



P-690 - SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A ÚLCERA RECTAL SANGRANTE

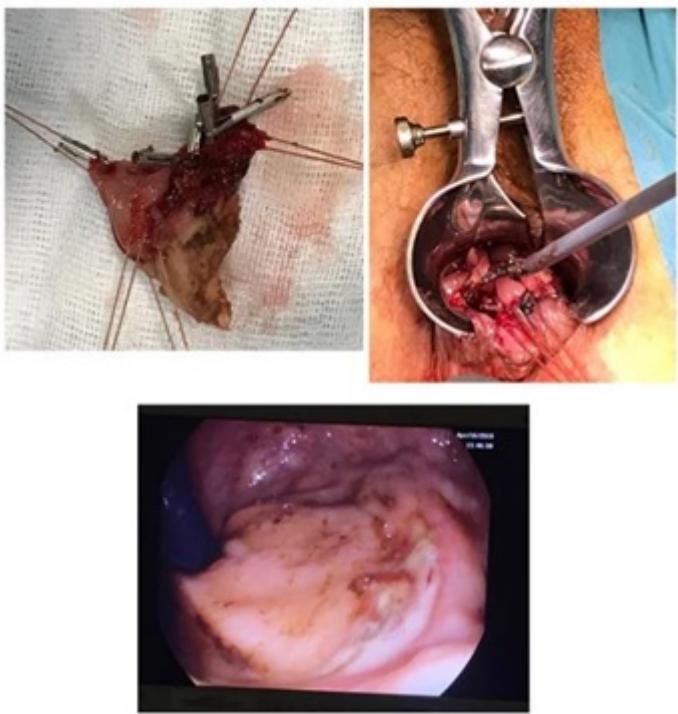
González Cano, Javier; Mirón Fernández, Irene; Aranda Narváez, José Manuel; Turiño Luque, Jesús Damián; Fernández Galeano, Pablo; Gutiérrez Delgado, Pilar; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El síndrome de la úlcera rectal solitaria es una enfermedad poco frecuente, crónica y benigna, con una presentación clínica muy variada. Presentamos el caso de una paciente con rectorragia secundaria a úlcera rectal, que tras fracaso de manejo endoscópico requirió cirugía para su control y resolución.

Caso clínico: Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, en seguimiento por úlcera rectal con estudio histológico negativo para malignidad y en tratamiento con enemas de mesalazina. Ingresada por rectorragia con anemización y cuadro de *shock* hemorrágico que requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Se realiza colonoscopia con evidencia de úlcera rectal, sin sangrado activo. Tras nuevo episodio de *shock* hemorrágico se repite colonoscopia con los mismos hallazgos y abundantes restos hemáticos y coágulos en tercio distal de colon, tratándose con adrenalina y hemoclips. Se realizan angioTC, resonancia magnética, endoscopia digestiva alta y cápsula endoscópica, sin evidenciar otros hallazgos que justifiquen el sangrado. Además, se vuelve a biopsiar la úlcera, descartando malignidad y causa infecciosa. Tras nuevo episodio de rectorragia anemizante y fracaso de técnicas endoscópicas, se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose resección transanal de la úlcera rectal. Durante el postoperatorio la paciente no vuelve a presentar episodios de rectorragia, siendo finalmente dada de alta.



Discusión: El síndrome de la úlcera rectal solitaria es una patología con una incidencia muy baja y cuyo diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos. Los síntomas más frecuentes son dolor y sangrado rectal, llegando a requerir transfusiones de sangre. También pueden presentar incontinencia y sensación de evacuación incompleta. Durante la colonoscopia podemos encontrar signos de ulceración, eritema o una lesión polipoidea, siendo necesario biopsiarla para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica o cáncer. No existe un tratamiento estándar definido, pues depende de los síntomas y características de la lesión. Varía desde un tratamiento conservador en pacientes asintomáticos (dieta rica en fibra, laxantes, etc.), *biofeedback* para mejorar la evacuación rectal, enemas con sulfasalazina o tratamiento con láser o argón plasma. Si las terapias anteriores fracasan se puede optar por la cirugía, con opciones que van desde la escisión local de la úlcera hasta una resección de recto.