método de aplicar soluciones de plata y de otra clase, en las superficies ulceradas del recto y de la flexura sigmoidea.

utiliza un tubo metálico de pulverización suficientemente largo, unido al pulverizador de mano o la instalación de aire comprimido. Su extremidad distal está cerrada, pero de su circunferencia, a 1.5 milímetros de dicha extremidad, sale la solución en todas direcciones, a través de cuatro pequeñas

aberturas, de modo que el líquido no penetra en el intestino a mayor altura de lo que se desea y baña todas las superficies por igual. El recto y la flexura sigmoidea son pulverizados mejor estando el sujeto en posición genuacromial. El yodo volatilizado, en forma de pulverización, mediante aparatos especiales es muy útil en los casos tenaces de proctitis. Cuando el moco parece provenir de lugares muy elevados del intestino, están indicadas las irrigaciones del colon con diversas soluciones astringentes. El autor recomienda las soluciones al 2 ó 5 por ciento de alumbre, o de ácido tánico al 5 por ciento. En ciertos casos se emplea el ácido salicílico, 5 gramos en 500 centímetros cúbicos de agua destilada. En algunos enfermos puede emplearse el permanganato potásico, en soluciones del 1 al 8 por mil, pero algunas veces originan espasmos abdominales muy desagradables. Las propiedades astringentes del permanganato potásico tienen todavía mayor valor que el efecto germicida.

Aunque algunos autores recomiendan el reposo del enfermo en cama durante el tratamiento de la proctitis catarral aguda, el autor no le pone reparos a que se permita al paciente estar levantado la mayor parte del día, pues en la posición vertical se asegura el drenaje del tubo intestinal. En aquellos casos en que no se tenga el resultado apetecido con la pulverización de las soluciones indicadas y exista tendencia a la formación de úlceras en la pared intestinal, puede ser eficaz la insuflación de sustancias pulverulentas, como la formidina, estearato de cinc compuesto con bálsamo del Perú, el ácido bórico, o el aristol.

Los focos ulcerados pueden tratarse con ácido fénico o solución de nitrato de plata del 10 por ciento, hasta la saturación. El autor no simpatiza con el uso de soluciones de antisépticos químicos enérgicos, como el bicloruro de mercurio, incluso cuando son usados en soluciones muy débiles. Cree que la acción irritante de estas soluciones, al debilitar las mucosas, es un peligro mayor que el beneficio que representa su acción antiséptica.

Durante el tratamiento de un caso de proctitis o sigmoiditis, el enfermo debe ser sometido a una dieta ligera y no irritante, de la que serán eliminadas las sustancias vegetales. Están indicadas en estos casos los atoles de cereales preparados con harina de cebada, arroz y avena, la albúmina de huevo, las gelatinas variadas y las soluciones peptonadas

líquidas, así como el "buttermilk". Tiene también gran valor añadir a este régimen chocolate con leche. Cuatro o seis onzas por día, sustituyen una cantidad aproximada de 200 gramos de carne y deja menos residuo. La leche está contraindicada, debido a su tendencia a producir estreñimiento y al hecho de que forma coágulos duros que irritan el intestino alterado.

La medicación interna no tiene mucha utilidad; el uso de ictiol, en dosis de 10 a 30 centigramos, administrado en cápsulas dobles, cuatro veces al día, da alguna vez buenos resultados. El remedio más activo parece ser la acriflavina neutra, en píldoras queratinizadas, en dosis de 30 miligramos, de tres a cinco veces al día. En la proctitis tiene especial valor el empleo de vaselina líquida, pues tiene una acción calmante sobre la mucosa inflamada e irritada del intestino, y aunque no estimula el peristaltismo, sí facilita la evacuación reblandeciendo y lubricando las heces. Por tratarse de un aceite mineral, no tiene valor alimenticio ni acción medicamentosa, pues no actúa sobre las secreciones digestivas, y atraviesa sin modificarse todo el tubo intestinal.

El paciente debe ingerir de seis a ocho vasos de agua al día, y si se duda de su pureza, se hervirá previamente y se conservará en botellas. Para quitar el sabor desagradable del agua hervida, se recomienda colocarla antes de su uso en vasos o jarros abiertos y agitarla con un batidor. El agua queda así aireada, suprimiéndose el sabor desagradable que es un obstáculo al empleo de agua esterilizada por la ebullición. En estos casos, está muchas veces indicado el uso de mucílago de linaza, que es muy eficaz si está bien preparado. Un buen método para prepararlo es el siguiente: cuatro o cinco cucharadas de semilla de linaza entera, se colocan en una cacerola poco profunda; se añade un litro de agua hervida, se coloca sobre la llama, hirviéndolo durante cinco minutos y luego se filtra a través de una gasa y se deja enfriar. Es preferible conservar el cocimiento en la heladera hasta que vaya a ser usado. Si se desea endulzar o dar buen sabor a este mucílago, puede añadirsele, mientras está caliente, una pequeña cantidad de jugo de limón, de esencia de menta o de wintergreen, y azúcar. El enfermo debe ingerir al acostarse una taza de este cocimiento tan caliente como pueda tolerarlo. No solamente posee una ligera acción laxante, sino que también tiene una influencia calmante sobre la mucosa del intestino.

### Proctitis y sigmoiditis crónica

Esta enfermedad se presenta en dos variedades: hipertrófica y atrófica. La variedad atrófica es la forma más frecuente. La variedad hipertrófica puede presentarse después de un ataque de proctitis o sigmoiditis aguda, pero muchas veces es originada por otros estados morbosos que no radican en el intestino. La presión de los tumores abdominales, el riñón movable, los desplazamientos uterinos, las celulitis pelvianas, las adherencias consecutivas a los estados inflamatorios de la pelvis, pueden ser causa de proctitis y sigmoiditis hipertrófica. La apendicitis, que ha sido señalada como factor etiológico, puede ser también un efecto de la enfermedad.

La variedad atrófica puede ser originada por un largo período de estreñimiento crónico, el abuso de purgantes, por los excesos en la comida y en la bebida, particularmente en los individuos con hábitos sedentarios, así como por los tóxicos minerales, como el arsénico, el antimonio y el bismuto. Deben también tenerse en cuenta las reacciones alérgicas. Otras causas de naturaleza más local son los bolos fecales frecuentes, el uso sistemático de enemas, los cuerpos extraños en el recto y las prácticas contra natura. Aunque este proceso suele ser consecuencia de la variedad aguda, algunos casos de proctitis y sigmoiditis crónica tienen origen bacteriano bien definido, pudiendo tratarse de bacterias o de parásitos de entre los cuales deben citarse las amibas, que producen lesiones más localizadas.

**Proctitis hipertrófica crónica.**—Esta variedad se distingue de la atrófica por el hecho de que la mucosa y la submucosa están siempre engrosadas y las glándulas, así como el tejido conectivo interglandular, están hipertrofiados. Las papilas anales suelen hallarse muy aumentadas de volumen. En el examen proctoscópico, el aspecto de las mucosas es bastante característico. Mencionaremos la siguiente descripción debida a Tuttle:

A través del proctoscopio, la mucosa se presenta edematosa, más pálida que de ordinario y cubierta con una delgada capa de secreción blanquecina. La membrana tumefacta penetra a través de las fenestraciones del espéculo cónico o dentro de él, ocluyendo completamente el orificio del proctoscopio. Cuando se elimina el mocopús, la membrana presenta a través de la lupa, un aspecto de coliflor, blancuzca

y granulosa. No sangra fácilmente y cuando se presiona con una sonda fina sobre su superficie los tejidos tienden a unirse por encima de la sonda. Cuando se raspa con una cuchara rectal, se obtiene cierta cantidad de fluido mucopurulento que se compone de pus, leucocitos y diferentes bacterias, situados entre pequeñas masas de materia fecal y de partículas de alimento no digeridas.

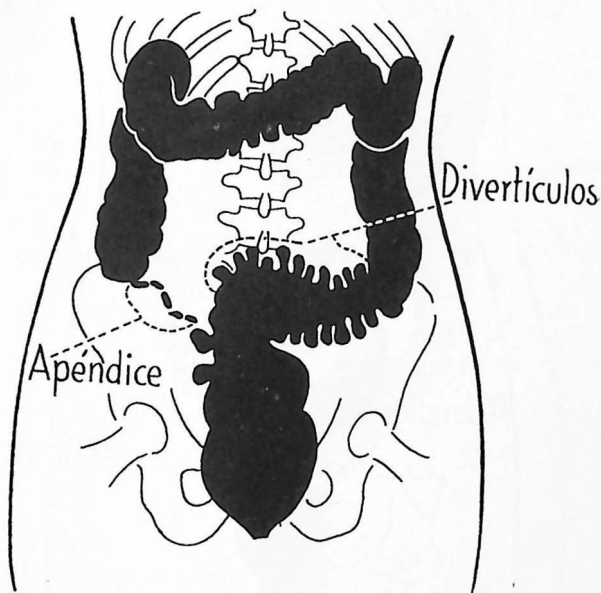


Fig. 163.—Radiografía mostrando extensos divertículos de la flexura sigmoidea y apéndice lleno de concreciones.

