



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

300/4 - LA EDAD DEL PACIENTE COMO VALOR PREDICTIVO EN EL CÁNCER COLORRECTAL

S. Blasco Muñoz^a, F. Jiménez Ros^b, M. Alonso García^c, A. Piñana López^c, A. Moyano Agüera^a, V. Lao Cañadas^a, M. García Guerrero^c, J. Caballero Martínez^c, S. Martínez González^c y J. Fernández Lorencio^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 88 años, que consulta en Atención Primaria por rectorragia. AP: Dislipemia, diverticulosis, bronquiectasias crónicas, enfermedad renal crónica, artrosis, crisis de vértigo, hemorroides. Tratamiento crónico: broncodilatadores inhalados, betahistina y buprenorfina en parches. La paciente achaca la rectorragia a sangrado a través de hemorroides que sufre de manera ocasional, no se acompaña de otra sintomatología, no astenia, no pérdida de peso. Ante los hallazgos encontrados en la analítica y en el tacto rectal, se decide solicitar colonoscopia de manera urgente y ante los hallazgos de adenocarcinoma de recto, se remite a atención especializada para determinar actitud terapéutica.

Exploración y pruebas complementarias: Ligera palidez mucocutánea. AC: ruidos cardiacos audibles rítmicos no soplo. AP: murmullo vesicular normal, estores subcrepitantes en base pulmonar izquierda. Abdomen: depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio, no visceromegalia, peristaltismo presente. SNC: no focalidad neurológica. Extremidades: no edemas. Analítica: glu: 110, urea: 52, creat: 1,10 FG: 45,3, ferritina 5. Hemograma: hematíes: 3,4 Hb: 8,6, Htco: 27,9 VCM: 79 HCM: 24,2, PCR: 1,1, VSG: 47. Tacto rectal: masa mamelonada en pared posterior izquierda, de consistencia elástica, con dedil con restos de sangre roja. Colonoscopia: inspección externa: sin lesiones. Colonoscopia: hasta ciego visualizando válvula ileocecal. En ampolla rectal, y naciendo desde línea dentada, se aprecia gran masa mamelonada y con áreas ulceradas, en contexto de neoplasia rectal. Sugiere formación vellosa degenerada. Neoplasia rectal.

Juicio clínico: Adenocarcinoma infiltrante de tipo convencional (T3N1M0).

Diagnóstico diferencial: Hemorroides, fisura anal, diverticulosis, angiodisplasia, enfermedad inflamatoria intestinal.

Comentario final: El interés de este caso respecto al manejo del paciente con rectorragia en Atención Primaria es recordar la gran importancia de la historia clínica así como de la exploración física. En un paciente como el nuestro, en el que entre sus antecedentes personales previos se encuentran varias causas posibles de rectorragia es imprescindible detectar signos de alarma que nos hagan sospechar de patología maligna. Recordar que a partir de los 50 años el valor predictivo de la rectorragia para el diagnóstico de cáncer colorrectal aumenta. La inspección anal y el tacto rectal deben realizarse siempre.

Bibliografía

1. Gutiérrez Jodra M. Melenas y rectorragia. Guía de Actuación en Atención Primaria, 4ª ed. SEMFYC; 2011. p. 366-70.
2. Alonso P, Marzo M, Mascort J, Hervás A, Viñas L, Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con rectorragia. Gastroenterol Hepatol. 2002;25(10):605-32.