



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/189 - Patología perianal: siempre hay que explorar, incluido tacto rectal

I. Llimona Perea^a, H. Alcarazo Fuensanta^b e I. Perea Cejudo^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla. Centro de Salud Ronda Histórica. Sevilla. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pino Montano B. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años, con antecedentes personales de: DM tipo II, hipercolesterolemia y fumador de 2 paq/día. Acude a consulta pidiendo cita de Urgencia para consultar por dolor perianal de 2 semanas de evolución que se incrementa con la defecación y estreñimiento acompañante. No pérdida de peso, no fiebre ni otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, ACR normal, Abdomen normal. Se realiza una exploración visual de la zona mediante inspección anal: Hemorroides a las 6 en posición genupectoral, inflamadas sin signos de trombosis. Ante estos hallazgos no se realiza tacto rectal y se diagnostica al paciente de crisis hemoroidal decidiéndose observación domiciliaria y tratamiento conservador. El paciente acude de nuevo a la semana por no mejoría del dolor, aunque ha conseguido alivio del estreñimiento a raíz de realizar el tratamiento con 1 sobre de lactulosa/24h. Ante la no mejoría del cuadro con el tratamiento pautado se decide derivar al paciente a Cirugía general para valoración, aún sin haber realizado una exploración completa con el tacto rectal, y son estos especialistas quienes completan estudio. Hemograma con bioquímica y CEA normal. Inspección y tacto rectal: en la inspección se aprecian hemorroides sin signos de complicación, ya descritas. Cuando se realiza el tacto rectal, se palpa una tumoración anal que se extiende hasta recto. Ecografía endoanal: lesión hipoeocoica que afecta todo el canal anal, por dolor no se puede sobrepasar la lesión. Colonoscopia: lesión exofítica que protruye a través del orificio anal, con aspecto infiltrativo, ulcerada y de consistencia friable, de la que se toman biopsias. En colon no se hallan lesiones.

Juicio clínico: El diagnóstico definitivo lo aporta la anatomía patológica: carcinoma de células pequeñas recto-anal.

Diagnóstico diferencial: Se planteó de forma inicial diagnósticos diferenciales de patología perianal más frecuente, como hemorroides, fisura anal... Tras la exploración completa con tacto rectal y las pruebas complementarias se diagnosticó el juicio clínico final.

Comentario final: Es muy importante la exploración completa de la patología perianal, realizando a todos los pacientes que la presenten un tacto rectal. Puesto que además de presentar patología frecuente, podemos encontrar hallazgos que nos lleven a diagnósticos adicionales como es el caso de nuestro paciente.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman Medicina Interna.

Palabras clave: Exploración. Tacto rectal. Patología perianal.