**Síntomas.**—La enfermedad puede tener un comienzo insidioso o aparecer después de un ataque de proctitis catarral aguda. El paciente está muy decaído, con escaso apetito, aliento fétido, indigestión, eructos, diarrea, que en ocasiones se alternan con estreñimiento, y frecuentes deseos de defecar, no quedando satisfecho después de cada una de las deposiciones. Cuando se produce la defecación, las heces tienen una consistencia de sopa de guisantes y se componen de

abundante cantidad de material purulento, o forman pequeños escribalos duros cubiertos con estrias mucosas o de moco-pús. Debido al estado hipertrófico de la mucosa ésta se prolapsa en muchas ocasiones y el prurito del ano es un síntoma muy frecuente. Las secreciones mantienen húmeda constantemente la región del esfínter y algunas veces son tan profusas que el enfermo tiene necesidad de protegerse con algodón absorbente para evitar que se ensucien sus ropas. A consecuencia de la humedad constante de la región, pueden formar-

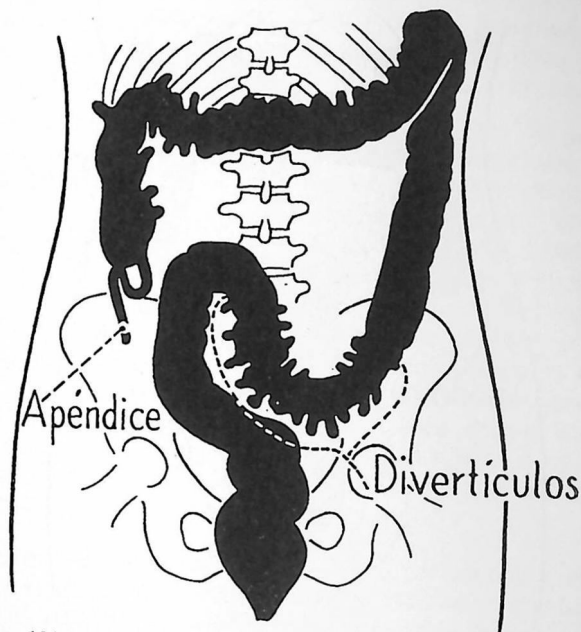


Fig. 164.—Radiografía mostrando múltiples divertículos, con el apéndice adherido.

se condilomas en la región anal, sobre todo en la comisura posterior del ano.

**Diagnóstico.**—El diagnóstico se establece por la exploración proctoscópica y sigmoidoscópica y se basa en el aspecto hipertrofiado característico de la mucosa y la presencia de secreciones mucopurulentas con tendencia a la ulceración, acompañada de los antecedentes sintomáticos que han sido antes descritos. Por fortuna esta enfermedad no es muy frecuente.

**Tratamiento.**—Si al explorar al enfermo se descubren causas extrarrectales, como apendicitis, diverticulitis, riñón flotante, adherencias intestinales, muchas veces postoperatorias, o tumores abdominales o pelvianos, que presionan sobre el intestino, están indicados los procedimientos quirúrgicos necesarios para combatir dichos procesos. El régimen dietético será modificado y se prohibirán los condimentos, los es-



Fig. 165.—Radiografía mostrando una estrechez tubular del colon descendente.

timulantes alcohólicos, las pastas, las ensaladas, los dulces, las frutas frescas y los alimentos recién horneados.

Para descargar en lo posible el trabajo del intestino, se administrará una dieta fácilmente asimilable, como huevos, "buttermilk", gelatina, chocolate, carne magra, aves, pescado fresco y pequeñas cantidades de purés de vegetales verdes, como espinacas, lechuga, escarola y bretones. El pacien-

te debe tomar abundante cantidad de agua fresca y tratar de mover el vientre con regularidad; se prescribirá vaselina líquida, en dosis de 30 a 60 gramos, todas las noches, teniendo en cuenta su influencia calmante sobre la mucosa del intestino y su acción reblandecedora y lubricante de las heces, que impide la formación de masas duras e irritantes.

Cuando existen síntomas de indigestión intestinal, es muy eficaz la prescripción de pancreatina, en dosis de 60 centigramos, que se administran durante la comida o al final de ella. También presta buenos servicios el ictiol, en cápsu-

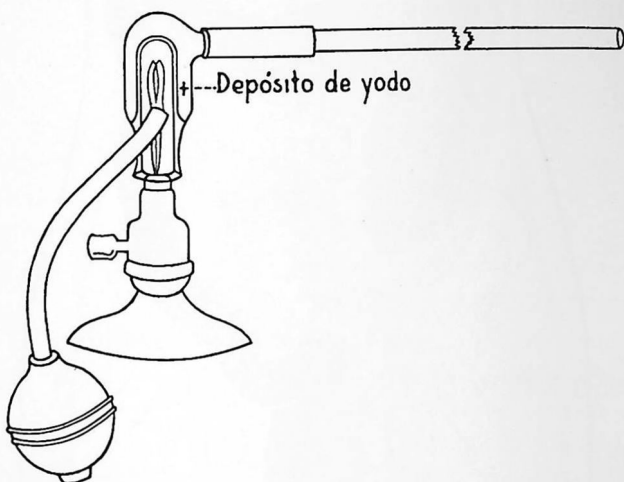


Fig. 166.—Vaporizador de yodo S. & S.

las dobles, en dosis de 12 a 30 centigramos, cuatro veces al día. Como ya se ha mencionado antes, también es eficaz la acriflavina neutra, en píldoras queratinizadas de 30 miligramos, cuatro veces al día. En la mañana y la noche el intestino puede ser lavado con alguna de las soluciones astringentes indicadas al hablar de la proctitis catarral aguda. Pueden emplearse unos 5 gramos de ácido salicílico en 500 centímetros cúbicos de agua, pero el autor ha obtenido mejores resultados con el uso de alumbre disolviendo 15 gramos por litro, y utilizando la solución de modo semejante a la ante-

rior. Después de la irrigación es aconsejable inyectar de 30 a 120 gramos de aceite de oliva tibio y vaselina líquida.

Si al examen proctoscópico o sigmoidoscópico se descubren lesiones ulcerosas localizadas, puede pulverizarse la región con solución de nitrato de plata del 1 al 3 por ciento, o con plata coloidal al 20 por ciento. También puede ser estimulada la curación de las lesiones ulcerosas mediante aplicaciones de nitrato de plata al ciento por ciento, ictiol o bálsamo del Perú, que se practican mediante una varilla de mango largo. Es también eficaz la insuflación de yodo volatilizado en días alternos. Se mejorará el estado general del paciente mediante los tónicos ordinarios y ordenando moderados ejercicios al aire libre y al sol.

**Proctitis y sigmoiditis crónicas atróficas.**—Esta variedad es más frecuente que la hipertrófica y consiste en una atrofia general de las glándulas y del tejido intraglandular del recto y de la flexura sigmoidea. Difiere de la variedad atrófica en que con frecuencia no llega más allá de la flexura sigmoidea, y la mucosa está delgada o destruída. Tuttle describió esta lesión del modo siguiente:

Al examinar en estos casos la mucosa, se observa un aspecto irregular rugoso o granuloso. La superficie es seca, áspera, falta de elasticidad y sin vegetaciones sobresalientes. Se observa en algunos puntos adheridas a la superficie pequeñas masas de materia fecal seca, y algunas veces pequeños islotes de epitelio necrótico o pseudomembranas.

El examen microscópico muestra la ausencia de epitelio en algunos lugares, aunque siempre está en las partes profundas de las criptas de Lieberkühn. Los folículos están generalmente atrofiados, el tejido intertubular disminuye y las células caliciformes son escasas. El epitelio cilíndrico puede decirse que asume en esta enfermedad el tipo estratificado. Esta alteración no se extiende más allá de uno a dos centímetros arriba de la línea anorrectal; está limitado en las partes superficiales de la membrana y no ataca los tubos.

El tejido conjuntivo de la capa submucosa es denso y ligeramente engrosado; no contiene tejido embrionario ni fi-

bras elásticas, como ocurre en la forma hipertrófica. Los folículos solitarios están muchas veces engrosados y distendidos. En algunos puntos se presentan tejidos de granulación y ulceraciones, que se acompañan de hiperemia y multiplicación de los vasos sanguíneos, pero no existen alteraciones de las paredes vasculares.

**Síntomas.**—Como ya se dijo, este proceso se presenta con frecuencia en individuos que sufren largo tiempo de estreñimiento. Las heces son escasas, duras y secas y su expulsión es dolorosa. Muchas veces, están cubiertas de sangre, pus y moco. Los pacientes sufren de tenesmo y dolor en la región sacra que se irradia hacia los miembros. El enfermo tiene la sensación de calor en el recto y después de la deposición se queja de que su intestino no ha llegado a vaciarse. Esta sensación no es igual a la sensación de repleción, que es más característica de la variedad hipertrófica, sino más bien una molestia que llama la atención del paciente hacia la región y que le hace suponer que encontraría un alivio si evacuase el recto. El prurito del ano es un síntoma frecuente, como también lo es el espasmo de los esfínteres. Debido a la contracción del conducto anal, el paso frecuente de las heces produce pequeñas fisuras o desgarramientos de la mucosa. Su presencia añade una sensación de ardor o de pinchazo a los otros síntomas de la enfermedad. Estas fisuras son muy superficiales y no deben confundirse nunca con la típica fisura del ano. Consisten tan sólo en una abrasión lineal de la mucosa del conducto sin tendencia a la formación de úlceras crónicas, que es característica de la verdadera fisura. Con frecuencia se asocian también las hemorroides.

Cuando se realiza el examen proctoscópico estando el paciente en posición genuacromial o invertida, aparece la mucosa enrojecida, aunque no de modo tan marcado como en la variedad aguda; seca y cubierta aquí y allá con pequeños copos de materia fecal seca. La introducción del proctoscopio suele acompañarse de hemorragias. Al examinar la pared rectal se presentan numerosas ulceraciones puntiformes. La secreción mucosa, que es muy escasa en estos estados, se ad-

hiere a la pared y se caracteriza por su espesor y tenacidad. En este tipo de proceso, la mucosa no se junta delante del proctoscopio y el recto tiene el aspecto de ser un tubo rígido en el que sobresalen las válvulas rectales. Aparte de las pequeñas ulceraciones antes indicadas son frecuentes otras úlceras, y cuando se presentan tienden a hacerse crónicas y a rodear al intestino, dando lugar a una estrechez.

