



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2218 - LA EFICIENCIA DE CARA A UN DIAGNÓSTICO

F. López Rodríguez<sup>a</sup>, S. de Augusto Gil<sup>b</sup>, H. Hernández Vázquez<sup>a</sup> y M. Carpi Abad<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. <sup>c</sup>Médico de Familia. Consultorio de Valdelacalzada. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 87 años, con HTA, DLP y hemorroides externas; acude a PAC por dolor abdominal de 5 horas de evolución, con náuseas y vómitos. Niega deposición hace 5 días, refiere estreñimiento de meses de evolución y sensación de “tapón” con expulsión de productos acuosos en aspecto de lavar carne con escasas heces. Hiporexia. Pendiente de colonoscopia por esta clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Bien perfundido e hidratado. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, no doloroso. RHA presentes. Tacto rectal: no hemorroides internas ni externas, no heces en ampolla rectal. Próstata ligeramente aumentada de tamaño de consistencia elástica. Palpo tumoración blanda que obstruye recto. Dedil con productos acuosos con aspecto de lavar carne, malolientes, sin heces. Rx abdomen: normal. Hemograma: hematíes 3,6, Hb 11,3, Hto 33. Resto normal. Coagulación: fibrinógeno 576. Bioquímica: Fe 37, ferritina 147, transferrina 171, PCR 4,3. Marcadores tumorales: Ca 19.9 6,6, CEA 2,79. TAC abdominal: masa rectal de 5 × 5 cm con extensión a grasa perirectal. Adenopatías locorregionales y en cadenas ilíacas internas. Colonoscopia: a 9 cm de margen anal, formación excrecente/estenosante circumferencial que presenta una superficie irregular y que impide el paso del endoscopio. AP: adenocarcinoma de recto.

**Orientación diagnóstica:** Adenocarcinoma de recto T3 N2, inoperable.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorroides, diverticulosis, poliposis colónica, EEI, fecalomia.

**Comentario final:** Este paciente no tenía en su HC ningún tacto rectal y había consultado en varias ocasiones por el mismo motivo. Ante síntomas anorrectales, una detallada historia clínica permite a menudo sospechar el diagnóstico, pero debe ser confirmado por el examen físico (tacto rectal). El tacto rectal es un método sencillo y barato para orientar el diagnóstico tanto en patología gastroenterológica como urológica, e incluso confirmarlo en casos como las hemorroides o los fecalomias.

### Bibliografía

1. Manimaran N, Gallan RB. Significance of routine digital rectal examination in adults presenting with abdominal pain. Ann R Coll Surg Engl. 2004;86(4):292-5
2. Martínez-Ramos D, Nomdedéu-Guinot J, Artero-Sempere R, et al. Estudio prospectivo para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria. Aten Primaria. 2009;41(4):207-12.

**Palabras clave:** Tacto rectal. Adenocarcinoma. Estreñimiento.