

Proctitis Facticia

Por

Dr. Juan Jaramillo A.*

Dr. Alfredo Lara Soto**

Buie y Malmgren en 1930 (1), fueron los primeros en aplicar el término de Proctitis Facticia o artificial, para las lesiones producidas en la pared anterior de recto secundarias a la irradiación del cáncer del cuello uterino. El recto por su posición cercana y posterior al cervix es el órgano más frecuentemente envuelto en los efectos nocivos provocados por la irradiación del cáncer de dicha zona con fines paliativos o curativos.

Siguiendo al recto están en frecuencia afectados, el recto-sigmoides y el ileón. La mucosa intestinal es usualmente susceptible a la irradiación, hecho que se comprueba observando que la mucosa rectal tolera sólo dos terceras partes del total de irradiación que soporta el útero normal. (2), (3).

También se ha probado que la mucosa rectal es mucho más sensible a los rayos X que la vaginal. A pesar de lo anterior pareciera que la incidencia de la proctosigmoiditis post-irradiación del carcinoma del cervix es relativamente baja. Los reportes de frecuencias dan de 3 a 5% de complicaciones rectales; esta cifra no incluye un número elevado de pacientes que presentan molestias rectales post-irradiación al parecer causadas por proctitis agudas leves que no requieren tratamiento médico y que luego desaparecen. 16% según Aldrilge y mucho más elevada según otros autores.

ETIOLOGÍA:

El origen directo del padecimiento es en primer lugar una dosis excesiva de irradiación para la Ca de cervix que puede dañar la mucosa rectal anterior. Y excluyendo los errores en la dosis o la sobredosis cuando no se emplean reguladores especiales de radiación introducidos en recto y vejiga que indican cuando se ha alcanzado la dosis terapéutica requerida; el otro

* Asistente Servicio de Cirugía General Hospital del Seguro Social.

** Asistente Servicio de Cirugía General Hospital del Seguro Social.

factor más importante es la susceptibilidad individual de diferentes pacientes para una misma dosis de irradiación. Aparte de lo anterior se debe considerar que la velocidad a que se administren los rayos X o el radium son importantes, ya que una dosis alta dada en unas pocas horas es mucho más destructiva que esa misma dosis repartida en forma fraccionada durante varios días.

PATOLOGIA

Los cambios que se presentan como respuesta a la irradiación pueden clasificarse en dos grupos, precoces y tardíos.

a) Los precoces son principalmente inflamatorios y b) los tardíos de tipo úlceroso y esclerosos. El período latente entre la lesión precoz y la tardía varía mucho. El daño producido por la irradiación terapéutica no es inmediatamente aparente al examen microscópico y deben pasar varios días (15 días promedio) antes de que aparezcan los primeros cambios visibles.

Microscópicamente existen cambios intracelulares desde el primer momento a la irradiación, consistentes en: edema en el estroma celular y en la pared de los vasos sanguíneos llegando inclusive a la necrosis de las células endoteliales formándose por ello trombosis ocluyente de esos vasos.

Así pues los primeros deterioros de la proctitis facticia aparecen en las pequeñas ramas de los vasos hemorroidales que al trombosarse llegan posteriormente a dar infartos y ulceración de la mucosa en la zona afectada. Un espasmo secundario puede aumentar la isquemia y retarda o impide la reparación.

Los cambios tardíos son el resultado de la oclusión de esos vasos existiendo degeneración hialina de la pared del vaso y en el tejido conjuntivo, con atrofia marcada de la mucosa con o sin ulceración y con fibrosis en la submucosa y la muscular. Aparte de la hiperemia y edema de los tejidos de la pared rectal suele haber telangiectasias difusas de venas linfáticas y gran proliferación de fibroblastos.

La Proctitis Facticia se puede clasificar de acuerdo con la apariencia del rectosigmoides al examen protoscópico.

GRADO I.

- a) Eritema localizado, edema y telangiectasias mucosa friable y que sangra fácilmente, no hay ulceración de la mucosa ni estenosis
-

- b) Eritema difuso acompañado de periproctitis, dolor franco y gran sensibilidad al tacto.

GRADO II.

Caracterizada por la presencia de una ulceración de la mucosa en cara anterior del recto, la base de la úlcera está cubierta por una costra gris sumamente firme y adherente y es generalmente única de bordes bien definidos, forma circular y sangra fácilmente. Suele haber una proctitis grado I acompañando a la ulceración que puede desaparecer posteriormente.