**Tratamiento.**—Hay que cerciorarse de si el enfermo es o no sífilítico. Cuando el paciente lo ignora o no se expresa claramente cuando se le habla de este asunto, y no pueden obtenerse datos precisos, debe practicarse la reacción de Kahn o la de Wassermann. Cuando son positivas, se instituirán las medidas indicadas para el tratamiento de la sífilis terciaria. Cuando la reacción de Wassermann o la de Kahn sea positiva, se practicarán inyecciones intramusculares de preparados de bismuto o inyecciones intramusculares o intravenosas de compuestos arsenicales, como los arsenobenzoles.

La dieta es exactamente igual a la que ha sido indicada al tratar de la proctitis hipertrófica, con excepción de que el paciente puede hacer uso de alimentos grasos, pan (no recientemente horneado), tostadas, arroz, sagú y flanes. Cuando exista indigestión intestinal, debe administrarse pancreatina y vaselina líquida, según ha sido dicho para el tratamiento de la variedad hipertrófica. Como esta enfermedad está limitada al recto y a la parte inferior de la flexura sigmoidea, no son necesarias las irrigaciones copiosas, pero también pueden ser empleadas para el lavado de la flexura sigmoidea y del recto, las soluciones antes mencionadas. Después de la irrigación del recto se colocará al enfermo en posición genua-cromial, y con el empleo del proctoscopio se harán aplicaciones sobre las lesiones ulcerosas con solución saturada de nitrato de plata, yodo o ácido fénico puro. La pulverización de solución de mercurocromo al 3 ó 4 por ciento es eficaz, así como las soluciones de alumbre y de ácido salicílico de que antes hicimos mención. Remitimos a los capítulos correspondientes para lo que se refiere a las lesiones que pueden complicar esta enfermedad, como hemorroides, fisuras y prurito. Cuan-

to se ha dicho acerca del ejercicio al aire libre es también aplicable en estos casos.

No debe cometerse el error de tratar a un paciente de proctitis o sigmoiditis localizada cuando la enfermedad afecta todo el colon. Aunque los casos moderados de colitis pueden responder al tratamiento expuesto en este capítulo, otras veces es necesario el reposo fisiológico, y esto sólo puede conseguirse mediante la cecostomía o la colostomía temporal. Las irrigaciones del colon desde arriba pueden ser también necesarias antes de instituir otros tratamientos.

## CAPITULO XV

### EXTRACCION DE CUERPOS EXTRAÑOS—NEOFORMACIONES BENIGNAS Y ESTRECHEZ RECTAL

Dado que la presencia de cuerpos extraños en el conducto anal y en el recto, da lugar a notables molestias e incluso a afecciones agudas, es conveniente llamar la atención sobre tales casos. No es raro que puedan ser introducidas en el conducto anal, particularmente entre los alienados, diversos cuerpos extraños, como alfileres, botellas, huevos, lápices, navajas, tenedores, y aun picaportes. Los invertidos sexuales suelen también introducirse en el recto objetos más gruesos y en estos casos pueden sobrevenir síntomas graves y aun gravísimos, debidos a la traumatización del recto y algunas veces de la flexura sigmoidea que puede provocar la ruptura. Siempre que la pared intestinal ha sido rota por la introducción de un cuerpo extraño, está indicada la laparotomía inmediata.

Sin embargo, cuando el cuerpo extraño no ha traumatizado la pared de modo tan intenso, puede extraerse empleando grandes cuidados en la maniobra. La anestesia caudal, descrita en el capítulo IV, basta para conseguir la completa relajación. Si el cuerpo extraño es agudo o cortante, debe ser manipulado cuidadosamente y después de explorar con el dedo, será extraído mediante una larga pinza hemostática, procurando no traumatizar el conducto anal.

Algunas veces los objetos pequeños, como huevos o bolas (cánicas), se extraen introduciendo un trozo de venda, de modo que forme un lazo. De esta manera al tirar de los extremos se extrae el cuerpo extraño.

Un paciente visto por el autor, se había introducido una copa pequeña, y cuando se pretendió extraerla, las pinzas rompieron los bordes de la copa. En este caso, colocando al paciente en posición invertida, se introdujo yeso dentro de la copa, y luego se cubrieron los bordes rotos con cera. De este modo se consiguió extraer fácilmente el objeto. En

otro caso, un dilatador rectal de goma dura, quedó alojado en posición diagonal en la porción rectosigmoidea. Entonces fué necesario empujar el dilatador hasta la flexura sigmoidea, y luego extraerlo con una pinzas largas.

No es raro que se desprendan del tubo del irrigador la cámbula de metal, de goma dura o de vidrio, que quedan alojadas en el recto. Lo primero que debe hacerse es colocarlas paralelamente al eje longitudinal del conducto anorrectal, con lo que pueden ser extraídos fácilmente con una pinza con extremos de goma.

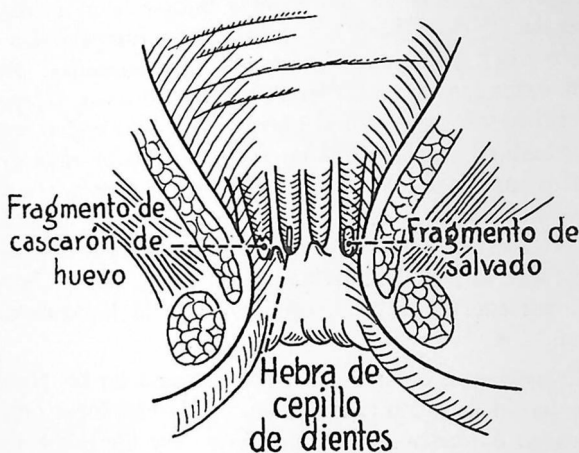


Fig. 167.—Cuerpos extraños en las criptas anales.

Es también frecuente, particularmente en los niños, que llegue a penetrar en el recto el termómetro clínico colocado para observar la temperatura. Como es natural, debe procederse con gran delicadeza para realizar su extracción. Sin embargo, en los niños puede ser necesario el empleo de la anestesia general, pues un movimiento inesperado del enfermito, puede ser causa de que fracase la maniobra.

La técnica empleada para la extracción de bolos fecales y concreciones que actúan como cuerpos extraños, ha sido descrita en el capítulo correspondiente.

Los cuerpos extraños de pequeño tamaño deglutidos por el sujeto, causan muchas veces grandes molestias, cuando,

después de haber atravesado todo el aparato digestivo, quedan alojados en la región de las criptas del ano y del esfínter. El salvado, el maíz reventado, las pepitas de manzanas, las esquirlas de huesos, cerdas de los cepillos de dientes, cáscaras y otros pequeños objetos pueden quedar alojados en las criptas anales. Cuando esto ocurre, la irritación de la cripta traumatizada excita el espasmo del esfínter y se produce el tenesmo. El paciente acude a la consulta, quejándose de gran

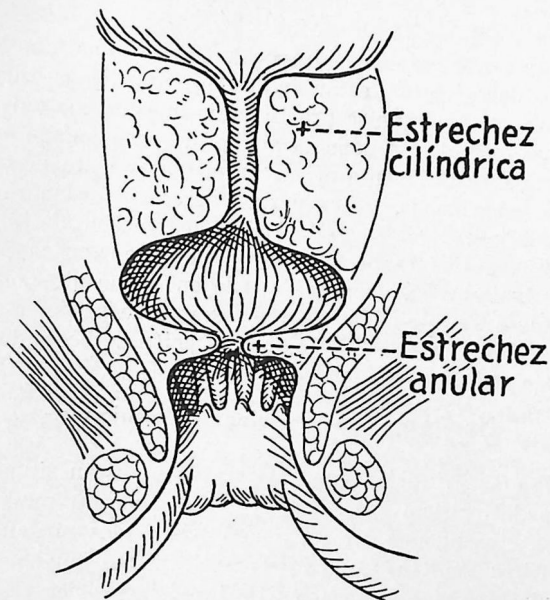


Fig. 168.—Estrechez del recto. Superior: estrechez cilíndrica. Inferior: estrechez angular o anular.

dolor y se opone a cualquier ensayo de exploración digital, hasta que se practica la anestesia local o caudal. En algunos casos han transcurrido dos o tres días y, debido al intenso dolor que producen los movimientos intestinales, el paciente se resiste a defecar hasta el último instante.

Podría aplicarse a los cuerpos extraños todo lo que hemos dicho acerca de los bolos fecales. Después de haber relajado el esfínter, siguiendo la técnica mencionada en el capítulo IV, se realiza la exploración digital usando el dedo pe-

queño, con lo que se descubre el cuerpo extraño sobresaliendo en una cripta. Estos cuerpos extraños pequeños, como por ejemplo trozos de cáscaras u otros objetos similares, pueden ser extraídos de la cripta mediante una pinza hemostática pequeña de puntas finas. Podría decirse que se trata de una verdadera "técnica del anzuelo".

En algunos casos, las criptas han sido traumatizadas por los pequeños cuerpos extraños, de tal modo que es necesario incidirlas. Cada incisión se prolonga hasta la superficie cutánea para que el drenaje sea eficaz.

