

## estudio del enfermo interrogatorio y exámen

La primera relación con el enfermo debe ser el diálogo de acercamiento para crear la unidad del binomio enfermo - médico. La conducción criteriosa de esta conversación permite obtener el conocimiento integral del enfermo en sus aspectos somático, psíquico y social. En el curso del diálogo surgen habitualmente elementos que conducen a un interrogatorio dirigido al recto. Si así no fuera, porque el enfermo considera a dichos elementos sin importancia, el médico debe siempre iniciar interrogatorio sobre frecuencia y ritmo de evacuaciones, caracteres de las materias, molestias en la evacuación, trastornos en la micción.

La sospecha surgida sobre un posible proceso rectal conduce a un interrogatorio dirigido, más categórico. Se puede obtener así mucha información útil, pero sabiendo que jamás podrá afirmar un diagnóstico sin el examen físico correcto del recto.

Este concepto es unánime y se repite en todos lados, pero en el ejercicio profesional siguen siendo frecuentes, y de graves consecuencias, los errores cometidos por falta de examen del recto. Nuestra orientación docente actual en este asunto consiste en comentar reiteradamente un decálogo sobre las causas por las que no se practica el examen correcto del recto.

**Censurar la propaganda pública sobre medicamentos.** Debemos alertar a las autoridades competentes sobre el grave perjuicio que puede significar la propaganda libre sobre una pomada para hemorroides. La mayoría de los enfermos del recto creen que sufren de hemorroides y recurren a tratamientos que postergan un examen que haría el diagnóstico correcto. Así llegan los cánceres del recto evolucionados, con una historia de meses y años y una larga lista de pomadas y supositorios.

Combatimos a los medicamentos de propaganda libre, prohibiendo su uso a nuestros enfermos y anotando en oportunidad de cualquier reunión médica, los graves perjuicios que puede traer esa propaganda.

**Considerar crudamente los errores por falta de examen.** Meditar sobre las consecuencias de esta falta, historiando con detalles las instancias perdidas. Considerar en la cátedra la gravedad de estas consecuencias repitiendo como un estribillo: "por no haber examinado al enfermo".

**Minimizar la importancia del interrogatorio.** No se puede discutir el interés de un buen interrogatorio, pero sin olvidar que sólo el examen permite hacer diagnóstico. Ciertos modos de enseñanza son perjudiciales. Los esquemas de síndromes, los llamados síntomas patognomónicos, los cuadros sobre frecuencia

de síntomas en cada proceso, enseñan algo y pueden servir para rendir un examen de patología, o para un concurso, pero la enseñanza fundamental debe basarse en que ningún interrogatorio puede afirmar un diagnóstico y que debe practicarse el buen examen clínico.

**La molestia al enfermo no debe pesar frente a la indicación del examen.** Si se le informa al enfermo sobre la necesidad de dicho examen agregando que no se debe hacer ningún tratamiento sin tener el diagnóstico exacto y que este diagnóstico sólo es posible por el examen no hay ningún inconveniente en el enfermo. En algunas circunstancias puede citarse al enfermo a otra hora para el examen. Siempre debe mantenerse una actitud de respeto por el pudor haciendo la indicación con un sereno planteo profesional.

**El examen del recto es simple y la interpretación fácil.** No todos los médicos tienen experiencia para diagnósticos muy precisos pero no es indispensable. Siguiendo las normas de un buen examen, cualquier médico puede en su primera oportunidad reconocer un proceso tumoral y siempre tendrá elementos que justifiquen el pedido de opinión especializada.

**No indicar nada antes del examen.** El médico no debe ceder ante el amigo que en una reunión o el enfermo que en su consultorio pide consejo terapéutico sin examen. No debe aceptar opiniones verbales sobre lo que el enfermo dice que encontró otro médico.

Si el médico, por cualquier motivo, no practica el examen rectal a su enfermo, debe dirigirlo a quien lo haga. En este caso es preferible que sea un médico de experiencia en los problemas rectales.