GRADO III.

Además de la proctitis y la ulceración existe un estrechamiento rectal causado por fibrosis perirectal, al principio blando pero posteriormente se endurece y es siempre muy doloroso.

GRADO IV.

Caracterizado por la proctitis, ulceración, estenosis y además fistula rectovaginal o perforación intestinal (del recto o sigmoides).

CUADRO CLINICO

Los síntomas y signos pueden aparecer al mes siguiente de la irradiación o tan tarde como 7 años después. El intervalo promedio según nuestra experiencia y la de otros autores, (5) para que los síntomas se desarrollen es de seis meses y depende del tipo y severidad de la proctitis.

Hay inicialmente una diarrea transitoria con abundante eliminación de moco y luego rectorragia y puede llegar a ser severa. El pujo y el tenesmo son frecuentes. Estos suelen ser los únicos síntomas de la lesión grado I; sin embargo, he tenido la oportunidad de ver pacientes a los cuales se les hizo estudio proctológico después de la irradiación y a pesar de tener estas proctitis no relataban síntomas.

Conforme la proctitis progresa en severidad aumentan los síntomas y cuando aparece la ulceración aunque puede ser indolora, lo común es que se acompañe de dolor sordo y constante y de deseo persistente de defecar.

El examen proctológico revela un recto extremadamente sensible al tacto, la mucosa está enrojecida y edematosa en especial en su pared anterior, sangra fácilmente al tacto y hay abun-

dante exudado fibrinoso gris. Se puede ver la ulceración si ya existe, (el tiempo promedio que tarda en aparecer es muy variable y fluctúa entre 8 a 16 meses), con zonas adyacentes de telangiectasias, la pared rectal puede estar engrosada y fija por induración perirrectal. El paciente puede relatar constipación con gran dificultad para defecar y algunos síntomas de obstrucción intestinal baja, lo que nos estará señalando la existencia de una estenosis, secuencia común de el proceso de curación de la úlcera.

Puede haber una secreción mucóide constante por recto y la pelvis puede estar "congelada" debido a la esclerosis difusa de los tejidos y muy sensible y dolorosa, lo cual lo diferencia del cáncer recidivante. (6)

Finalmente como resultado de la isquemia, la infección y el trauma puede aparecer una fístula rectovaginal.

Es frecuente ver anemia y mal estado nutricional que acompañados del dolor constante suelen agotar al paciente y llevarlo a un estado de caquexia severa.

DIAGNOSTICO

Está basado en una historia de irradiación previa y cuadro posterior de diarrea con moco y sangre o rectorragia franca. Suele haber pujo y tenesmo y el tacto rectal es sumamente doloroso y la proctoscopia da las lesiones ya descritas. La biopsia de la úlcera puede sacarnos de duda en relación a una recidiva de cáncer.

PROFILAXIS

Cuidadosa separación del recto y vejiga del cervix, si fuera posible se debe hacer en el momento de la irradiación. Aumentar el tiempo de aplicación de la radioterapia y usar campos diagonales con protección apropiada. Controlar frecuentemente a intervalos cortos con un cuantificador de radiación la cantidad de ésta recibida por el recto y la vejiga y suspender la irradiación si ya se llegó o sobrepasó la dosis.

TRATAMIENTO:

Es de todos conocido el hecho, de que la Proctitis Facticia originada por la irradiación, es tanto desde el punto de vista médico, como del quirúrgico un problema muy serio y de resultados frecuentemente desalentadores.

Existe un grupo de pacientes con proctitis facticia que presentan sintomatología escasa y que suelen curar espontáneamente en menos de tres o cuatro meses. Los restantes requieren un tratamiento médico constante y lo más precoz posible.

Como medidas generales dar; dieta blanda, antiespasmódicos y sedantes, usar antisépticos intestinales (Ftalil-sulfatizo: 1 gm/c/4,h), reposo relativo, vitaminas y transfusiones de sangre si hay anemia o mal estado general.

En la etapa inflamatoria aguda está indicado el empleo Hidrocortisona tópica aplicada por "un mínimo de dos o cuatro meses". Con esto la proctitis facticia tratadas tempranamente ceden en un mes aproximadamente, y las lesiones grado II por lo general remiten o —mejoran— notablemente en su gran mayoría en dos o tres meses.