En todos los casos en que ha habido traumatismo de las criptas o del esfínter, están indicados cuidados postoperatorios análogos a los que se practican después de cualquier operación anorrectal. La pomada analgésica mencionada en otro lugar es particularmente eficaz en el tratamiento postoperatorio de estos casos. Rara vez es necesario ordenar al enfermo que guarde cama después de la extracción de estos pequeños cuerpos extraños. La mayor parte de estos casos, pueden ser tratados con buen resultado en el consultorio. Debe prescribirse vaselina líquida, que, aparte de sus efectos calmantes sobre la mucosa, evita la formación de heces duras.

### Neoformaciones perianales benignas

Algunas neoformaciones benignas que están situadas en o cerca del orificio anal, como quistes sebáceos, condilomas, lipomas, etc., pueden ser fácilmente extirpados con anestesia por infiltración. La técnica es prácticamente igual a la que se emplea para la extirpación de las hemorroides trombóticas agudas o a la usada para la extirpación de los pliegues cutáneos anales hipertrofiados o de las hemorroides cutáneas crónicas.

Debe cuidarse, al extirpar un quiste sebáceo o de otra índole, de esta región, de no puncionar la pared al practicar la anestesia, pues un quiste íntegro es más fácil extirparlo, y esto evita las recaídas.

En la extirpación de los lipomas pequeños, es necesario practicar la anestesia completa tanto de la grasa que lo circunda como de la pared que lo cubre. El diotano o el clorhidrato de quinina y urea se usarán para la anestesia postoperatoria.

En la escisión de los condilomas o granulomas de la variedad simple, todas las incisiones serán paralelas al orificio anal. En estos casos es recomendable cauterizar la herida después de la extirpación del condiloma. Cuando se ha utilizado la anestesia caudal, puede aplicarse el cauterio sin provocar molestias al enfermo. En lugar del termocauterio puede usarse la solución de cloruro de cinc al 30 por ciento. Cuando se trata de múltiples condilomas, no es aconsejable extirparlos en el consultorio, siendo preferible la hospitalización. Cuando solamente se trata de tres o cuatro condilomas, no hay inconveniente en practicar la extirpación en el consultorio del médico.

### Estrecheces anales y rectales

Por regla general los enfermos que padecen estrecheces del ano y del recto deben ser tratados en el hospital y ordinariamente se utilizará la anestesia raquídea. Sin embargo, las estrecheces de tipo anular, que admiten el paso de un pequeño proctoscopio, con cuya exploración se descubra que no se trata de estrecheces tubulares, pueden operarse con anestesia caudal o aun local, en el consultorio médico. Las estrecheces de este tipo, consecuencia de una ulceración localizada o de alguna operación en el conducto anal, no seguidas de adecuada dilatación, pueden muchas veces curar mediante la simple incisión, o sea, por la llamada proctotomía.

El lugar preferible para practicar la incisión de una estrechez es la línea media posterior, o cualquiera de los cuadrantes posteriores. La anestesia caudal será utilizada, por regla general, cuando se trata de estrecheces de la parte inferior del recto y del conducto anal, excepto en aquellos casos de estrecheces del ano y del conducto anal en que el escalpelo puede ser guiado por el dedo de la otra mano, y ante la vista del operador.

Las estrecheces del recto inferior del tipo de sombrilla puede incidirse con un escalpelo estrecho o con las tijeras rectales angulares del autor, o por la técnica de la ligadura de goma empleada para las valvotomías rectales, tal como se muestra en la figura 57, A, con tal que el calibre de la estrechez sea suficientemente grande para permitir el paso del portaligaduras.

En las estrecheces del recto es aconsejable evitar las recaídas, mediante el masaje digital, o por la introducción repetida de una bujía de Wales de tamaño número 12. Al principio estas dilataciones se practicarán dos veces por semana, y luego con intervalos más largos, hasta que la curación sea completa.

En las estrecheces del conducto anal o del ano, son suficientes la dilatación digital y el masaje. Algunos casos de estrechez o contracción son debidos a haber permitido el abuso de purgantes después de las operaciones. En efecto, el enfermo supone que al dar lugar a heces blandas o líquidas, podrá evitar los dolores y sufrimientos postoperatorios, pero lo que consigue es hacer fracasar la operación y aumentar sus molestias. En realidad, las heces bien formadas, son el dilatador natural y dilatan el conducto anorrectal en la dirección más conveniente, es decir, de dentro a fuera. Los pacientes deben comprender que las heces bien formadas y satisfactoriamente lubricadas por el empleo de vaselina líquida, constituyen el mejor método para asegurar el buen resultado de la operación. Además, se les advertirá de la posibilidad de que se produzcan contracciones o estrecheces cuando se usan purgantes del tipo del sulfato de magnesia.

## CAPITULO XVI

### PROLAPSO DEL ANO Y DEL RECTO

El prolapso del recto es el descenso, con o sin salida a través del ano, de una o de todas las capas del recto, sin ninguna complicación. El prolapso del ano es el descenso y propulsión de la mucosa, o de todas las capas del ano, a través de la abertura anal. Se denomina también eversión o ectropión anal.

El prolapso puede ser parcial o completo. El prolapso parcial es cuando solamente la mucosa sale al exterior, mientras que el prolapso completo significa el descenso de todas las tunicas del recto. El prolapso completo se divide en tres grados, según su extensión.

El prolapso de primer grado es aquel en que la porción prolapsada comienza en el margen anal y la mucosa que lo cubre se continúa con la piel vecina, no existiendo surco circundante. En el prolapso completo de segundo grado se observa que el descenso comienza justamente arriba del esfínter y se propulsa a través del orificio anal, invaginándose sobre la porción inferior no afectada. En esta variedad existe un marcado surco entre el prolapso y el margen del ano.

El prolapso de tercer grado puede comenzar en la parte superior del recto o aun en la porción de la flexura sigmoidea, que desciende hasta la cavidad rectal inferior, aunque, de ordinario, no llega a salir a través del orificio anal. Esta variedad se conoce con el nombre de *prolapso oculto*.

Dadas las limitaciones de esta obra, no es posible ocuparse de aquellos estados que exigen tratamientos complicados de cirugía mayor con anestesia general o raquídea. Ninguno de los estados patológicos mencionados antes serán estudiados en este libro, salvo los que más a menudo ve el médico general, que se presentan muchas veces en los niños y adultos. La forma más frecuente que se observa en los niños es la parcial o incompleta, que consiste en una eversión del conducto anal, que arrastra la mucosa que cubre la parte infe-

rior del recto. La mayoría de los casos no requiere tratamiento quirúrgico y se puede obtener buenos resultados con paciencia y tenacidad.

### Etiología

El prolapso se produce con más frecuencia por los esfuerzos intensos y prolongados. Los estados patológicos, como los pólipos rectales, las hemorroides, los cuerpos extraños en

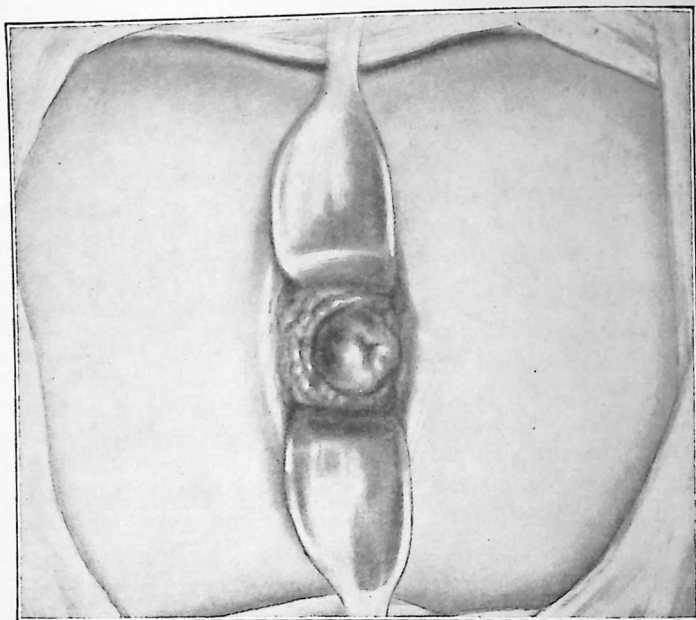


Fig. 169.—Prolapso del recto de tercer grado. Muestra el recto prolapso que desciende hasta el ano pero que no sale a través de él.

el recto, las heces duras, la oxiuriasis, los cálculos en la vejiga, la fimosis, la diarrea, la tos y los estornudos violentos, que se acompañan de debilidad del esfínter, pueden ser causa del proceso que nos ocupa, si bien el origen más frecuente está constituido por los prolongados esfuerzos durante la defecación.

La costumbre muy común de las madres, de ordenar a sus hijos que se esfuercen para defecar, es la responsable

de buen número de casos de prolapso del recto. El niño sentado en su bacinilla, casi en cuclillas, continúa durante media, una hora o toda la mañana, haciendo esfuerzos para cumplir el deber que le impuso su madre, y esto da lugar a que poco a poco se separe la mucosa del recto y haga su aparición a través del ano.

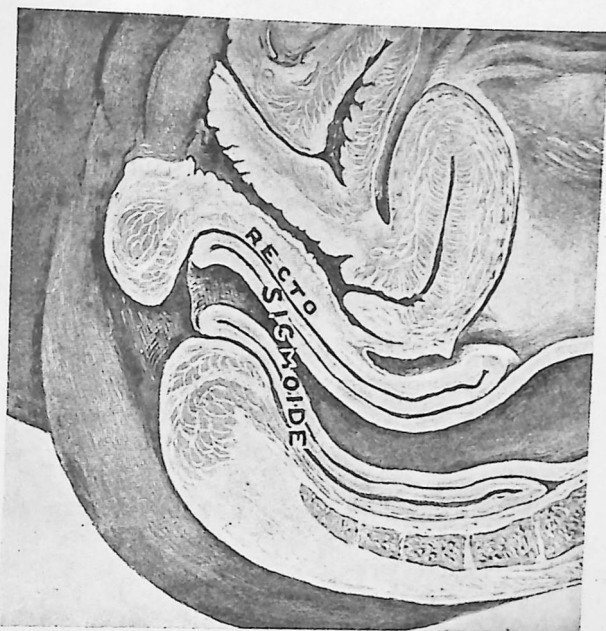


Fig. 170.—Prolapso oculto de tercer grado, de la flexura sigmoidea que se introduce en el recto. Este caso exige la operación de mesosigmoidopexia, del autor.