**No pedir radiografías antes del examen clínico.** El estudio radiológico del recto puede a veces dar información muy importante si se hace un examen dirigido a ese órgano y utilizando ciertas técnicas especiales. Pero ese examen no da información diagnóstica más segura que un simple examen clínico.

En la práctica asistencial es excepcionalísima la indicación de un examen radiológico del recto después de un buen examen clínico. Es frecuente encontrar en cambio que se pida sin haber realizado tal examen, pensando erróneamente en evitar los inconvenientes de hacer un tacto rectal. Más a menudo se piensa en localización cólica del proceso y se pide radiografía de colon. El informe del radiólogo informando correctamente "colon normal" lleva la tranquilidad al médico que ya no hace el examen del recto.

Muy bien hacen los radiólogos que piden al médico el examen clínico del recto antes de hacer su estudio radiológico.

**Alto porcentaje de procesos benignos.** Este hecho conduce al médico, que comienza a ser riguroso en el examen, a descuidarlo con el tiempo. El golpe de atención puede serle muy doloroso: un neoplasma inextirpable que pudo haber sido curado si hubiese hecho el examen en la primera consulta. Además, fuera de los tumores, son muy numerosos los procesos que dan serias molestias y cuyo tratamiento quirúrgico los cura.

**Disponer de material para examen.** Un par de guantes y lubricante. Pomos mejor que un pote. Lubricante soluble en el agua, glicerolado de almidón, para lavar el guante antes de retirarlo de la mano. Si se utiliza vaselina o sustancias grasas, el médico saca su guante enchastrado y muy a menudo es prácticamente imposible su recuperación. Por la vaselina faltan habitualmente guantes en el consultorio médico y por esta falta no se hace el examen del recto de rigor.

**Examen correcto — Los tres trios.** Esquematizamos con el nombre de los tres trios una sistematización que es útil en la docencia.

Primer trio: Examen clínico: parte anterior o abdominal; regiones perineo rectales bajas; pelvis y recto alto.

Segundo trio: Exámenes complementarios: endoscopia; microscopia; examen bajo anestesia.

Tercer trio: Consultas a especialistas: Urólogo; ginecólogo; dermatólogo.

## EL EXAMEN DEL RECTO TIEMPO ABDOMINAL

El estudio del recto se inicia con el examen en decúbito dorsal, vientre descubierto. El examen metódico panorámico del abdomen integra todo estudio clínico general y en lo que se refiere al examen del recto constituye, en cierta parte, una preparación del enfermo para los tiempos ulteriores.

El colon, que integra unidad funcional y patológica con el recto debe ser especialmente estudiado. Las estructuras donde se pueden extender distalmente los procesos rectales; por vía venosa, el hígado; por vía linfática, los ganglios; por vía serosa, el peritoneo completan el examen dirigido.

**El colon:** Diversos procesos del colon pueden provocar fenómenos rectales, así como afecciones del recto pueden causar procesos del colon. La distensión del colon por líquidos o gases y aún la retención de materias sólidas en el colon derecho pueden constituir la única manifestación de un obstáculo en el recto sigmoide.

Diversas afecciones interesan simultáneamente al recto y al colon por lo que el estudio clínico debe ser hecho en conjunto. Recordemos la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, las parasitosis, la poliposis, cánceres múltiples, etc.

**El hígado.** El recto es tributario, por sus vías venosas, del hígado. Un proceso hepático puede ser causa de encharcamiento venoso de la pelvis con fenómenos rectales dominantes. Los procesos rectales influyen sobre el hígado, siendo de gran interés la difusión tumoral. El examen del hígado es a veces el punto de partida del diagnóstico de un neoplasma del recto.

