Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):65

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2420 - Doctora, no puedo más con mis hemorroides

M. Chacón González[a], J. Soto Olivera[a], M.S. Pineda Pérez[b], M.T. López Rico[a], C.J. Sevillano Esquivel[a], A. Moreno Moreno[b] y M. Muñoz Sanz[b]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 67 años con antecedentes de ulcera duodenal y cefalea tensional que consulta por sangre roja en heces de 2 semanas de evolución con dolor anal palpándose hemorroides internas y visualizándose externas sin otra sintomatología para lo que se pauta aplicación de fórmula magistral. El paciente vuelve a los 10 días por persistencia de la clínica sin otra sintomatología adicional.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física por aparatos y sistemas normal. En tacto rectal se palpa una lesión de superficie irregular a las 9-11h por lo que se solicita analítica completa normal, colonoscopia y derivación a Digestivo urgentes, donde se realiza colonoscopia urgente con toma de biopsia en 2 ocasiones con resultado de pólipo serrado con displasia de alto grado y rectoscopia con tumoración granular de crecimiento lateral con borde deprimido y ulcerado con base fibrinada.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de recto pT3N0M0.

Diagnóstico diferencial: Úlcera duodenal, hemorroides internas, ca colon, ca recto.

Comentario final: El paciente es valorado por cirugía general. En rnm de pelvis: tumor de recto bajo de 4,7 cm situado a 27 mm de margen anal que afecta a plano muscular. Al no tener confirmación histológica se decide cirugía (operación de Miles) con resultado de adenocarcinoma mucinoso con invasión perineural. Se realiza radioquimioterapia adyuvante. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por Oncología Médica, asintomático. El cáncer colorrectal es actualmente un problema de salud por su frecuencia. La mayoría son adenocarcinomas. Como factores de riesgo está la edad, la raza, sexo, EII o dieta, siendo protectores la fibra, actividad física y fármacos. Los síntomas más frecuentas son el tenesmo, rectorragia, hematoquecia y disminución en el calibre de las heces por obstrucción. En el diagnóstico además de la historia clínica y analítica, la colonoscopia es la prueba más importante siendo la RNM para la estadificación de tumores de recto (TNM). El tratamiento en T3 es la combinación de QT + RT + cirugía, así como el tratamiento neoadyuvante para disminuir recurrencias locales.

Bibliografía

1. Cáncer colorrectal. Fisterra. Guías clínicas atención primaria.
2. Crespo Villalba FJ. Estadificación del carcinoma de recto mediante resonancia magnética. Elsevier, 2012.

Palabras clave: Rectorragia. Hemorroides. Ca recto.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.