

## RECTOSCOPIA EN EL SINDROME DIARREICO DEL LACTANTE

Dr. MARIO VERA L.

Cátedra de Pediatría del Prof. Julio Meneghello.  
Hospital "Manuel Arriarán".

Numerosos estudios, tanto en el país como en el extranjero<sup>1 a 20</sup>, han demostrado la importancia del factor infeccioso en la génesis de las diarreas infantiles. En la infección intestinal, los gérmenes actúan muchas veces lesionando directamente la pared, pero suele ser difícil demostrar estas alteraciones en los exámenes rutinarios anatómo-patológicos. Sin embargo, el empleo de técnicas especiales<sup>21</sup> permite demostrar la existencia de lesiones inflamatorias en pacientes en quienes la inspección macroscópica demostraba indemnidad del intestino.

La rectoscopia, in vivo, ha logrado pesquisar aquellas alteraciones, sin otro inconveniente que la misma naturaleza del procedimiento, que limita la observación a la porción terminal del intestino grueso, recto y sigmoides. En el adulto, la rectoscopia es de gran utilidad ya que permite visualizar lesiones características e inferir consecuentemente un diagnóstico etiológico, al mismo tiempo el examen seriado contribuye a evaluar la eficacia de los distintos procedimientos terapéuticos. La información acerca de la experiencia rectoscópica en el niño es escasa; es por este motivo que hemos estimado de interés, practicar un estudio al respecto, aplicando esta metódica a modo de un examen complementario, en el síndrome diarreico del lactante.

### MATERIAL Y MÉTODO

**Material.** — Se practica rectoscopia en 126 lactantes con síndrome diarreico atendidos en la Sección A de Medicina del Hospital M. Arriarán, en el lapso comprendido entre Enero de 1953 y Marzo de 1954. Se trató de un grupo no seleccionado de enfermos que ingresaron por presentar diarrea aguda o tuvieron un episodio de esta naturaleza en el curso de la estada hospitalaria. Los pacientes contabilizados en el rubro de diarreas crónicas, se estudiaron en la fase aguda del trastorno.

La duración de la diarrea previa a la rectoscopia, fué menor de 10 días, en el

80% de los casos y menor de 5 días en más del 50%. El examen rectoscópico se practicó antes del tercer día de ingreso en más de la mitad de los pacientes.

En el síndrome diarreico, la pauta terapéutica instituida se basó en la administración de sulfamidados y antibióticos (cloromicetina, estreptomycin) formulándose un régimen dietético, a base de leches curativas, con establecimiento de una realimentación prudente y progresiva.

**Edad.** — El menor de los pacientes estudiados tenía un mes de edad y el mayor, tres años. La mayoría de los enfermos (gráfico N° 1) fué menor de un año.

**Estado nutritivo.** — Hubo predominancia de distróficos de 2° grado (66,5%), como suele ocurrir en general en todo el material hospitalario.

**Diagnóstico en el ingreso.** — La mayoría de los enfermos ingresó por un trastorno nutritivo agudo grave (3/4 partes de los casos correspondieron a toxicosis o dispepsias con deshidratación manifiesta).

**Método de examen.** — Utilizamos el proctoscopio de Yeomans (modelo infantil) el que se acortó tres centímetros, con el fin de obtener una mejor iluminación. El examen se efectuó sin preparación previa del enfermo, en forma precoz en relación al ingreso del paciente o a la iniciación del cuadro diarreico. Cuando se comprobaron lesiones endoscópicas, el examen se repitió cada tres días hasta obtener la normalización de las alteraciones.

### RESULTADOS

**Frecuencia y características de las lesiones endoscópicas.** — En el presente trabajo hemos adoptado una clasificación objetiva de las lesiones comprobadas, que nos permitió valorar la distinta intensidad de las alteraciones observadas en nuestros pacientes, sin prejuzgar sobre los factores etiológicos desencadenantes. A este respecto hemos distinguido:

a) Proctosigmoiditis congestivo-catarral, caracterizada por congestión patológica, sangramiento fácil, presencia o no de edema y a veces aspecto granuloso;