**El peritoneo.** El recto tiene una parte recubierta por serosa peritoneal. La participación de la serosa es importante en diversos procesos del recto. La ascitis, como manifestación de una carcinomatosis pelviana debe ser investigada. Los nódulos corresponden a metástasis tumorales peritoneales. La búsqueda debe hacerse en todo el vientre, especialmente en los lugares donde el peritoneo se presenta más próximo que es el ombligo y las regiones inguinales. El ombligo es lugar de rigurosa exploración en todo enfermo con sufrimiento pelviano. Aconsejamos el examen de las regiones inguinales y el cordón, porque se pueden encontrar nódulos tumorales de volumen variable, que son en ocasiones la única expresión de una carcinomatosis peritoneal. Alguna vez han sido motivo de consulta por el enfermo y sabemos de los que han sido operados con diagnóstico erróneo de hernia.

La metástasis en el cordón en la carcinomatosis peritoneal es fácil de comprender si el enfermo tiene un saco herniario pero debe agregarse que el 28% de los hombres tienen persistencia del canal peritoneo vaginal aun cuando no tengan hernia. En la mujer puede haber canal peritoneal y es posible la metástasis serosa.

**Los ganglios.** El examen de los ganglios de la ingle debe integrar la etapa abdominal del examen del recto. Investigar cuidadosamente ambos lados, en especial la parte alta e interna de la región.

## EXAMEN DEL RECTO TIEMPO PERINEAL

Este tiempo está destinado al estudio del perineo, el segmento esfinteriano y el recto bajo. Puede hacerse en decúbito lateral o genupectoral.

El decúbito lateral puede ser con ambos muslos fuertemente flexionados o

de preferencia en posición de Sims. En esta posición el enfermo está sobre su lado izquierdo, con el miembro inferior izquierdo en extensión y el miembro inferior derecho en flexión, de modo que la rodilla quede en falso en el borde de la mesa de examen y el cuello del pie se aplique en la rodilla izquierda. La fuerte oblicuidad del tórax, tendiendo al decúbito ventral, expone mejor aún la región perineal.

La posición de Sims es cómoda para el enfermo y respetuosa del pudor. Es excelente para el examen del perineo posterior. La inspección y palpación perianal, la raíz del escroto y la horquilla vulvar son expuestas mejor que en cualquier otra posición, en especial en obesos y viejos. El tacto digital permite una exploración exhaustiva del canal anal que puede ser completada con la palpación de la masa esfinteriana entre el índice introducido en el ano y el pulgar por fuera.

En esta posición las venas hemorroidales se vacían, por lo cual no surgen con gruesa evidencia en los hemorroidarios. En cambio facilita la inspección cuidadosa de la mucosa.

32

La exploración digital más arriba del anillo anorrectal es muy instructiva, pero debemos insistir en que no va más allá del recto bajo, hacia adelante no da gran información. La próstata puede ser tactada sin pretender detalles ni llegar a su base.

La pared posterior del recto bajo constituye la zona donde la posición de Sims es soberana. Permite el tacto de la curvatura rectal que responde al cóccix y nódulo anococcígeo y donde pueden haber procesos rectales o retrorrectales que escapan al tacto en decúbito dorsal. Es la posición que permite la mejor exploración del sistema coccígeo. El cóccix y sus articulaciones se palpan muy bien entre el índice introducido en el recto y el pulgar que completa la prehensión desde afuera. Las fibras coccígeas del elevador se tocan en su trayecto antero posterior, sobre las paredes laterales del recto bajo.

En la posición de Sims se puede explorar muy bien la región de la horquilla vulvar y la pared posterior de la vagina. Empujando con el dedo la pared de la vagina se puede explorar en las multíparas el anillo anorrectal desde arriba y haciendo presión con el dedo encapuchonado, evertir el canal anal permitiendo su inspección. Esta maniobra puede ser muy útil.

El examen en el tiempo perineal puede realizarse en posición genupectoral. El enfermo, hincado en una mesa, apoya su pecho o codos sobre el plano de la misma. Proyectando hacia atrás su pelvis, expone bien el perineo y el orificio anal. La misma posición se puede obtener colocando al enfermo en una mesa angulada.

