



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

## 212/1319 - Sangrado rectal y dolor sacro

E.A. Ortigosa Rodríguez<sup>a</sup>, P. Nieto Sánchez<sup>b</sup>, E. Gómez Gómez-Mascaraque<sup>c</sup> y L. Relea Pérez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valle de la Oliva. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 52 años, antecedentes personales de lumbalgia en ITL. Acude a Urgencias por dolor sacro-coccígeo de 2 meses de evolución, que le obliga a tumbarse ocasionalmente. No anestesia perineal, no incontinencia fecal, no pérdida de fuerza. Además refiere sangrado rectal ocasional de escasa cuantía al final de la deposición desde hace 2 meses y pérdida ponderal significativa, por lo que ha acudido a su médico de atención primaria; quien lo ha relacionado con hemorroides. Niega cambios en ritmo intestinal. Sin antecedentes familiares de cáncer colo-rectal (CCR).

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen sin hallazgos. El tacto rectal muestra hemorroides externas no complicadas, con dedil de guante manchado de sangre fresca. En la analítica destaca anemia microcítica por lo que ingresa para estudio y trasfusión. Durante el ingreso se realiza una colonoscopia en la que describen lesión proliferativa exocítica, con sangrado espontáneo localizado en recto, a 5 cm del margen anal, que no permite el paso del endoscopio. Se biopsia. Se realiza TC que concluye: tumoración de recto medio con adenopatías patológicas locorregionales y metástasis hepáticas. La colonoscopia virtual no muestra tumores sincrónicos. Se recibe Anatomía Patológica: adenocarcinoma infiltrante de recto, pendiente de inmunohistoquímica. Se presenta el caso en el Comité de Tumores decidiendo manejo sistémico.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma infiltrante en recto a 3 cm del margen anal interno estadio T3cN2M1.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva baja radica en distinguir si se debe a patología anorrectal o a patología proximal. Los síntomas de alarma que orientan a causas graves de sangrado.

**Comentario final:** El abordaje radica en estratificar el riesgo de una causa grave de hemorragia digestiva baja. La presencia de patología perianal no excluye una lesión proximal, por lo que desde A. Primaria se debe realizar cribado de CCR en aquellos pacientes que por su edad, sus antecedentes, o por los síntomas de alarma tengan riesgo de CCR y solicitar una prueba endoscópica.

### Bibliografía

- Penner RM, Majumdar SR, Aronson MD. Approach to minimal bright red bleeding per rectum in adults. Uptodate, 2016.

**Palabras clave:** Sangrado rectal. Dolor sacro. Adenocarcinoma.