



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/144 - LO BANAL TAMBIÉN PUEDE SER URGENTE

A. Martínez-Lozano Ordovás^a, J. Cabrerizo González^a, E. Cañada Cámara^b, N. Martínez Navarro^b, N. Baraza Pérez^a y N. Aguilar Lorente^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. ^cResidente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años que consulta por episodio de presíncope en el trabajo. También presenta rectorragia de meses de evolución y anemia normocrómica normocítica progresiva. Ap: varices vena safena pierna izquierda, hemorroides de repetición.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, TA 150/100. Palidez mucocutánea. Inspección y tacto rectal: hemorroide prolapsada. ECG: ritmo sinusal, eje+ 60°, sin alteraciones de la repolarización, bloqueo incompleto rama derecha haz de Hiss. Radiografía tórax: índice cardiotorácico dentro de la normalidad sin otros hallazgos de interés. Analítica: descenso progresivo de la Hb hasta llegar a 8,4. Colonoscopia: nódulo hemorroidal externo ingurgitado y prolapsado.

Juicio clínico: Hemorroides prolapsadas.

Diagnóstico diferencial: Divertículos y angiodisplasia de colon son las causas más frecuentes de rectorragia por lo que ante un sangrado persistente siempre hay que valorarlas como posible diagnóstico diferencial. Neoplasia de colon a pesar de la ausencia de antecedentes familiares que apoyen este diagnóstico y que debido a la edad del paciente no sea la principal causa a descartar también es otro diagnóstico importante. Para todos estos procesos está indicada la realización de una colonoscopia como causa desconocida de hemorragia digestiva baja. Fisura anal sería el principal diagnóstico a tener en cuenta. Prolapso rectal.

Comentario final: El paciente fue intervenido por parte de cirugía general de forma preferente mediante hemorroidopexia longo, llegando a precisar de transfusión de 2 bolsas de concentrados de hemáties para su estabilización previa a la cirugía. Ante un sangrado digestivo bajo es primordial la realización de una anamnesis completa así como la realización de un tacto rectal y si fuera preciso de una anuscopia o derivación para colonoscopia. En este contexto es competencia del médico de atención primaria el evaluar los grados de afectación de patologías a priori banales y detectar situaciones no demorables orientando la terapéutica médico-quirúrgica más apropiada y la realización de pruebas complementarias invasivas.

Bibliografía

1. Ríos A, Rodríguez JM, Parrila P. Manejo de la rectorragia de origen incierto. *Rev Clin Esp.* 2006;206(1):54-7.
2. Sladden MJ, Thomson AN, Lombard CJ. Rectal bleeding in general practice patients. *Aust Fam Physician.* 1999;28:750-4.