



## 242/4587 - BUSCANDO LA CAUSA DE RECTORRAGIA: NO TODO ES LO QUE PARECE

A. Martínez Pastor<sup>a</sup>, L. Martínez Gálvez<sup>a</sup>, P. Fabuel Ortega<sup>a</sup>, N. Almendros Lafuente<sup>a</sup>, I. Saura García<sup>a</sup> y M. Uceda Gómez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio de Santo Angel. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 54 años sin antecedentes de interés, acude al Centro de Salud (CS) por estreñimiento de tres días de evolución (se prescribe macrogol). Ese mismo día, acude a Urgencias hospitalarias por estreñimiento y dolor anal, siendo diagnosticado tras exploración de fisura anal. Consulta en dos ocasiones más en Urgencias durante una semana ante persistencia de sintomatología, presentado en los últimos días diarrea y añadiéndose un episodio de rectorragia autolimitado se mantiene el diagnóstico de fisura anal con tacto rectal doloroso sin otros hallazgos. Posteriormente consulta a cirujano privado ante la no resolución del dolor anal, confirmando el diagnóstico de fisura anal. Tras una semana de su primera visita al CS, acude de nuevo refiriendo ausencia de mejoría con el tratamiento instaurado en Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** En el CS, durante la anamnesis refiere el día anterior a la visita, episodio de rectorragia sin relación con la defecación, seguida de pérdida transitoria de conciencia. Asimismo, cuenta pérdida de 4 kg de peso en las dos últimas semanas. A la exploración impresiona de palidez importante muco-cutánea. Ante los hallazgos observados se solicita analítica urgente, destacando hemoglobina de 4,5 mg/ml, por lo que se remite a Urgencias para transfusión urgente e ingreso. En el mismo se realiza colonoscopia que objetiva lesión de aspecto degenerado con base de implantación amplia a menos de 5 cm del margen anal, compatible con neoplasia de recto (se toman muestras). La RMN concluye carcinoma en tercio inferior del recto estadio T1-2N0Mx, con mesorrecto amenazado y esfínter intacto, y el TAC toracoabdominal confirma ausencia de extensión. Las biopsias resultan negativas, y se realiza nueva rectosigmoidoscopia, pendiente de anatomía patológica.

**Juicio clínico:** Neoplasia rectal.

**Diagnóstico diferencial:** Hemorroides, fisura anal, diverticulosis, pólipos, cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, angiodisplasia.

**Comentario final:** La exploración física es fundamental en el proceso diagnóstico en Atención Primaria y Urgencias. La evidencia de fisura anal en la inspección, no debe impedir la realización de un tacto rectal completo para descartar la presencia de un cuadro concomitante causante de la rectorragia.

## **Bibliografía**

1. Ordás I, Panés J. Rectorragia. Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico de Barcelona. IDIBAPS y CIBERehd.

**Palabras clave:** Rectorragia. Cáncer colorrectal. Anemia.