La posición genupectoral permite explorar bien el perineo y el orificio anal y palpar el segmento esfinteriano. El recto bajo a diferencia de la posición de Sims puede tactarse bien en su cara anterior pero no la cara posterior. El recto alto no puede ser bien explorado por el tacto en ésta posición.

Preferimos la posición de Sims porque es más tolerable por el enfermo, más cómoda y porque permite la buena exploración de la parte posterior. La pared anterior del recto no interesa tanto, porque puede ser muy bien explorada en decúbito dorsal, posición de la talla, examen indispensable en el recto, que constituye la tercera instancia del examen completo.

Los endoscopistas colocan habitualmente al enfermo en posición genupectoral para hacer la endoscopia y practican lógicamente un tacto digital del recto antes de introducir al rectoscopio. Este tacto no tiene, como examen del recto, más valor que el examen del tiempo perineal.

## EXAMEN DEL RECTO TIEMPO PELVIANO

La posición de la talla o ginecológica es el decúbito dorsal con pelvis elevada, muslos semiflexionados, en abducción. Un discreto Trendelenburg y relajamiento muscular en actitud mental de colaboración, facilitan el examen.

En esta posición el examen de la pelvis comprende una tríada semiotécnica combinada: tacto rectal, tacto vaginal, palpación hipogástrica. La asociación de estos tres exámenes permite el mejor conocimiento del recto y de la pelvis. El tacto rectal es un examen más complejo que el simple paseo del dedo por la superficie interna del recto. Pretende explorar al órgano rectal y a todas las estructuras de la pelvis. Es un **tacto rectal por la vía de realización**; es un **tacto pelviano por lo que explora**. Cobra su mejor utilidad cuando se combina con las otras dos partes de la tríada semiotécnica.

El dedo que examina debe ser dirigido oblicuamente hacia adelante en dirección al ombligo, hasta pasar francamente el anillo anorrectal. Para este fin es necesario que el codo esté más bajo que la mano. Los tres últimos dedos de la mano que tacta, bien flexionados, harán presión en el perineo posterior, nódulo anocócigeo y cóccix, deprimiéndolo, para llegar más arriba. La otra mano, presionando en el hipogástrio empuja el contenido pelviano, facilitando la palpación combinada.

Un tacto rectal puede hacerse en la cama del enfermo, pero es mejor en una mesa de examen y mejor aún en posición de la talla en una mesa ginecológica. Con la mano derecha no se puede explorar bien el lado izquierdo del enfermo, para lo que debe recurrirse a la mano izquierda. La parte baja de la cara posterior del recto no se explora en este examen con la perfección del tacto en posición de Sims.

Antes de introducir el dedo, debe hacerse un grueso empastelamiento de la punta con lubricante, que es necesario para lograr el deslizamiento de todo el dedo. Al retirar el dedo al fin del tacto, debe mirarse para reconocer la posible presencia de sangre, de pus, de mucosidades y el color de las materias que pudieran estar en el recto.

La palpación digital debe ser dividida en dos partes. En primer lugar la exploración panorámica integral de arriba a abajo, en toda la periferia y en todos los planos del recto y extrarrectales. Sorprende la frecuencia con que un tacto digital deja escapar lesiones importantes por no haber sistematizado este examen panorámico integral. En segundo término la exploración dirigida, que tacta las áreas o procesos sospechosos.

El tacto vaginal en la mujer constituye el mejor medio de examen pelviano y un medio muy valioso de examen rectal. Permite explorar al órgano por su cara anterior y además su porción peritoneal por el fondo de saco. El tacto combinado simultáneo permite explorar los procesos asociados y fijar la topografía de los procesos rectales.

## EXAMEN BAJO ANESTESIA

Cumplidas las tres etapas del examen clínico, el estudio del enfermo puede completarse con tres nuevos recursos: examen bajo anestesia, endoscopia, biopsia y toma de exudados.