EDAD DE 126 LACTANTES CON SÍNDROME DIARRÉICO

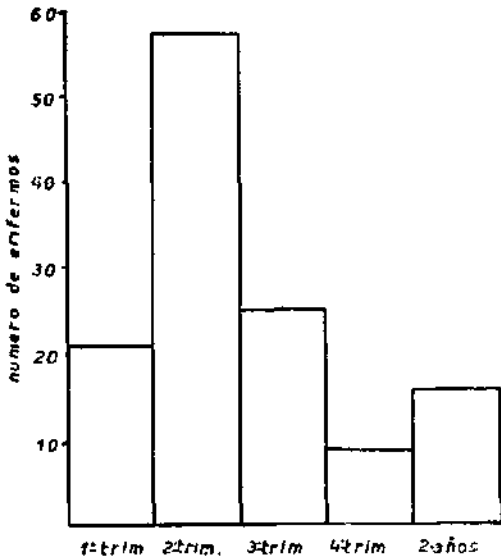


Gráfico N° 1

b) Proctosigmoiditis erosiva, en que se observan erosiones y c) Proctosigmoiditis ulcerativa, caracterizada por la aparición de ulceraciones.

Presentó lesiones endoscópicas, el 22,2% de nuestro material, siendo su frecuencia similar en los diversos cuadros clínicos ya señalados (gráfico N° 2). En doce casos las lesiones eran de tipo catarral, en nueve de tipo erosivo y en las siete restantes ocasiones de forma ulcerosa.

En el cuadro N° 1, se puede observar el detalle de las diversas lesiones endoscópicas encontradas. Debe destacarse que la presencia de pujos, al introducir el rectoscopio, sólo se comprobó en parte de las proctosigmoiditis y llama la atención que sólo se consignara en un caso de recto-

CUADRO N° 1

DIVERSOS TIPOS DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN 28 LACTANTES CON SÍNDROME DIARRÉICO

Alteración endoscópica	Diagnóstico endoscópico		
	Cong. catarral	Erosiva	Ulcerosa
Pujos	6	6	1
Enrojecimiento	12	9	3
Edenia	7	6	1
Sang. fácil	3	5	1
Hipersecreción	1	—	1
Deslustramiento	—	1	—
Aspect. granuloso	2	—	—
Erosiones	—	9	2
Ulceraciones	—	—	7
N° de casos	12	9	7

FRECUENCIA DE ALTERACIONES ENDOSCÓPICAS EN RELACION AL DIAGNOSTICO DE INGRESO EN 126 LACTANTES CON SÍNDROME DIARRÉICO

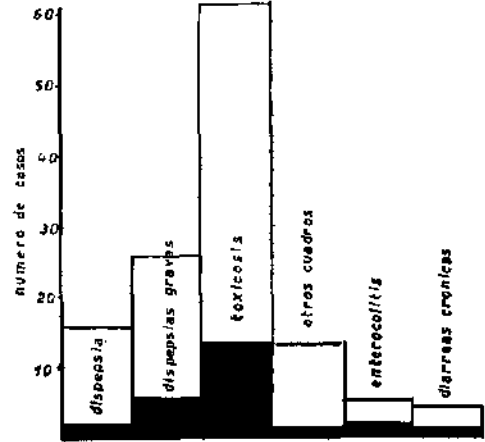


Gráfico N° 2

sigmoiditis ulcerativa. El enrojecimiento patológico de la mucosa fué el hallazgo más constante.

En general la intensidad de los trastornos inflamatorios fué semejante a nivel del recto y sigmoides, excepción hecha de las proctosigmoiditis ulcerativas en que pudo observarse un mayor compromiso del segmento rectal.

**Evolución de las lesiones endoscópicas.** El plazo de normalización fué variable, de acuerdo al tipo de alteraciones propias de las rectosigmoiditis catarrales, en tanto que en las formas erosivas o ulcerosas, la involución de las alteraciones es tardía, pudiendo persistir hasta por espacio de 18 días. Sin embargo, en ciertos casos, también pueden ocurrir mejorías rápidas en este tipo de lesión endoscópica; así en uno de los pacientes que presentó ulcera-

CUADRO N° 2

TIEMPO DE NORMALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA EN 17 LACTANTES CON SÍNDROME DIARRÉICO

Diagnóstico endoscópico	Plazo normalización (días)				
	3	3-6	7-10	11-14	15-18
Proct. sign. congestivo catarral	2	4	—	1	—
Proct. sign. erosiva	—	—	2	2	2
Proct. sign. ulcerosa	1	—	1	1	1