En otros casos, los esfuerzos extraordinariamente enérgicos de los músculos abdominales, dan lugar a la elongación del mesenterio de la flexura sigmoidea, que se invagina en el recto. En estos casos es raro que la porción invaginada salga a través del ano y este estado, que se conoce con el nombre de *prolapso oculto* puede pasar inadvertido largo tiempo. Desde el punto de vista anatómico, la dirección recta del sacro en los niños ofrece menos sostén al recto que en

los adultos, y cuando en aquéllos se producen enfermedades consuntivas, la región se relaja tanto, que prácticamente el recto carece de sostén.

El prolapso del recto en la mujer no es raro después del parto, siendo también una secuela del estreñimiento crónico. Excepto en los casos que exigen operaciones plásticas o reconstrucciones del perineo, el tratamiento del prolapso del adulto no difiere materialmente del que se practica en el niño y que luego describiremos.

### Síntomas

El prolapso del recto en el niño aparece de modo inesperado. Después de un tiempo durante el cual el niño ha estado sometido a las malas prácticas antes mencionadas, la madre se sorprende cuando un día observa la aparición de un anillo de color rojo o purpúreo que rodea al ano, y cuyo tamaño depende de la porción de recto prolapsado. Cuando el prolapso se mantiene cierto tiempo, el recto adquiere color más oscuro, debido a las dificultades de la circulación de retorno, originadas por la contracción del esfínter.

### Diagnóstico

El diagnóstico es muy sencillo y apenas necesita explicación. La aparición de un anillo constituido por una membrana blanda aterciopelada que hace relieve en el ano, sólo se observa cuando se trata de prolapso. Un pólipo se diferencia por su forma redondeada, su consistencia dura y la presencia de un pedículo que penetra a través del ano. Las hemorroides, que son raras en los niños, tienen comienzo gradual, su consistencia es dura, forman masas separadas y no presentan el aspecto rojo o purpúreo característico de la mucosa prolapsada. A medida que pasa el tiempo, el prolapso se va agravando, y en los casos más marcados puede exteriorizarse todo el recto.

### Tratamiento

Cuando el prolapso hace por primera vez su aparición, puede ser reducido del modo siguiente: se coloca al enfermo en la posición de Sims, con las nalgas a mayor altura que la

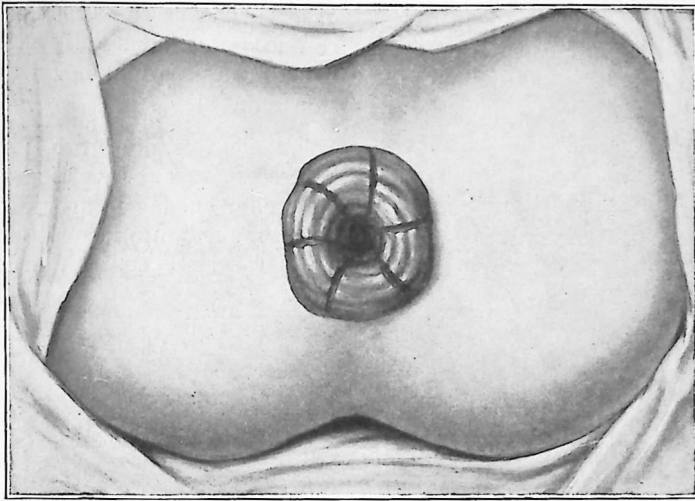


Fig. 171.—Prolapso de primer grado del recto, mostrando la línea radiada de cauterización.

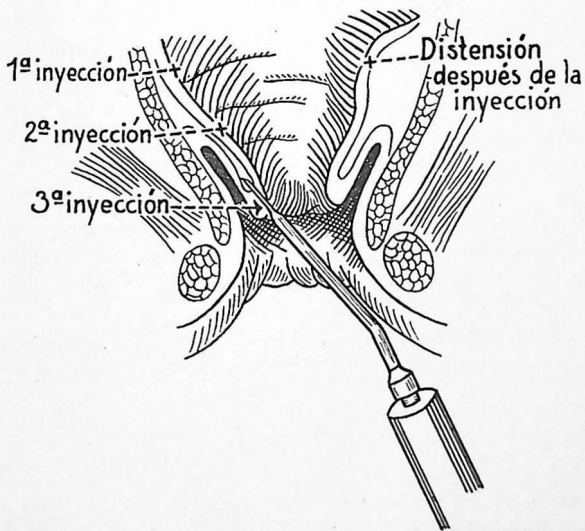


Fig. 172.—Inyección en los casos de prolapso rectal de segundo grado.

cabeza, y se pone sobre el prolapso una compresa de agua helada. A los pocos minutos, suele bastar una suave presión para reducir la parte prolapsada. Muchas veces es suficiente la simple presión digital sobre uno de los lados del prolapso, mientras las nalgas se separan con la otra mano. La mitad opuesta se reduce de la misma manera.

Cuando el prolapso se ha prolongado durante largo tiempo y la mucosa se halla tumefacta, edematosa, congestionada y el esfínter contraído alrededor de ella, puede ser muy difícil reducirlo, si no se relaja el esfínter mediante la anestesia local. Para aliviar la congestión y para que se contraigan los

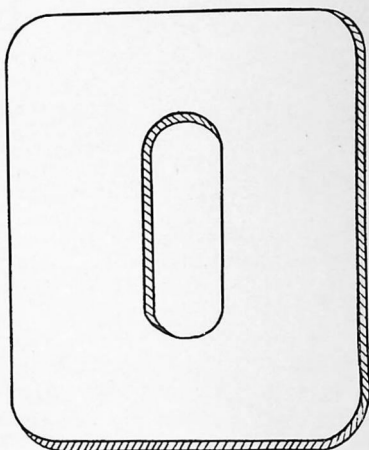


Fig. 173.—Asiento de madera para los niños con prolapso rectal. Tamaño 22 por 30 centímetros.

vasos sanguíneos hemos obtenido excelentes resultados con el empleo de compresas empapadas en una solución de adrenalina, que se aplica fuertemente sobre la zona afectada. Los vasos sanguíneos se contraen y el volumen de la masa se reduce, con lo que es fácil su reducción.

Las presiones realizadas sobre esta región, aunque sean enérgicas, deben hacerse suavemente, pues las manipulaciones rudas o violentas pueden provocar graves lesiones.

Cubierto el dedo índice con algodón, se presionará con firmeza sobre el prolapso en la dirección del conducto rectal, consiguiéndose así su reducción. Se saca el dedo con un movimiento de rotación, no habiendo inconveniente en que el

algodón quede en el recto, pues será expulsado en la próxima defecación.

Cuando se corrigen los hábitos del niño muchas veces no se repite el prolapso. Sin embargo, en otros casos vuelve a producirse y es necesario instituir el tratamiento para impedir que esta afección se haga crónica. Cuando existe una causa predisponente como bolos fecales, cálculos de la vejiga, fimosis, oxiuriasis, pólipos, cuerpos extraños en el recto, etc., ni que decir tiene que se tomarán las medidas quirúrgicas

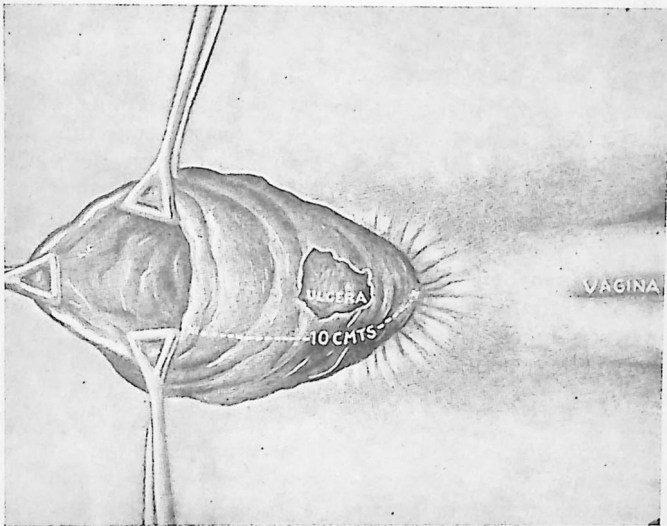


Fig. 174.—Prolapso total del recto.

o médicas adecuadas. Cuando la causa sea el estreñimiento se prescribirá la dieta más apropiada.

En algunos casos se obtienen curaciones temporales, y aun permanentes, con el empleo de algunas de las inyecciones esclerosantes mencionadas al tratar de las hemorroides internas. Se inyecta solución de quinina y urea al 5 por ciento con intervalos de tres a cinco días, que da lugar a adherencias que fijan la mucosa que se prolapsa. Cuando se trata de un prolapso originado por la prolongada permanencia so-

bre la bacinilla, deberá ser prohibida esta costumbre. El niño debe mover el vientre estando acostado sobre la espalda o sobre un lado, preferiblemente en esta última posición. No debe permitírsele defecar en la posición sentada mientras dure el tratamiento y luego se empleará un asiento como el representado en la figura 173. Con objeto de reblandecer las heces y lubricar el tubo intestinal, está indicada la administración de vaselina líquida, modificando su sabor, a dosis que varían de una cucharada pequeña, cuando se trata de un niño pequeño, hasta una cucharada, cuando el enfermito ha alcanzado 5 ó 6 años de edad. Después de la defecación, es eficaz mantener juntas las nalgas mediante tiras de tela emplástica, así como colocar algodón envuelto en gasa haciendo presión sobre el ano.