En las lesiones ya más crónicas grado III y IV las costras tienden a limpiarse y el exudado desaparece y pareciera que en algunos casos la estrechez se ablanda y permite el paso del rectoscopio sin dolor.

Obsérvese que el mínimo de tratamiento sugerido es de dos meses, ya que la experiencia nos ha enseñado que la cortisona empleada por períodos más cortos no da la mejoría apetecida, creyendo que los malos resultados reportados por algunos autores empleando este medicamento, se debió a la falta de constancia y al corto tiempo de uso.

Otra causa que puede conducir a falla en el tratamiento es la inadecuada aplicación local del producto.

Como con frecuencia las lesiones de la proctitis facticia envuelven el recto superior, las aplicaciones tópicas de la medicación con hidrocortisona son difíciles de llevar a cabo, por lo que es necesario usar jaleas solubles en agua, con aplicador rectal alto para poderlas introducir profundamente de acuerdo con el sitio de la lesión conocida previamente, o en su defecto efectuar diariamente irrigaciones rectales salinas con hidrocortisona. Por este motivo sugerimos que estas aplicaciones deben ser efectuadas por el médico o por personal de enfermería con experiencia en las mismas.

Todo parece indicar que la hidrocortisona es capaz de mejorar o curar las lesiones agudas o tempranas del recto provocadas por la irradiación, a condición de que se emplee por períodos prolongados de más de dos meses y con constancia.

Por lo general, las lesiones grado II necesitan de tres a cuatro meses para mejorar y suelen ser mucho más rebeldes al tratamiento.

En las lesiones grado III y IV por existir ya cambios crónicos de tipo fibróticos establecidos que envuelven al recto, la terapia médica suele fracasar no respondiendo bien a estos tratamientos.

Debido a la acción en sí de la Cortisona debe tenerse en cuenta, aunque no es de ningún modo contraindicación para su empleo, la posibilidad de que su aplicación prolongada por más de cuatro meses sea capaz de causar perforación con formación de fístula recto-vaginal. En nuestra experiencia no la hemos visto.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES TARDIAS

La colostomía está siempre indicada cuando se presenta estrechez severa con obstrucción intestinal secundaria, pero si la estrechez es reciente y la obstrucción es parcial se puede intentar previamente tratamiento médico, logrando a veces con ello que en algunos casos se evite la colostomía. Se hacen dilataciones de la estrechez día por medio y luego dos veces por semana, sin embargo hay que efectuarlas con sumo cuidado, ya que si se provocan desgarros la cicatrización posterior de estos puede aumentar la estrechez. Si hay esclerosis de todos los tejidos pélvicos con gran estenosis, algunos recomiendan resección abdominal perineal, para nosotros ésta no sólo es muy peligrosa por la hemorragias que trae aparejadas y que suelen ser muy severas en este tipo de lesiones, sino que la fibrosis hace que las relaciones anatómicas se pierdan dificultando la disección. En estos casos creemos que lo más lógico es una colostomía baja con doble boca.

En caso de fístula recto vaginal se hace colostomía previa previa temporal, ya que por el estado de los tejidos se aumenta la oportunidad de reparación exitosa de la misma.

Se hace tratamiento médico para contribuir a que los bordes epitelizen lo mejor posible y finalmente se intenta reparación de la fístula.

BIBLIOGRAFIA

- 1- BUIE L. A. MELMGREN G. E.: Factitial Proctitis: Justifiable lesion observed in patient following irradiation. *Internat. Clin.* 3:60, 1930.
- 2- EVANS O. T.: Radiation Proctitis: Diagnosis and treatment. *South M. J.* 43: 667, 1950.
- 3- CUTLER M. Complications of Radiotherapy in Cancer of Cervix. *Surg. Gynec. & Obst.* 74:867, 1942.
- 4-ALDRIGGE A. H.: Complications of Radiotherapy in Cancer of Cervix. *Am. J. & Obstetric.* 44: 833, 1942.
- 5-BUIE, L. A. and RANDALL L. M.: Factitial Proctitis. *Am. J. Obst. & Gynecol.* 43, 505, 1943.
- 6- TURELL R. Enteritis Artificial y Lesiones Intestinales después de la irradiación. *Enfermedades del Ano, Recto y Colon.* Tomo II. cap. 55, pg. 483, 1962.