La anestesia local en el segmento esfinteriano al suprimir el dolor y provocar relajamiento de los esfínteres permite un buen examen. Para el resto del recto y la pelvis, está indicada la anestesia peridural o general. La supresión del dolor y el relajamiento de músculos perineales y abdominales facilitan en tal forma el examen de la pelvis que se pueden reconocer por el tacto rectal y

vaginal detalles morfológicos de tanta precisión como la palpación operatoria por vía abdominal.

El examen bajo anestesia puede plantearse en tres circunstancias:

**Anestesia para examen:** Algunas veces se justifica hacer una anestesia con el solo fin de realizar un buen examen, especialmente en los procesos pelvianos perirectales.

**Anestesia para examen y operación:** Esta circunstancia constituye la más importante. La anestesia se realiza en vistas a una operación, que se prepara en todos sus términos, y antes de iniciar la preparación del campo operatorio para el acto quirúrgico, se hace un examen pelviano. Este examen, permite ratificar el diagnóstico anterior o hacer otro diagnóstico o completarlo. Puede a veces deshechar la intervención cruenta y conduce muy a menudo a hacer un nuevo planteo de lo proyectado.

El examen de la pelvis con el enfermo anestesiado debe ser una obligación en todo enfermo a operar de la pelvis. La información recogida nos ha sido con gran frecuencia de grandes beneficios para el enfermo.

34

**Anestesia para operación extrapelviana:** Examen pelviano complementario, los beneficios de un examen pelviano bajo anestesia son tan importantes que consideraremos su posible indicación en el enfermo anestesiado por cualquier motivo.

Cualquier síntoma banal que el enfermo tenga en su pelvis; urinario, genital o rectal, justifica que al terminar una operación de vientre alto, tórax, cuello, etc. se aproveche la anestesia para hacer un examen pelviano, más completo. Esta indicación está más indicada en ciertos enfermos que por razones especiales no presentan facilidad para dicho examen sin anestesia.

El examen endoscópico del recto en colectividades no ha dado beneficios en cuanto a detectar lesiones, pero debemos considerar en el posible beneficio del examen sistemático bajo anestesia, más fácil y más seguro que la endoscopia, en toda mujer u hombre añoso que se opera.

El examen de recto y pelvis bajo anestesia debe ser suave. El relajamiento muscular y la falta de dolor, tan beneficiosos para un examen correcto, pueden ser factores de agresión para lesiones en procesos pelvianos tumorales blandos o quísticos y en colecciones supuradas.

## LA ENDOSCOPIA

La endoscopia tiene como objetivo principal la inspección de la superficie interior del órgano pero puede recoger además información complementaria sobre otras particularidades y en especial permite obtener material para examen bajo forma de biopsias, exudados, etc. La endoscopia puede ser, según el segmento que se explora, una anuscopia, una rectoscopia o una rectosigmoidoscopia.

La anuscopia es un examen sencillo que debería ser de práctica en todo médico que estudia un recto. Da información útil sobre el segmento esfinteriano, constituyendo un recurso elemental para el examen y el tratamiento de las afecciones orificiales.

La rectoscopia es un examen algo más complejo, que sale del estudio de rutina. Corresponde anotar en primer término que es una exploración instrumental que tiene algunos riesgos, lesiones mucosas o perforaciones, por lo que debe ser practicada por un técnico con conocimiento y experiencia.

El endoscopista debe ver toda la superficie interna del recto, sabiendo que su informe juega un papel muy importante en el conocimiento del enfermo

y que un error por examen apresurado o irregular puede significar un grave perjuicio para el enfermo.

Tan importante como ver todo es la interpretación del especialista evitando el informe simplemente enumerativo. La interpretación requiere conocimiento del recto por otros recursos, pues la endoscopia aislada no tiene la utilidad del examen completo.

Si la endoscopia tiene algunos riesgos, si se requiere experiencia para ver bien y si su utilidad depende en gran parte de su integración en un examen rectal completo, surge la evidencia de que no puede ser hecha por un simple aficionado.