CUADRO N° 3

EPOCA DE REGRESION DE ALGUNAS LESIONES ENDOSCOPICAS EN 28 LACTANTES CON SINDROME DIARREICO

Diagnóstico endoscópico	Tipo de lesión	Plazo normalización (días)		
		6	7—14	+ de 14
Proct. sigm. congestivo-catarral	Enrojecimto.	5	2	—
	edema	4	2	—
	sang. fácil	—	1	—
Proct. sigm. erosiva	Enrojecimto.	2	2	2
	edema	2	2	1
	sang. fácil	—	5	—
	erosión	3	3	1
Proct. sigm. ulcerosa	Enrojecimto.	—	1	—
	edema	—	2	—
	sang. fácil	—	1	—
	ulceración	1	2	1

ciones intestinales francas, éstas habían desaparecido antes de tres días.

En el cuadro N° 3, se consigna la época de regresión de las distintas lesiones advertidas en nuestra casuística.

**Hallazgos endoscópicos y examen coprológico.** — En el cuadro N° 4, se correlaciona el aspecto macroscópico de las deposiciones con los resultados obtenidos por el estudio endoscópico, no apreciándose ningún paralelismo entre estos hechos, como tampoco pudo observarse entre el estudio microscópico de las deposiciones y los hallazgos rectoscópicos (cuadro N° 5).

En 72 pacientes se efectuó coprocultivo, que fué negativo en 67 casos. En una ocasión se aisló *Shigella Flexneri*, revelando en esta oportunidad la rectoscopia la existencia de una proctosigmoiditis congestivo-catarral. En dos casos, se aisló *Proteus Mirabili* y en otros dos, se identificó *Eberthella Typhosa* y *Paracolo Bacterium*, respectivamente. Es de interés señalar que en dos de 9 casos investigados, se comprobó la presencia de cepas patógenas de *E. coli*, resultando en estos pacientes negativo el estudio rectoscópico.

**Estudio anátomo-patológico.** — En nuestro material se registró el fallecimiento de 31 pacientes; de éstos, doce presentaron in vivo alteración endoscópica. Falleció el 42,8% de los enfermos que tuvieron rectoscopías patológicas, en tanto que sólo se registró el deceso del 10,2% de los pacientes en quienes este método de exa-

CUADRO N° 4

RELACION ENTRE ALTERACIONES ENDOSCOPICAS Y EXAMEN COPROLOGICO (CARACTER MACROSCOPICO) EN 103 LACTANTES CON SINDROME DIARREICO

Diagnóstico endoscópico	Examen coprológico (asp. macroscópico)				
	N° casos	Diagr.	Enteroc.	Líqu.	Semi-nor.
Proct. sigm. congestivo-catarral	11	3	—	2	1
Proct. sigm. erosiva	8	4	3	1	—
Proct. sigm. ulcerosa	5	4	1	—	—
Proct. sigm. normal	79	62	1	5	11

men no demostró alteraciones. Estas cifras harían pensar que la existencia de alteraciones proctológicas condiciona un pronóstico de mayor severidad, sin embargo, pensamos que, entre otros factores, el escaso número de pacientes, impide obtener conclusiones valederas. No fué posible relacionar el estudio anátomo-patológico en los casos fallecidos, con los hallazgos de la rectoscopia, por haber ocurrido la muerte en época alejada del momento en que se practicó este examen.

## COMENTARIO

La exploración rectoscópica en el niño constituye un procedimiento de examen relativamente sencillo, de fácil ejecución y que provoca un mínimo de molestias. Se requiere, sin duda, experiencia técnica y sobre todo el conocimiento exacto del aspecto normal de la mucosa intestinal del lactante. Es preciso recordar que en el niño menor, a diferencia del adulto, es-

CUADRO N° 5

RELACION ENTRE ALTERACIONES ENDOSCOPICAS Y EXAMEN COPROLOGICO (HALLAZGOS MICROSCOPICOS) EN 103 LACTANTES CON SINDROME DIARREICO

