



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/73 - SIGNOS DE ALARMA EN NUESTRA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

J. Villar Ramos¹; A. Altadill Bermejo²; I. Rivera Panizo³; C. Gracia Alloza⁴; L. Moreno Suárez⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años con antecedentes de: diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y bloqueo AV completo. En tratamiento con antihipertensivos, antidiabéticos orales, estatinas y doble antiagregación. El paciente acude por presentar hoy una deposición con sangre, y otra previa hace 10 días. Además, refiere estar más cansado la última temporada y haber perdido unos 20 kg en los últimos 2 años.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/70 mmHg, temp 36°C, FC 80 lpm. Ligera palidez cutánea. Auscultación cardiopulmonar normal. Leve dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, sin defensa ni signos de peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes. Tacto rectal: hemorroide interna, sin sangre macroscópica. Sangre oculta en heces positiva. Se deriva a Urgencias para valoración. Analítica: Hb 8,2 g/dl, coagulación normal. Se transfunden 2 hemoconcentrados de hematíes y se solicita colonoscopia. Resultado: neoformación en sigma.

Juicio clínico: Rectorragia secundaria a neoformación en sigma. Anemización.

Diagnóstico diferencial: Otras causas de rectorragia: colitis isquémica, hemorroides, fisura anal, hemorragia diverticular, angiodisplasia.

Comentario final: La hemorragia digestiva baja ocurre cuando la lesión causal se sitúa por debajo del ángulo de Treitz, Es un motivo de consulta frecuente en Atención primaria y en Urgencias. En pacientes de edad avanzada puede conllevar una alta morbimortalidad. Las hemorroides y fisuras anales son algunas de las causas más frecuentes de rectorragia, pero también hay que descartar otras como: angiodisplasia colónica, pólipos/cáncer, enfermedad diverticular o colitis isquémica. Las características del sangrado junto con la presencia de otros síntomas acompañantes nos pueden orientar a la hora de establecer el diagnóstico, que siempre debe acompañarse de una exhaustiva exploración física y tacto rectal. También podemos apoyarnos de otros medios a nuestro alcance como el test de sangre oculta en heces. En este caso, la presencia de síndrome constitucional podía orientarnos hacia la posibilidad de una neoformación como causa del sangrado. Además, debemos prestar atención a la combinación de palidez cutánea y astenia en un paciente que presenta una hemorragia y está doblemente antiagregado. Por todo ello era necesario derivar al paciente a Urgencias, donde deben vigilar que se mantenga hemodinámicamente estable y valorar la transfusión

en caso de anemia severa.

Bibliografía

-Vignote Alguacil M.L, González Galilea A. Hemorragia digestiva baja. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez F (eds). Medicina de urgencias y emergencias. 5ª Ed. Barcelona; 2015. p 290-3.

-Martín Rodríguez D, Vila Santos J, Alvarado Blasco M. Hemorragia digestiva. En: Aguilar

Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C y cols (eds). Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª Ed. Madrid 2012. p 699-722.