

329/31 - RECTORRAGIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Rodríguez Vélez¹; C. Marinero Noval²; R. Maye Soroa³; O. Casanueva Soler⁴; P. López Alonso Abaitua⁵; M. Cobo Rossell⁶.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias.³Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.⁶Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años, con antecedentes personales de obesidad, HTA y DM2 con buen control crónico en tratamiento con antidiabéticos orales. Acude a urgencias por rectorrágia de sangre roja en dos ocasiones sin asociarse a deposición y dolor abdominal tipo cólico sin irradiación. El día anterior había consultado por dolor abdominal tipo cólico, vómitos alimenticios y diarrea sin productos patológicos, siendo diagnosticada de gastroenteritis aguda/intoxicación alimenticia.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 36,3 C°, TA 127/80 mmHg, FC 68 lpm, SatO₂ 99%. Consciente y orientada en las 3 esferas. Eupneica en reposo. Normocoloreada, normoperfundida, normohidratada. AC rítmica. No soplos. AP murmullo vesicular conservada. No ruidos sobreñadidos. Abdomen globuloso blando. Molestias a la palpación de forma difusa. RHA disminuidos. Murphy negativo. Blumberg negativo. PPRB negativa. EEII sin edemas. No datos de TVP. Pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 164 mg/dl, urea 56 mg/dl, creatinina 0,54 mg/dl, filtrado glomerular >90 ml/min/1,73m², Na 139 mEq/l, K 3,8 mEq/l, PCR 8,1 mg/dl. Coagulación: TP 91%. Hemograma: leucocitos 10.300/?l, hemoglobina 13,4 g/dl, hematocrito 38,3%, VCM 88 fL, HCM 30,7 pg, CHCM 34,9 g/dl, Plaquetas 178.000/?l. Radiografía abdomen: heces en marco cólico. Evolución: Permanece en vigilancia durante 24h, permaneciendo estable, afebril, sin recidiva de la clínica y sin realizar nueva deposición. Tras confirmar buena tolerancia oral se decide completar antibioterapia profiláctica oral con ciprofloxacino 500 mg y metronidazol 250 mg y realizar colonoscopia ambulatoria en la que se evidencian hemorroides externas e internas prominentes en canal anal congestivas. En colon sigmoide se identifica un pólipos sésil de unos 6 mm que se reseca. No se objetivan datos de colitis isquémica ni otras alteraciones de la mucosa. Anatomía Patológica: adenoma aserrado.

Juicio clínico: Rectorrágia leve sin repercusión hemodinámica en probable relación con colitis isquémica leve.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de rectorrágia como hemorroides, fisura anal, pólipos, cáncer de colon.

Comentario final: En la colitis isquémica se produce un aporte insuficiente de sangre en el colon, bien a consecuencia de alteraciones en la circulación general o limitada a los vasos intestinales (no oclusiva/oclusiva). Es más frecuente en personas de edad avanzada y se han descrito numerosos predisponentes (factores de riesgo cardiovascular, cirugía abdominal, infecciones, fármacos, consumo de

drogas como cocaína). Los síntomas varían en función de la gravedad, siendo lo más común dolor abdominal, rectorragia, diarrea y fiebre. El diagnóstico se basa en la sospecha médica y la confirmación puede realizarse mediante colonoscopia y toma de muestras. El tratamiento consiste en reposo intestinal (para reducir las demandas intestinales de oxígeno), sueroterapia, antibioterapia para evitar sobreinfección bacteriana y control de los posibles desencadenantes. Los cuadros más graves pueden requerir tratamiento quirúrgico con resección de los tramos intestinales afectados. Suele tener buen pronóstico pero algunos enfermos presentan complicaciones tardías como diarrea persistente, colitis isquémica crónica o estenosis.

Bibliografía

- Eslick GD, Kalantar JS, Talley NJ. Rectal bleeding: epidemiology, associated risk factors, and health care seeking behaviour: a population-based study. *Colorectal Dis* 2009; 11(9):921-6.
- Brandt LJ, Feuerstadt P, Longstreth GF, et al. ACG clinical guideline: epidemiology, risk factors, patterns of presentation, diagnosis, and management of colon ischemia (CI). *Am J Gastroenterol* 2015;110(1):18-44.