Diagnóstico endoscópico	Examen coprológico (hallazgos microscópicos)				
	N° casos	Negat.	Mucus	Pus	Sangre
Proct. sigm. congestivo-catarral	11	7	3	1	—
Proct. sigm. erosiva	8	4	4	1	1
Proct. sigm. ulcerosa	5	2	3	2	—
Proct. sigm. normal	79	42	37	11	3

ta mucosa presenta un mayor grosor y laxitud, su coloración es más rosada y es menos evidente la visualización de los vasos sanguíneos. El llanto y el esfuerzo por otra parte provocan congestión que puede hacer pensar en la existencia de inflamación, la que se descarta por la ausencia de otras alteraciones propias de este proceso. Aparte de las peculiaridades descritas de la mucosa, conviene destacar que en el niño no existe la flexura recto-sigmoidea<sup>22</sup>, por lo que el paso del rectoscopio a este nivel no origina las molestias que se observan en el adulto, al mismo tiempo y por este motivo suele hacerse difícil la diferenciación de ambos segmentos. A veces puede ser necesaria la insuflación, ya que las paredes son fácilmente colapsables, sin que se despierten pujos aún con este procedimiento.

El empleo de la mesa preconizada por Shapiro<sup>23</sup> facilita considerablemente la rectoscopia, dejando libre el abdomen y evitando la compresión externa, con lo que es más sencilla de obtener, la distensión del recto.

En nuestros resultados, llama la atención el elevado número de pacientes que presentaron lesiones endoscópicas (22,4 por ciento) y a veces en casos en que la clínica no permitía suponer su existencia. Las lesiones predominantes y las que regresaron con mayor rapidez, fueron las propias de las proctosigmoiditis congestivo-catarrales, a saber, el enrojecimiento patológico y el edema. Puede en algunos casos no existir relación entre la aparición de lesiones rectoscópicas y curso clínico de la afección, en ocasiones la mejoría general precede a la endoscópica y con bastante anticipación. En un caso se comprobó acentuación de las lesiones endoscópicas, con anterioridad al agravamiento clínico del enfermo.

No se observó relación entre la calidad e intensidad de la lesión rectoscópica comprobada y la naturaleza del cuadro clínico originario y tampoco la desnutrición nos pareció ser un factor que explicara los diferentes hallazgos obtenidos, ya que su intensidad fué semejante en nuestra casística.

El examen coprológico, tanto macro como microscópico, no permite generalmente establecer la existencia de proctosigmoiditis; elementos típicos de inflamación enteral (pus y sangre) faltaban en pacientes que presentaron intensas altera-

ciones endoscópicas y en cambio se comprobaban en enfermos que tuvieron imágenes rectoscópicas normales.

El compromiso rectal exclusivo se ha demostrado en el adulto; en el niño generalmente se compromete en forma simultánea el resto del intestino, por ésto si se suman otras evidencias de orden clínico (carácter de las deposiciones, con presencia en ellas de biliverdina) cabe en casos en que existan lesiones de proctosigmoiditis hablar de un verdadero cuadro de enterocolitis, debe, finalmente, señalarse que es posible la existencia de alteraciones a nivel del colon, en ausencia de lesiones más bajas del recto o sigmoides; en estas ocasiones se comprende que la rectoscopia encuentra limitaciones como procedimiento de examen, destinado a obtener una información objetiva de las alteraciones patológicas de la mucosa intestinal.

#### RESUMEN

Se practica examen rectoscópico en 126 lactantes que presentaron síndrome diarreico, secundario generalmente a trastorno nutritivo agudo de cierta gravedad.

Se comentan los resultados obtenidos, destacándose que un elevado número de pacientes (22,4%) presentó alteraciones endoscópicas, la mayoría de las veces correspondientes a proctosigmoiditis congestivo-catarral.

No hubo paralelismo entre la distinta intensidad de las lesiones rectoscópicas y la diversa gravedad del cuadro clínico originario del síndrome diarreico. Tampoco existió relación entre los hallazgos coprológicos y las lesiones observadas en la rectoscopia.

Se observó una regresión más temprana de las alteraciones propias de la rectosigmoiditis catarral y algo más tardía de las lesiones de tipo ulceroso.

Se destaca que la exploración rectoscópica es un procedimiento complementario útil en el estudio del síndrome diarreico del lactante, su técnica es sencilla y provoca mínimas molestias. La principal limitación del método reside en que proporciona una información objetiva circunscrita hacia los segmentos inferiores del intestino, no descartando la posibilidad de un compromiso enteral de tipo cólico.

## SUMMARY

126 infants with diarrhea, usually secondary to an acute nutritional disturbance of severity, were examined by rectoscopy.

In a high number of patients (22,4%) lesions were found, most of them related to a catarrhal-congestive proctosigmoiditis.

