



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/3361 - ¿TRES EN UNO?

S. Manzano Sánchez-Miranda¹, S. García Cabrera¹, N. Gamarra Mendoza² y M. Soto López²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid.²Médico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años, con antecedentes de reflujo gastroesofágico, H. pylori, hernia de hiato y episodio de trombosis-crisis hemorroidal. Inicialmente consultó por cuadro de epigastralgia y distensión abdominal tras comidas. Un mes después mantuvo aún ligeras molestias, y añadió progresivamente episodios de rectorragia autolimitados con la defecación, dolor anal y tenesmo rectal ocasional. En una tercera consulta, refirió dolor lumbar irradiado a miembro inferior izquierdo y periné.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Abdomen: dolor a la palpación a nivel epigástrico sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: se palpa bultoma indurado a las 18h. Analítica: sin alteraciones. Test del aliento: positivo. Colonoscopia: a 2 cm del margen anal interno y hasta 9 cm se observaba una masa excrecente ulcerada que ocupaba el 75% de la luz intestinal. RMN y TAC: implantes tumorales en grasa mesorectal que se extendían por hemipelvis izquierda. Hidronefrosis grado II izquierda. Anatomía patológica: carcinoma neuroendocrino G3 de recto inferior localmente avanzado.

Orientación diagnóstica: Ante sospecha inicial de recidiva de H. pylori se confirmó con test del aliento e iniciamos tratamiento. Dada la escasa mejoría tras completarlo y la aparición de alteraciones del tránsito intestinal y rectorragias más frecuentes, se derivó tanto a Gastroenterología, para valoración de endoscopia/colonoscopia, como posteriormente a Cirugía General, por escasa mejoría del dolor anal a pesar de medidas adecuadas para una crisis hemoroidal. Tras valoración por Cirugía, describieron al tacto como una masa excrecente de tacto duro, por lo que se iniciaron las pruebas previamente descritas que confirmaron el diagnóstico de neoplasia rectal.

Diagnóstico diferencial: Gastritis. Crisis hemoroidal. Lumbalgia mecánica. Neoplasia rectal.

Comentario final: La clínica de presentación de los tumores neuroendocrinos no difiere de la de los adenocarcinomas de colon. La rectorragia es el síntoma inicial más común del cáncer rectal (45%), seguido de sensación de tenesmo rectal y alteración del tránsito intestinal. Dado que el 75% de los casos de cáncer rectal se palpan al tacto, desde atención primaria no sólo es importante hacerlo sino saber lo que estamos palpando ya que la confusión produce un retraso diagnóstico.

Bibliografía

- Ryan DP, Willett CG. Clinical features, staging, and treatment of anal cancer. Uptodate. Feb 15, 2019. <http://www.uptodate.com/>

Palabras clave: Tacto rectal. Tumor neuroendocrino.