## BIOPSIAS Y EXHUDADOS

La investigación macroscópica constituye un estudio de gran interés, debiendo integrar el cuadro de los estudios regulares a plantear después del examen clínico. El material a estudiar puede considerarse de tres tipos: material libre que se recoge directamente en la luz del órgano, material obtenido por barrido o raspado de la pared rectal y material mordido de la propia pared del recto.

**Material libre:** Es posible que la recolección de este material sea indicado por el clínico, pero es el endoscopista quien debe actuar con la idea de que toda exploración rectal debe dejar siempre algún material para examinar. La recolección de material puede ser en vistas a estudio citológico, bacteriológico y parasitológico y es de competencia privativa del endoscopista cuando y como obtener ese material y el destino a darle.

**Barrido de la pared:** El raspado de la mucosa con escobilla o torundas permite recoger elementos y grupos celulares que pueden aclarar un diagnóstico.

**Biopsia:** Se puede obtener directamente o con anoscopio en el segmento esfinteriano y por rectoscopia en el recto. Las indicaciones y técnicas para la biopsia serán consideradas para los diferentes procesos en juego pero daremos las directivas generales.

La biopsia debe practicarse con cierta frecuencia en los procesos inflamatorios difusos de la pared rectal, porque la histología puede aclarar su naturaleza, permitiendo una orientación terapéutica correcta.

Los pólipos deben ser extirpados enteros salvo imposibilidad técnica absoluta por el volumen o riesgo de una complicación, incontrolable por vía endoscópica.

Los tumores no pediculados y los pólipos inextirpables deben ser biopsiados por vía endoscópica en más de una zona, extirpando fragmentos de cierta profundidad.

## CONSULTAS PROFESIONALES

El recto es un órgano pelviano con afloramiento cutáneo, por lo que con cierta frecuencia se requiere la opinión del urólogo, el ginecólogo o el dermatólogo. La piel de la margen del ano, así como la mucosa del tercio medio tienen la patología de todo el revestimiento cutáneo, con particularidades dependientes de su estructura y topografía. Cualquier proceso puede iniciarse o dominar en esa región, provocando una sintomatología orificial. Los procesos inflamatorios anales, anitis, deben ser enfocados con criterio de afección cutánea y su diagnóstico y tratamiento es del resorte del dermatólogo.

El recto integra como órgano pelviano, un conjunto visceral de relaciones anatómicas directas y con particularidades fisiológicas comunes en las funciones de almacenamiento, evacuación y continencia. Los integrantes del conjun-

to visceral pelviano pueden ser lugar de lesiones independientes y con más frecuencia de extensión de procesos de un órgano a otro o de repercusiones funcionales que hagan aparecer como sufrimiento del recto lo que es una lesión genital o urinaria o como sufrimiento de éstos órganos lo que es una afección del recto.

Cualquier sintomatología pelviana impone el examen completo del contenido visceral de la pelvis. Ese fue el concepto que nos llevó a sostener la práctica del examen pelviano en lugar del tacto rectal. El examen pelviano clínico puede no ser suficiente en muchos casos, por lo que se requieren exámenes complementarios que deben estar en manos de médico especializado. Es posible que un médico pueda lograr el dominio en el estudio del recto y de los órganos genitales y urinarios en la mujer y en el hombre, pero la necesidad de disciplinas propias para el estudio genital por importantes participaciones endócrinas y del aparato urinario con los sectores renouretrales nos llevan a sostener que cuando el enfermo del recto requiere un estudio especial, genital o urinario, debe ser hecho por especialista ginecólogo o urólogo.