There was no relation between intensity of lesions and severity of clinical picture and also between coprologic findings and type of lesions. Lesions of catarrhal rectosigmoiditis showed an earlier regression of those of ulcerative type.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.—CID, L. y GONZALEZ, M. — Diarreas infecciosas del lactante. *Rev. Chilena Pediat.* 16:573, 1945.
- 2.—VACCARO y PEREZ, M. — *Rev. Chilena Pediat.* 24:153, 1943.
- 3.—GARCÉS, C. — Infecciones entéricas del lactante. *Rev. Chilena Pediat.* 16:625, 1945.
- 4.—STEEGER, A. — Contribución al estudio clínico de la disentería bacilar en el lactante. *Rev. Chilena Pediat.* 16:693, 1945.
- 5.—COSTA, A. — La disentería bacilar en la infancia. *Rev. Chilena Pediat.* 16:646, 1945.
- 6.—COSTA, A. — La disentería amebiana en la infancia. *Rev. Chilena Pediat.* 16:662, 1945.
- 7.—GONZALEZ, M.; CID, L. y COSTA, A. — Diarreas por bacilo de Morgan. *Rev. Chilena Pediat.* 16:671, 1945.
- 8.—GARCÉS, C. y PRADO, E. — Etiología de las diarreas del lactante seguidas durante un año en el Hospital L. Calvo Mackenna. *Rev. Chilena Pediat.* 16:595, 1945.
- 9.—CANESSA, E. y GARCÉS, C. — Distribución por especies de *Shigellas* y *Salmonellas* clasificadas en la sección de gérmenes entéricos. *Rev. Chilena Pediat.* 16:697, 1945.
- 10.—CANESSA, E.; BOCCARDO, H. y RISTORI, C. — Investigación de gérmenes entéricos patógenos en afecciones intestinales del adulto. *Rev. Chilena Pediat.* 16:739, 1945.
- 11.—SCHWARZENBERG, J.; ZENTENO, T.; PIERA, A.; HERRERA, J. y MILLAN, J. — Diarreas agudas en el lactante. *Rev. Chilena Pediat.* 16:841, 1945.
- 12.—COLICHON, H. y SOLIS, R. — *Rev. Méd. Peruana.* 164:362, 1942.
- 13.—ZERBINO, V.; GUERRA, R. y ALEPPO, P. L. — Estudio sobre la etiología infecciosa de las diarreas infantiles. Edit. García Morales, Montevideo, 1940.
- 14.—COOPER, M. E.; FURCOLOW, M. L.; GRAEME MITCHELL, A. y CULLEN, G. — Incidence of dysentery in Gastroenteritis. *J. Pediat.* 15:172, 1939.
- 15.—ZERVINO, B. — Las enteritis en la primera infancia. *Arch. Argent. Pediat.* 15:1, 1941.
- 16.—RODRIGUEZ, M.; MENEGHELLO, J. y ADASME, R. — Estudios sobre la *Escherichia Coli*. *Rev. Chilena Pediat.* 25:271, 1954.
- 17.—LIGHT, J. S. y HODES, H. L. — Studies on epidemic diarrhea of the Newborn: isolation of a filterable agent causing Diarrhea in Calves. *Am. J. Pub. Health.* 33:1451, 1943.
- 18.—LIGHT, J. S. y HODES, H. L. — Isolation of cases of infantile diarrhea of a filterable agent causing diarrhea in Calves. *J. Exper. Med.* 90:113, 1949.
- 19.—DODD, K. — Virus diarrhea. *Advance in Pediatrics.* Vol. 2. New York, 1947. Interscience Publishers, Inc., pp. 298-314.
- 20.—HURTADO, F. y ABALLI, A. — Las diarreas agudas del lactante. *Rev. Cubana Pediat.* 22:117, 1950.
- 21.—HERR ILGNER. — *Pathologische Anatomie der Ernährungs-Störungen des Säuglings.* *Monatsschr. fuer Kuendern.* 101:82, 1953.
- 22.—DANIELS, E. A. — Rectal disorders in Childhood. *Am. J. Dis. Child.* 54:573, 1937.
- 23.—SCHAPIRO, S. — The proctologic examination of infants and children. *J. Pediat.* 32:543, 1948.
- 24.—SCHAPIRO, S. — *Rev. Gastroenterol.* 15:307, 1948.