



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

452/164 - RECTORRAGIA: EL MAL PRESAGIO

L. Vilasoa Núñez¹, L. Val Gil², I. Vallespí Puyol³, P. Arbués Espinosa⁴, F. Angoso Berrocal⁵, C. Lorente Esparza³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitas. Zaragoza, ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Delicias Sur. Zaragoza, ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Norte. Zaragoza, ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almunia de Doña Godina. Zaragoza

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años, con antecedentes de hipertensión y carcinoma de vejiga in situ en tratamiento con instilaciones de BCG, que acudió al centro de salud por estreñimiento, defecación dolorosa y sensación de herida en interior de ano de 4 días de evolución. Refería mejoría con baños de asiento con agua templada y pomada con benzocaína y efedrina (Hemoal). No refería rectorrágia. Se realizó tacto rectal que es doloroso pero no se objetivó sangre en dedil. No se observaron hemorroides externas. Se recetó Rectogesic pomada y se solicitó prueba de sangre oculta en heces. 3 días más tarde, la paciente fue remitida desde su centro de salud al servicio de Urgencias por 3 episodios de rectorrágia con coágulos de 24h de evolución. La paciente refería tenesmo aunque ya no presenta defecación dolorosa.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente estaba consciente y orientada. Buen aspecto general. Afebril. Auscultación cardiaca: rítmica a 90 lpm sin soplos. Auscultación pulmonar: normoventilación. Exploración de abdomen anodina. Tacto rectal: no doloroso con restos hemáticos en dedil. Se palpa masa en canal anal, a unos 5-6 cm del margen anal. Se solicitó analítica de sangre y orina que fue inespecífica salvo ligera anemización (Hb 11,1) respecto a previa (Hb previa 12,5). Se decidió ingreso de la paciente en digestivo y se realizó colonoscopia al día siguiente donde se objetivó masa que afecta a toda la circunferencia de la ampolla recta y se extiende hasta 10 cm. Se extrae muestra para estudio anatomo patológico.

Juicio clínico: Neoplasia rectal avanzada no estenosante.

Diagnóstico diferencial: 1. Neoplasia de recto. 2. Neoplasia de colon. 3. Hemorroides internas sangrantes. 4. Fisura anal. 5. Angiodisplasia de colon. 6. Colitis isquémica. 7. Diverticulitis.

Comentario final: La rectorrágia es un síntoma muy frecuente en el campo de la proctología. En la mayoría de los casos suelen deberse a causas benignas como fisuras anales o hemorroides. En esta paciente, con la clínica inicial de estreñimiento y defecación dolorosa esa parecía ser la causa, pero el hecho de presentar también coágulos orientaba a que pudiera deberse a una causa maligna. La angiodisplasia se descartó en un primer momento en esta paciente ya que suele estar relacionada con la fibrilación auricular (que la paciente no tenía) y la colitis isquémica y la diverticulitis suelen presentarse con diarrea y clínica abdominal, por lo que también se descartaron. Los cánceres de recto y colon en muchos casos son asintomáticos pero es importante sospecharlos en pacientes, tanto jóvenes como ancianos, que presentan rectorrágia de nueva aparición. La sangre oculta en heces no es muy específica en estos casos, ya que debido al sangrado rectal va a salir positiva. Si se sospecha neoplasia, deberá solicitarse colonoscopia que es la prueba de elección para el

diagnóstico de esta patología.

Bibliografía

1. Rezaianzadeh A, et al. Do clinicopathologic features of rectal and colon cancer guide us towards distinct malignancies? *J Gastr Oncol.* 2019;10:203-8.

Schwandner O, et al. Rectal bleeding: easy to overcome or still a challenge in proctology? *Chirurg.* 2019;90(8):640-7.

Palabras clave: Rectorragia. Neoplasia. Recto.