Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1762

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1741 - RECTORRAGIA A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Hamido Mohamed[a], F.J. García Vllén[b], A. Srifi Hasnaoui[c] y M.G. Ramírez Arriola[d]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Poniente. Almería. [b]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Moral de Calatrava. Ciudad Real. [c]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Ceuta. Ceuta. [d]Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 62 años con antecedentes personales de no alergia a medicamento, HTA, dislipemia, flutter auricular paroxístico, SCASEST. Enfermedad coronaria de un vaso revascularizado, FE conservada, EPOC, fumador activo 20 cigarrillos/día anterior hasta 3 paquetes/día. Tratamiento con AAS 100 mg, ticagrelor 90 mg, omeprazol 20 mg, rosuvastatina 10 mg, metoprolol 100 mg, telmisartan 80 mg, amilodipino 5 mg, NTG 0,4 mg SL si dolor torácico. Paciente es remitido desde Atención Primaria a Urgencias Hospitalaria por rectorragia franca coincidiendo con deposiciones diarreicas desde hace 3 a 4 días, dolor en hipogastrio, sin fiebre, no infección respiratoria en los días previos. Fue dado de alta por episodio reciente de SCASEST-IAM con tratamiento con ticagrelor y AAS tras Steen en coronaria derecha. Ha estado en tratamiento con loperamida y Amchafibrin 2-2-2 desde hace 48 horas sin mejoría clínica. Hoy continúa sangrando de forma continua y sólo una deposición.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: TA 111/69 mmHg, Fc: 68 lpm, SO2: 98%. Afebril. Buen estado general, consciente y orientado, bien hidratado, palidez cutánea, eupneico en reposo. No cianosis periférica. Sin focalidad neurológica, no signos meníngeos. AC: tonos rítmicos, Sin soplos, ni roces. AR: MVC, no ruidos patológicos. Abdomen: globuloso, blando, depresible, doloroso a la palpación en mesogastrio e hipogastrio, Sin defensa. No masas ni megalias. RHA positivos, PPR negativa. mmii no edemas, no signos de TVP ni insuficiencia venosa. Pulsos periféricos conservados. Rx tórax no cardiomegalia, ni condensaciones ni derrame pleural. Rx abdomen: no se aprecian niveles aéreos. ECG: RS a 75 lpm, eje normal, no alteración de la repolarización. Tacto rectal: dedil con heces más sangre de color marrón. Analítica: hemograma: leucocitos: 11,89 × 10^{37} micra, hemoglobina: 10 g/dl, hematocrito: 34%, MCV: 70, plaquetas: 307 × 10^{37} micra, neutrófilos: 59,75% resto normal. Bioquímica: glucosa: 68 mg/dl, urea: 51 mg/dl, creatinina: 1,08 mg/dl, sodio: 141 meq/l, potasio: 4.1 meq/l, bilirrubina total: 0,37 mg/dl, PCR: 3,43 mg/dl, AST/GOT: 13 UI/L, ALT/CPT: 17 UI/L, amilasa: 61 UI/L. Gasometría venosa: pH: 7,38, PCO2: 44 mmHg, PO2: 24 mmHg, HCO3: 26 Moll/L, SO2: 41%.

Juicio clínico: Hemorragia digestiva baja posiblemente iatrogénica en relación con fármaco antiagregante oral.

Diagnóstico diferencial: Hemorroides. Enfermedad inflamatoria intestino. Colitis infecciosa.

Pólipos. Diverticulosis. Neoplasia. Angiodisplasia. Colitis isquémica. Rectitis actínica. Trastornos de la coagulación.

Comentario final: La rectorragia es un tipo de hemorragia que consiste en pérdida de sangre roja o fresca a través del ano, bien sola o asociada a las heces. El origen de este sangrado suele localizarse en el colon descendente y en recto. La hemorragia digestiva baja incluye tanto rectorragia como hematoquecia que es un sangrado rectal de colon rojo oscuro mezclado con las heces, lo que surgiere que la causa del sangrado está localizada en el intestino grueso o en recto. Rectorragia es muy frecuente > 10% siendo mayor su incidencia en personas de edad avanzada. Las causas más frecuente es la edad, pacientes joven menores 30 años divertículos de Meckel (la más frecuente), enfermedad inflamatoria intestinal y pólipos. En mayores de 30 años la diverticulosis colónica, las neoplasias, la angiodisplasia, colitis isquémica son las más frecuentes. Otras causas: Hemorroides la más frecuente generalmente, rectitis actínica, colitis infecciosa, trastornos de la coagulación. Presentamos este caso porque en todo paciente de edad avanzada con tratamiento de antiagregante oral que presente sangrado ya sea hematemesis, rectorragia, hematoquecia o melenas, se debe remitir a Urgencias Hospitalaria para valoración y realizar estudio con una anamnesis detallada y buena exploración física que incluya Tacto rectal, analítica con hemograma, bioquímica (con función renal), coagulación, radiografía de tórax, abdomen, ECG y endoscopia, en este caso colonoscopia. A veces ECO y TAC abdominal para descartar abdomen agudo por perforación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fijten GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and in medical practice. Br J Gen Pract. 1994;44:320-5.

2. Hamilton W, Sharp D. Diagnosis of colorectal cancer in primary care: evidence base for guidelines. Fam Prat. 2004;21:99-106.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.