

ESTADO ACTUAL DE LA EXPLORACION ENDOSCOPICA DEL COLON. COLONOSCOPIA *

J. R. ARMENGOL MIRO, FCO. RAMENTOL FABREGAS, M. VILAGRASA SERRANO

(Departamento de Medicina Interna. Prof. J. Tornos Solano.
Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social. Barcelona)

La exploración rectosigmoidea se viene practicando en patología proctológica de forma sistemática, pero las zonas más proximales del colon no han sido accesibles hasta hace escasamente diez años.

En 1955 Moore utiliza el sigmoidoscopio y con tracción consigue explorar escasos centímetros por encima de los 20 a 30 cm que se observan mediante el rectoscopio convencional. En 1961, Bergein emplea el sigmoidoscopio flexible. Provenzal, en 1966, el esofagogastroduodenoscopio de Hirschowitz.

Posteriormente la industria japonesa, introduce el sigmoidoscopio de 80 centímetros, con movilidad en dos direcciones, que ha sido modificado y superado por otro de mayor longitud (100 cm) y móvil en cuatro. Más tarde aparece el fibroscopio de 1.800 cm, que nos permite reparar el ciego y explorar la válvula ileocecal.

La elección de cada uno de los instrumentos, está en función de la si-

tuación y lesión a explorar. En lesiones bajas, se utiliza el sigmoidoscopio de 100 cm, ya que ofrece una mejor manejabilidad. Empleamos el fibroscopio de 1.800 cm para la exploración de colon transverso y ciego.

La preparación del paciente es de vital importancia para lograr una completa y minuciosa exploración. Si no existe contraindicación, aconsejamos:

Administración dos días antes de la exploración de una cucharada de aceite de ricino y dieta exenta en residuos; 12 horas antes del examen endoscópico, enema de dos litros de agua mezclada con 15 gotas de un laxante suave, y 4 horas antes, repetir el enema, pero de 1 litro de agua.

Si al realizar la exploración observamos materias fecales solitarias, se pueden lavar mediante una pero de inyección continua que puede ser aplicado al fibroscopio. Esta para la utilizamos en la exploración de los sangrantes por vía alta o cólica.

El paciente debe adoptar la posición

* Sesión del 9-VI-75.

de decúbito supino con las piernas flexionadas.

Para conocer con certeza la situación del fibroscopio, recurrimos al empleo del intensificador de imágenes para la exploración del colon proximal, y si ello no es posible, realizamos radiografías con un aparato portátil.

Existen zonas que dificultan el paso del fibroscopio, como son: la acodadura sigmoidea, esplénica y hepática, aunque últimamente con la utilización de un tubo rígido, se logra rectificar el sigma, consiguiendo una exploración hasta ciego más rápida y menos molesta para el paciente. Con el empleo de dicho regidizador, que va acoplado al fibrocolonoscopio es posible obtener biopsias de los segmentos proximales, que no son accesibles sin el fibroscopio completamente recto. Esta técnica facilita el realizar biopsias múltiples, citología exfoliativa y fotografías.

La colonofibroscopia puede ser utilizada como técnica diagnóstica y terapéutica.

A) Diagnóstico de las rectorragias. En la fase aguda tiene gran valor, y en la fase diferida puede realizarse cuando la radiología no pone en evidencia la etiología de la misma. Ejemplo: Pólipo aislado de difícil visualización radiológica. Diagnóstico precoz del cáncer de colon, a través de la toma de múltiples biopsias y muestras para citología exfoliativa. En las lesiones inflamatorias con poca alteración de la mucosa, la visión directa es de gran valor diagnóstico, así como la correcta

delimitación en aquellos casos de localización segmentaria. Se pueden incluir en este grupo, los angiomas y endometriosis.

B) Para el diagnóstico de las zonas o segmentos dudosos radiológicamente, ayudándonos a realizar la identificación de un pólipo, estenosis, espasmos, neoplasia, etc.; y en las lesiones múltiples o asociadas, delimitando su número, localización, evolución y extensión de los procesos inflamatorios.

C) La colonoscopia preoperatoria, nos permite reparar lesiones vistas con anterioridad, facilitándole al cirujano la observación de éstas, evitando así el que pasen desapercibidas pequeñas lesiones.

Como indicación terapéutica se utiliza en la cauterización de una lesión sangrante con objetivo hemostático.

La polipectomía es una técnica diagnóstica y terapéutica, ya que mediante un asa de cauterio se extirpan las lesiones tributarias de ello, con posterior recuperación del pólipo para su estudio histológico. También es posible la extirpación de hilos de sutura en las anastomosis.

Pueden existir complicaciones a pesar de la flexibilidad del instrumento. La perforación es la más grave, que puede repararse si se adoptan las medidas oportunas de forma inmediata. Se pone de manifiesto al visualizar el peritoneo parietal, como si se estuviese practicando una laparoscopia. No es frecuente que el paciente se queje de dolor, sólo presenta molestias pro-

ducidas por la distensión que provoca la insuflación de aire. Desaparecen rápidamente si se tiene la precaución de aspirar al retirar el fibroscopio. Hemos observado en algunos pacientes la presentación de sintomatología vagal, que ha remitido espontáneamente al cabo de unos minutos. No tenemos complicaciones en casos de diverticulosis, colitis ulcerosa severa ni lesiones difusas cólicas.

En conclusión, podemos decir, que las modernas técnicas endoscópicas realizadas mediante los fibroscopios permiten la total exploración del colon y en algunos casos el ileon terminal, pudiendo obtener con facilidad material para biopsia, citología y una adecuada documentación fotográfica, que permite; junto con la radiología llegar al diagnóstico de la mayor parte de la patología del intestino grueso.

NOTA: Se han presentado imágenes iconográficas demostrativas de las diferentes afecciones cólicas.