Este tratamiento, si se prolonga suficientemente (dos meses por término medio), puede producir buenos resultados. La tendencia a la diarrea será combatida inmediatamente y se corregirán los defectos dietéticos, pues el violento peristaltismo, que acompaña a la diarrea, suele ser todavía peor que los esfuerzos a que da lugar el estreñimiento.

**Prolapso oculto.**—En algunos casos de supuesto estreñimiento, fallan todos los tratamientos propuestos. En tales casos está indicada la exploración del recto del niño mediante un proctoscopio pequeño o un cistoscopio ancho. A las veces, este método permite descubrir la existencia de un prolapso de tercer grado que llega hasta el recto, pero que no llega a exteriorizarse. En estos casos el niño hace esfuerzos violentísimos y su rostro se enrojece, pero a pesar de todo, tan sólo elimina una pequeña cantidad de moco mezclado con materias fecales. La única manera de conseguir que el niño mueva el vientre es mediante enemas. En estos casos está indicado el mismo tratamiento descrito al hablar del prolapso incompleto.

Lo esencial para prevenir y tratar el prolapso del recto en los niños, es instruir a las madres acerca de cómo deben comportarse con sus hijos para habituarlos a la defecación. Aunque no puede ser objeto de esta obra exponer lo concerniente a la alimentación infantil, recordaremos la necesidad de administrar suficiente cantidad de hidratos de carbono, así como la cantidad de agua necesaria, según la edad del niño. En lugar de forzar a los niños a que defequen manteniéndolos sentados sobre la bacinilla durante largas horas, se

facilitará, mediante un régimen dietético adecuado, la evacuación intestinal, con lo que el prolapso rectal no llegará a producirse. La posición en cuclillas asumida por los aborígenes, es la más adecuada para los niños. Si después de 10 ó 15 minutos, el niño no ha movido su vientre, es preferible introducir un supositorio de manteca de cacao o administrar una enema fría, que exponer al niño a que contraiga la pernicioso costumbre de permanecer sentado en la bacinilla durante largo tiempo.

Cuando, a pesar de todas las medidas recomendadas, subsiste el prolapso, es necesario practicar un tratamiento más radical. En nuestras manos el método que ha dado mejores resultados y que se adapta en particular a los casos de prolapso en los niños, es el de la cauterización lineal. Esta puede realizarse de dos modos: mediante la aplicación de ácido nítrico o el uso del cauterio. Ningún método es aplicable satisfactoriamente a los niños, a no ser que se emplee la anestesia general. El óxido nitroso, con o sin oxígeno, puede emplearse en estos casos sin el menor peligro, consiguiéndose una anestesia satisfactoria. El etileno o el éter no deben ser nunca utilizados cuando se emplea el termocauterio, debido a que son inflamables y explosivos.

**Cauterización química.**—Se coloca al niño en la posición dorsosacra, sin reducir el prolapso, y se procede a la anestesia. Se seca la membrana prolapsada y se aplica ácido tricloracético, o ácido nítrico fumante, formando de cuatro a seis líneas radiadas que comienzan en la parte superior del centro de la mucosa prolapsada en la luz del intestino, presionando intensamente, pero sin tomar la unión mucocutánea. De este modo, se practican cuatro a seis cauterizaciones equidistantes, aplicando luego una pomada compuesta de 4 gramos de bicarbonato sódico en 30 gramos de vaselina. Para retener el prolapso se coloca un trozo de tubo de goma de drenaje, del grueso de un lápiz, envuelto en gasa, cuyo centro tenga un diámetro de 18 milímetros, con sus extremos afilados, manteniendo este tubo tres a cuatro días, si es posible. Los dolores que sufre el enfermito después de la operación no son muy agudos, pero si la molestia fuera grande puede calmarse mediante la inyección hipodérmica de codeína en dosis de 7 a 15 miligramos, cuando el niño tiene de seis meses a tres años de edad.

Los cuidados postoperatorios son los mismos que han sido indicados antes, con respecto a la dieta, a la defecación en posición de decúbito, al mantenimiento de los glúteos unidos con tela emplástica, etc. Después de dos semanas, puede permitirse que el niño defeque en la posición *en cuclillas*, o sentado sobre el asiento a que antes hemos hecho mención. En la primera cura realizada después de la operación, debe cuidarse de colocar un cojinete, sostenido por tela emplástica, que haga presión sobre el ano.

**Cauterización lineal con el cauterio eléctrico.**—El paciente se prepara para la operación, como para cualquier operación con anestesia caudal. Después de transcurrido el tiempo necesario para que se produzca la completa relajación del esfínter, se ordena al paciente que tosa o puje, con el objeto de que se produzca el prolapso. Se saca la mucosa con gasa y el prolapso se extiende mediante las pinzas de Pennington, aplicadas en cuatro puntos equidistantes. Se calienta el termocauterio hasta el rojo cereza, utilizando una punta ancha o roma. La línea de cauterización se comienza en el punto más interno, extendiéndola hasta 12 centímetros arriba de la línea dentada del conducto anal; de esta manera la cauterización se practica solamente en la mucosa y evita la contracción cicatrizal a que daría lugar la quemadura del ano o del conducto anal.

De ordinario se necesitan de tres a seis líneas de cauterización, según el caso de que se trate. Debe cauterizarse toda la mucosa, hasta la túnica muscular, particularmente en los prolapsos posterior y lateral. La intensidad de la destrucción del tejido es más aparente que real, pues debe ser recordado que el objeto de esta cauterización es provocar la contracción de los tejidos circundantes y que las cicatrices que se producen en el proceso curativo adhieren firmemente la mucosa a la muscular. **Precisamente nos aprovechamos de lo que en otros casos es una contraindicación al uso del cauterio en la cirugía del recto, o sea, que la cicatriz producida por la quemadura de la mucosa se retrae siempre disminuyendo el calibre del recto.** El tratamiento postoperatorio, las curas y los vendajes son los ya descritos anteriormente.

Cuando después de la cauterización se producen recaídas, lo que pocas veces se observa, se escinden la cara posterior o las laterales derecha e izquierda del recto, formando colgajos elípticos en dirección longitudinal, suturando transversalmente las heridas. Esta operación se realiza con anestesia local, caudal o raquídea. Cuando se trata de niños, es preferible usar el etileno o el óxido nitroso. La operación da mejores resultados cuando es practicada por un especialista ya que la técnica y los cuidados postoperatorios exigen paciencia, habilidad e ingenio, que son más fáciles de encontrar en una mano experimentada.



## INDICE DE SINTOMAS

Cuando un paciente consulta a su médico, no le da un diagnóstico ni le dice qué enfermedad padece, sino simplemente le refiere unos síntomas. Estos, unidos al resultado de la exploración, sirven al médico para fundar el diagnóstico. El tratamiento y la curación dependen, a su vez, del diagnóstico.

En la investigación clínica de cada paciente, unos síntomas predominan sobre los otros. Sin embargo, los síntomas que el paciente refiere al consultar al médico no son siempre los más importantes.

Presentamos este índice de síntomas para que sirva de guía al médico al hacer un diagnóstico.

Por ejemplo: un enfermo refiere los síntomas de dolor de comienzo súbito, pérdida de sangre de color rojo subido cuando defeca, estreñimiento agudo y espasmo de los esfínteres. Entonces buscaremos en el índice los títulos: dolor, hemorragia de sangre roja, estreñimiento agudo y espasmos del esfínter. Observaremos, entonces, que la fisura del ano causa todos estos síntomas, y el diagnóstico se verificará al hacer la exploración.

**Acné.** (Véase: Piel, enfermedades de la.)

**Agitación durante la noche.** Parásitos intestinales, prurito del ano.

**Aliento fétido.** Estreñimiento, colitis, cáncer, bolos fecales, obstrucción.

**Anemia.** (Véase hemorragias.) Cáncer, colitis ulcerosa, proctitis, hemorroides internas, disenteria, poliposis.

**Artritis.** Criptitis, papilitis, absceso, fistula, úlcera, proctitis, sigmoiditis, estreñimiento.

**Ataxia del esfínter.** Tabes dorsal, enfermedades medulares, traumatismos.

**Cabeza, dolor de.** Estreñimiento, obstrucción, bolo fecal, intoxicación, criptitis.

**Cólico, dolores de.** Colitis, proctitis, estreñimiento, obstrucción, intoxicación, bolos fecales, estrechez rectal, cáncer.

**Defecación, disminuída.** (Véase estreñimiento.)

**Defecación aumentada.** Diarrea, colitis, proctitis, cáncer, úlcera, poliposis, cuerpos extraños en el recto, intoxicaciones, abuso de purgantes.