36

Consideramos necesario que el estudio por el ginecólogo o urólogo sea realizado por un profesional que conozca los diferentes problemas que pueden presentar los enfermos del recto, incluyendo posibilidades de la operación y el postoperatorio. Mejor aún sería que este estudio se realice en conjunto con el cirujano. El trabajo en equipo que consideramos indispensable en el estudio del enfermo complejo del recto puede ser aplicado para el acto operatorio, pero es preferible que el cirujano que opera recto conozca la cirugía general de la pelvis, para poder solucionar solo o con asistente especializado, los diferentes problemas que pueden presentarse, procesos asociados, extensión del proceso rectal, etc.

## TOPOGRAFIA DE LOS PROCESOS

En el orificio anal y margen del ano se estilaba referir la topografía de los procesos a los números de la esfera del reloj. La expresión es clara, pero conduce a serias confusiones si no se anota la posición en que se examina al enfermo. Un proceso a la hora 12 es anterior si se examina en decúbito dorsal y es posterior si se examina en genupectoral. Los endoscopistas que examinan al enfermo en esta posición nos sorprenden con su informe que no correspondería con nuestro examen en decúbito dorsal.

Deben proscribirse las caracterizaciones topográficas horarias. Los términos anterior, posterior, derecho e izquierdo pueden ser suficientes, y si se desea ser más preciso se recurrirá a los términos anteroderecho, posteroderecho, antero izquierdo y postero izquierdo.

A lo largo del recto se indica habitualmente la topografía expresando en centímetros la distancia desde el orificio anal. Este recurso surgió por la falta de referencias anatómicas en la luz rectal para señalar claramente la topografía de un proceso. La endoscopia que ve al proceso en la punta de un tubo y solo puede señalar su lugar por los centímetros que se lee en el rectoscopio, dió difusión al recurso de los centímetros. La cirugía conservadora del recto, recurrió a los centímetros como forma de hacer objetiva las zonas donde puede seccionarse el órgano.

Hemos combatido la medida en centímetros, que consideramos inaceptable en anatomía, que lleva a la confusión en la práctica y que no responde a las necesidades quirúrgicas.

La anatomía como ciencia pura define órganos y los segmentos, de acuerdo con bases anatómicas. No es aceptable en ningún territorio la medida matemática. Las variaciones individuales y las variaciones circunstanciales de volumen y lon-

gitud de las estructuras anatómicas son muy importantes. Cuando nos referimos a un dedo, surge el absurdo si pensamos en señalar un lugar preciso anotando los centímetros y milímetros que dista ese lugar de la punta del dedo.

La experiencia en el recto confirma, con cada enfermo, la inseguridad de este medio aparentemente exacto para señalar una topografía. Hay variaciones muy importantes entre dos apreciaciones por tacto rectal, entre dos endoscopías, entre dos exámenes operatorios y entre dos medidas de la pieza operatoria. Si agregamos las diferencias que se presentan según el medio de medir nos explicamos las serias confusiones que suelen provocar.

Las referencias deben ser anatómicas. En el segmento esfinteriano, donde es muy variable la correspondencia de la mucosa con las estructuras esfinterianas, debemos tomar dos tipos de referencias. Los procesos mucosos deben topografiarse en relación con la línea criptopapilar, anotando si está por arriba o por debajo. Los procesos de las estructuras musculares deben topografiarse en relación al anillo anorrectal, al borde inferior del tubo esfinteriano y al surco intermuscular.

En el recto, son las estructuras perirectales las que deben ser tomadas como referencias ya que indican la exacta segmentación anatómica del órgano. La base de la próstata o el fondo de saco vaginal constituyen marcas indiscutibles entre dos segmentos rectales. Hacia atrás, la articulación coccígea tiene significado similar.

El estudio comparativo entre la topografía por centímetros o por referencias anatómicas muestra los gruesos errores de la medida. La base de la próstata que señala una referencia anatómica correcta puede estar a distancias muy variables del ano.

Desde el punto de vista quirúrgico las referencias anatómicas son fundamentales en vistas a vías de abordaje y técnicas. En el cáncer, solo la referencia anatómica puede indicar los territorios linfoganglionares que pueden estar afectados.