**Diarrea.** (Véase defecación aumentada.)

**Dolor** (Capítulo II).

- Dolor agudo lancinante.** Fisura, úlcera anal, cuerpos extraños.
- Dolor espasmódico.** Fisura, úlcera anal, hipertrofia de las papilas anales.
- Dolor pulsátil.** Absceso, infección perirrectal (Capítulo X).
- Dolor quemante.** Escoriaciones de la piel circunanal. Diarrea. (Véanse capítulos IX, XI, XIII, XIV.)
- Dolor, ausencia de.** Cuando están presentes otros síntomas, sospecha de cáncer.
- Dolor en la defecación.** (Véase dolor.) Cualquiera ulceración anal, fisura, hemorroides internas, cuerpos extraños, hipertrofia de la próstata, absceso, estrecheces, cáncer (de localización baja), presión de los órganos pelvianos enfermos.
- Espasmos del esfínter.** (Véase dolor espasmódico.)
- Estreñimiento.** (Véase capítulo VI.)
- Fiebre.** Absceso, estreñimiento, colitis, proctitis, bolo fecal, intoxicación, disentería.
- Flatulencia.** Estreñimiento, obstrucción, colitis, disentería, cáncer, indigestión, constipación.
- Furúnculos.** (Véase: piel enfermedades de la.) Absceso tegumentario.
- Gases.** (Véase flatulencia.)
- Heces Sangre en:** (Capítulos II, V.)
- Heces acintadas.** Estrechez, hipertrofia de las válvulas rectales.
- Heces bolos.** (Véase capítulo VII.)
- Heces duras.** Bolos, estreñimiento, obstrucción.
- Heces líquidas.** (Diarrea.) Enterocolitis, proctitis, disentería intoxicación, indigestión, cáncer, poliposis, úlcera rectal.
- Heces mucosas.** (Véase: heces líquidas.)
- Heces purulentas.** Absceso, fístula, senos, cáncer, ulceración.
- Hemorragias.** (Capítulos II, V.)
- sangre clara:** cáncer del ano, del recto o de la flexura sigmoidea, úlcera de algún órgano, poliposis, fisura anal, estrechez, hemorroides internas, traumatismos, cuerpos extraños.
- sangre oscura:** cáncer o úlcera del intestino delgado o del estómago, hemorragias retenidas del colon o del recto.
- Inflamación.** (Véase Capítulos IX, X.)
- Involuntaria, defecación.** (Véase pérdida de la regulación de los esfínteres.)
- Moco en las heces.** (Capítulos II, XIV y XV.) (Véase heces líquidas.)  
Cuerpos extraños.
- Moldes intestinales.** Colitis mucosa, disentería.
- Nariz, picazón de la, en los niños.** Parásitos intestinales.
- Negras, heces.** Cáncer o ulceración localizada en el estómago o en el intestino delgado.
- Pérdida de la regulación de los esfínteres.** (Véase ataxia.) Tabes dorsal, enfermedades medulares, traumatismos, alteraciones operatorias preliminares, ulceración anal, laceración del perineo.
- Prolapsos.** (Capítulos I, IV, V, XII, XIII, XV, XVI.)
- blandos:** hemorroides internas, papilas engrosadas, prolapso, pólipos miomatosos.
- duros:** pólipos fibrosos, cáncer, hemorroides trombosadas.
- nodulares:** pólipos fibrosos, cáncer.
- pedunculados:** pólipos (todas las variedades).

- Prolapsos reductibles:** todos los tipos de hemorroides internas excepto las trombosadas, pólipos, papilas, prolapsos de todos los grados, excepto los estrangulados.
- no reductibles:** cáncer, prolapso con esfínteres atónicos, hemorroides externainternas (crónicas), hemorroides trombosadas agudas (externas y marginales).
- Piel, enfermedades de la.** (Capítulo VIII.) Estreñimiento, obstrucción (acné, furunculosis.) Prurito anal, (eczema marginal, intertrigo, oxiuriasis, urticaria).
- Prurito.** (Véase Capítulo VIII.)
- Pus.** (Capítulos II, IX, X, XI.) Absceso, fístula, senos, estrechez, úlcera, fisura, criptitis, cuerpos extraños, cáncer.
- Sacro dolor en el.** Hemorroides, cáncer intestinal, colitis, proctitis, prolapso del recto, estreñimiento, obstrucción, bolo fecal, disentería.
- Sangre en las heces.** (Véase hemorragias.)
- Sensibilidad a la presión.** (Capítulo II.) Hemorroides trombosadas agudas, fisuras, úlcera anal, abscesos, hemorroides internas agudas, cáncer del ano.
- Trastornos menstruales.** (Véase anemia, hemorragia.) Úlcera rectal, obstrucción, estreñimiento, hemorroides internas.
- Trastornos del sueño:** Prurito anal, parásitos intestinales, fisura anal.
- Trastornos urinarios:** Cáncer, úlcera y fisura rectal, estrechez, bolo fecal.
- Tumefacción.** Absceso, fístula, cáncer.
- Tumoraciones.** Absceso, hemorroides externas, condiloma, cáncer.
- Vagina, prurito de la.** (Capítulo VIII.) Prurito anal.



## INDICE DE AUTORES

### A

Adler, L. G., Jr., 117  
Ashton, 32

### B

Ball, 2, 5, 7, 10, 125, 126, 127  
Beck, Emil G., 174.  
Boas, 70

### C

Cripps, 9, 116

### D

Dixon, A. F., 2

### G

Gant, 11, 117  
Gorsch, 120  
Graham, A. B., 136

### H

Hanes, Granville C., 120  
Harris H. E., Lámina en colores VII  
Hirst, 31

### K

Kelly, 34  
Krouse, Louis J., 129

### M

McKenney, D., 35, 237  
Murray, D. H., 111, 119

### P

Pennington, J. R., 155

### T

Terrell, E. H., 202  
Thompson, 8  
Tuttle, 13, 37, 116, 142, 239, 246,  
250

### W

Wallies, F., 173, 234

### Y

Yeomans, F. C., 120



## INDICE ALFABETICO

### A

Absceso isquiorrectal, 150  
 Abscesos de la región anorrectal, 142  
 Abscesos rectales, 75  
 Abscesos submucosos, 147  
 Abscesos subtegumentarios, subcutáneos o marginales 144  
 Abscesos tegumentarios o cutáneos, 143  
 "Almorrana centinela", 135  
 Anatomía del ano, 1  
 Anemia, 21  
 Anestesia, 46  
 Anestesia caudal, 57  
 Anestesia instrumental para producir la, 49  
 Anestesia local, contraindicaciones generales de la, 67  
 Anestesia local, limitaciones de la, y casos en que están indicadas otras medidas, 66  
 Anestesia local, tratamiento operatorio con, 208  
 Anestesia por infiltración, 54  
 Ano, anatomía del, 1  
 Ano, causas de las fisuras del, 130  
 Ano, causas del prurito del, 109  
 Ano, diagnóstico de las fisuras del, 132  
 Ano, diagnóstico del prurito del, 112  
 Ano, estrechez del, 259  
 Ano, fistula del, 153  
 Ano, fistula ciega del, 153  
 Ano, fisura del, 195  
 Ano, fisuras y ulceraciones del, 130  
 Ano, músculo elevador del, 7  
 Ano, papilitis del, 221  
 Ano, procedimientos quirúrgicos en casos de prurito del, 122

Ano, prolapso del, 261  
 Ano, prurito del 109  
 Ano, tratamiento del prurito del, 114  
 Anoscopia, 34  
 Arteria hemorroidal inferior, 12  
 Arteria hemorroidal media, 12  
 Arteria hemorroidal superior, 12  
 Atonia rectal, método del autor para la, 93

### B

Ball, operación de, para el prurito anal, 125  
 Ball, tratamiento posterior a la operación de, 129  
 Bismuto, inyección de pasta de, 174  
 Bolos fecales, extracción de concreciones y, 77

### C

Cáncer del recto, 68, 195  
 Causas de la concreción fecal, 103  
 Causas de las fisuras del ano, 130  
 Causas de las hemorroides, 185  
 Causas del prurito del ano, 109  
 Cauterización lineal con el cauterio eléctrico para el tratamiento del prolapso del recto, 270  
 Cauterización química del prolapso del recto, 269  
 Colon sigmoideo, 11  
 Columnas de Morgagni, 6  
 Concreción fecal, 99, 103  
 Concreción fecal, causas de la, 103  
 Concreción fecal, diagnóstico de la, 105  
 Concreción fecal, síntomas de la, 104  
 Concreción fecal, tratamiento de la, 106

Conducto anal, 3  
 Conducto anal, extracción de cuerpos extraños del, 255  
 Conducto anal, proctotomía interna posterior en los casos de estrechez anular localizada en el, 64  
 Contraindicaciones generales de la anestesia local, 67  
 Criptas de Morgagni, 4  
 Criptas mucosas, 233  
 Criptitis anal, 233  
 Cuclillas, posición en, 31  
 Cuerpos extraños, 21  
 Cutáneos, abscesos tegumentarios o, 143

## D

Defecación, fisiología de la, 82  
 Defectos congénitos o malformaciones, exploración de los, 43  
 Diagnóstico de la concreción fecal, 105  
 Diagnóstico de las fisuras del ano, 132  
 Diagnóstico de las hemorroides, 191  
 Diagnóstico del estreñimiento, 88  
 Diagnóstico del prolapso del recto, 264  
 Diagnóstico del prurito del ano, 112  
 Diarrea, 20  
 Diarrea crónica, 6  
 Dolor a la presión, 16  
 Dolor de las hemorroides internas, 189  
 Dolor sordo, 15  
 Dolores fulminantes en las piernas, 20  
 Dorsalgia sacra, 20

## E

Enfermedades del recto, síntomas que llaman la atención hacia las, 15  
 Enfermos tuberculosos, fístula anal en los, 177  
 Escisión submucosa, 216

"Esfínter apretado", 232  
 Esfínter del recto, porción puborrectal o, 8  
 Esfínter, fibrosis de los músculos elevadores del ano o del, 98  
 Espasmo, 16  
 Estrechez anorrectal, 98  
 Estrechez anular localizada en el conducto anal, proctotomía interna posterior en los casos de, 64  
 Estrechez del ano, 259  
 Estrechez de recto, 73, 259  
 Estrechez rectal, neoformaciones benignas y, 255  
 Estrecheces anales y rectales, 259  
 Estreñimiento, 19  
 Estreñimiento, diagnóstico del, 88  
 Estreñimiento, factores etiológicos del, 85  
 Estreñimiento y obstrucción ("obstipación"), 79  
 Etiología del prolapso anal, 262  
 Exploración de los defectos congénitos o malformaciones, 43  
 Exploración del paciente, 22  
 Exploración digital, 25  
 Exploración interna, 31  
 Extracción de concreciones y bolos fecales, 77  
 Extirpación de hemorroides externainternas, 220  
 Extirpación de homorroides tromboticas agudas, 217  
 Extirpación de neoplasmas perianales benignos, 62  
 Extirpación de las hemorroides tegumentarias externas, 219  
 Extracción de cuerpos extraños del conducto anal, 255  
 Extracción de cuerpos extraños del recto, 61  
 Exudados, 19

## F

Factores etiológicos del estreñimiento, 85  
 Fibrosis de los músculos elevadores del ano o del esfínter, 98

Fisiología de la defecación, 82  
 Fístula anal, 75  
 Fístula anal en los enfermos tuberculosos, 177  
 Fístula ciega del ano, 153  
 Fístula del ano, 153  
 Fístula directa simple, ligadura de la, 165  
 Fístula, incisión simple para la, 162  
 Fístula total simple, 156  
 Fístulas comunicantes con otros órganos, 77  
 Fístulas mucocutáneas, 173  
 Fístulas submucosas, 173  
 Fístulas, tipos de, 155  
 Fisura anal, 195  
 Fisura anal, incisión de la, 137  
 Fisura anal, tratamiento quirúrgico de la, 136  
 Fisura del ano, 195  
 Fisuras y úlceras del ano, 130  
 Fosa isquiorrectal, 11

## H

Heces alteradas, 20  
 Hemorragia, 187  
 Hemorroides 76, 179  
 Hemorroides, causas de las, 185  
 Hemorroides, diagnóstico de las, 191  
 Hemorroides externainternas, extirpación de, 220  
 Hemorroides internas, dolor de las, 189  
 Hemorroides internas, operación sin hemorragia del autor para las, 212  
 Hemorroides internas, prolapso de las, 190  
 Hemorroides, operación con "clamp" y cauterio para las, 216  
 Hemorroides, otros métodos para tratar las, 216  
 Hemorroides, síntomas de las, 187  
 Hemorroides tegumentarias externas, extirpación de las, 219  
 Hemorroides, tratamiento paliativo de las, 198

Hemorroides trombóticas agudas, extirpación de, 217  
 Hemorroides, variedades de, 183  
 Hilton, línea blanca de, 6  
 Houston, pliegue de, 6

## I

Incisión de la fisura anal, 137  
 Incisión simple para la fístula, 162  
 Índice de síntomas, 272  
 Infección focal, 84  
 Infiltración, anestesia por, 54  
 Inquietud en los niños, 21  
 Instrumental para producir la anestesia, 49  
 Intestino, úlceras del, 72  
 Inyección de pasta de bismuto, 174  
 Inyección, tratamiento de las hemorroides por medio de la, 202  
 Irrigación sanguínea, 12

## L

Ligadura de la fístula directa simple, 165  
 Ligamento anocoxígeo, 9  
 Ligamentos, 9  
 Ligamentos laterales, 9  
 Limitaciones de la anestesia local y casos en que están indicadas otras medidas, 66  
 Línea anorrectal, 3  
 Línea blanca de Hilton, 6  
 Litotomía, posición de, 30

## M

Malformaciones, exploración de los defectos congénitos o, 43  
 Marginales, abscesos subtegumentarios, subcutáneos o, 144  
 Menstruación dolorosa y escasa, 20  
 Método del autor para la atonía rectal, 93  
 Modificación del autor a la operación de Ball, 126  
 Morestin, nervio esfinteriano menor de, 13  
 Músculo elevador del ano, 7

Músculo, esfínter externo, 3  
 Músculos elevadores del ano o del  
 esfínter, fibrosis de los,  
 98

## N

Neoformaciones benignas y estre-  
 chez rectal, 255  
 Neoformaciones perianales benignas,  
 258  
 Neoplasmas malignos del recto, 68  
 Neoplasmas perianales benignos,  
 extirpación de, 62  
 Nervio esfinteriano menor de Mo-  
 restin, 13  
 Niños inquietud en los, 21

## O

Obstrucción, 98  
 Obstrucción, estreñimiento y, 79  
 Operación con "clamp" y cauterio  
 para las hemorroides, 216  
 Operación de Ball, para el prurito  
 anal, 125  
 Operación de Whitehead, 216  
 Operación del autor para la fisura  
 anal, 139  
 Operación sin hemorragia del au-  
 tor para las hemorroides  
 internas, 212  
 Organos, fístulas comunicantes con  
 otros, 77  
 Otros métodos para tratar las he-  
 morroides, 216

## P

Paciente, exploración del, 22  
 Papilitis anal, 221  
 Papilitis del ano, 221  
 Pasta de bismuto inyección de, 174  
 Piernas, dolores fulminantes en  
 las, 20  
 Pliegue de Houston, 6  
 Poliposis anorrectal, 221  
 Posición de litotomía, 30  
 Posición dorsosacra, 30  
 Posición en cucullas, 31  
 Porción iliocoxígea, 7  
 Posición pubocoxígea, 8

Porción puborrectal o esfínter del  
 recto, 8  
 Presión, dolor a la, 16  
 Procedimientos quirúrgicos en ca-  
 sos de prurito del ano, 122  
 Proctitis aguda, 238  
 Proctitis crónica, 246  
 Proctitis crónica, atrófica, 257  
 Proctitis hipertrófica crónica, 246  
 Proctoscopia, 36  
 Proctotomía interna posterior en  
 los casos de estrechez  
 'anular localizada en el  
 conducto anal, 64  
 Prolapso anal, etiología del, 262  
 Prolapso anorrectal, 99  
 Prolapso de las hemorroides in-  
 ternas, 190  
 Prolapso del ano, 261  
 Prolapso del recto, 77, 261  
 Prolapso del recto, cauterización  
 química del, 269  
 Prolapso del recto, diagnóstico del,  
 264  
 Prolapso del recto, síntomas del,  
 264  
 Prolapso del recto, tratamiento pa-  
 ra el, 264  
 Prolapso oculto del recto, 268  
 Prolapsos, 18  
 Prolapsos del recto, 196  
 Prurito, 18  
 Prurito anal, 109  
 Prurito del ano, 109

## R

Recto, 4  
 Recto, cáncer del, 68, 195  
 Recto, cauterización lineal con el  
 cauterio eléctrico para el  
 tratamiento del prolapso  
 del, 270  
 Recto, estrechez del, 73, 259  
 Recto, extracción de cuerpos ex-  
 traños del, 61  
 Recto, neoplasmas malignos del,  
 68  
 Recto, porción puborrectal o es-  
 fínter del, 8  
 Recto, prolapso del, 77, 261  
 Recto, prolapso oculto del, 268  
 Recto, prolapsos del, 196

Recto, relaciones del, 9  
 Recto, síntomas que llaman la atención hacia las enfermedades del, 15  
 Recto, úlcera del, 195  
 Región anorrectal, abscesos de la, 142  
 Relaciones del recto, 9  
 Relaciones rectales, 9

## S

Saco rectovesical 9  
 Sedantes preanestésicos, 50  
 Seno externo, 170  
 Seno interno, 155  
 Senos internos, 171  
 Senos o trayectos submucosos, 173  
 Sigmoiditis aguda, 238  
 Sigmoiditis crónica, 246  
 Sigmoiditis crónica, atrófica, 251  
 Sigmoidoscopia, 41  
 Síntomas de la concreción fecal, 104  
 Síntomas de las hemorroides, 187  
 Síntomas del prolapso del recto, 264  
 Síntomas, índice de, 272  
 Síntomas que llaman la atención hacia las enfermedades del recto, 15

## T

Tabes dorsal, 28  
 Tipos de fistulas, 155  
 Trastornos generales, 21  
 Trastornos urinarios, 21  
 Tratamiento de la concreción fecal, 106  
 Tratamiento de la fisura anal, 134  
 Tratamiento de las hemorroides, 198  
 Tratamiento de las hemorroides por medio de inyección, 202

Tratamiento del prolapso del recto, cauterización lineal con el cauterio eléctrico para el, 270  
 Tratamiento del prurito del ano, 114  
 Tratamiento operatorio con anestesia local, 208  
 Tratamiento paliativo de las hemorroides, 198  
 Tratamiento para el prolapso del recto, 264  
 Tratamiento posterior a la operación de Ball, 129  
 Tratamiento quirúrgico de la fisura anal, 136  
 Trayectos submucosos, senos o, 173  
 Tuberculosos, fistula anal en los enfermos, 177  
 Tumoraciones, 18

## U

Úlcera anal, 140  
 Úlcera del ano, 140  
 Úlcera del recto, 195  
 Úlcera rectal, 195  
 Úlceras del intestino, 72

## V

Válvula del recto, 6  
 Válvula rectal, 6  
 Válvulas rectales hipertrofiadas, 99  
 Variedades de hemorroides, 183  
 Vasos linfáticos, 13  
 Vena hemorroidal inferior, 13  
 Vena hemorroidal media, 13  
 Vena hemorroidal superior, 12  
 Vena mesentérica, 13  
 Venas, 12

## W

Whitehead, operación de, 216

















