

MANEJO DEL PACIENTE CON RECTORRAGIA

1. INTRODUCCIÓN

Se considera rectorragia a la emisión de sangre roja por el ano de forma aislada o junto con las heces. Esta puede ser aguda, que es la que ocurre en una cantidad moderada o masiva que obliga a ingresar al paciente o crónica, en la que se pierde una escasa cantidad de sangre de una forma más prolongada. En esta revisión nos ocuparemos exclusivamente de esta última, ya que la rectorragia aguda sigue un algoritmo diferente.

La importancia de este síntoma viene dada por su frecuencia. Aunque la mayoría de trabajos que estudian la prevalencia de la rectorragia no son de base poblacional sino realizados a partir de consultas de Atención Primaria podemos aproximarnos a unos valores entre el 14 y el 33% para algún episodio de rectorragia y entre el 2 y el 20% para un episodio “reciente”.^{1,2} Otro factor que añade importancia al conocimiento del manejo del paciente con rectorragia es la posible relación de este síntoma con la presencia de un cáncer colorrectal (CCR). La prevalencia de CCR en pacientes con rectorragia puede situarse entre el 7 y el 17%, mientras que la prevalencia de pólipos de colon está alrededor del 20%.^{3,4}

Parece pues, que para un problema de salud tan frecuente y con unas consecuencias potencialmente graves debería estar claro el procedimiento a seguir. Sin embargo las pocas Guías de Práctica Clínica que hay al respecto no se ponen de acuerdo en el método endoscópico inicial a practicar, entre sigmoidoscopia y colonoscopia.^{5,6} Como consecuencia de ello la práctica clínica habitual es muy variable.⁷ En esta charla intentaremos exponer las distintas posibilidades diagnósticas de que disponemos, aclarar las razones para elegir unas u otras y diseñar un algoritmo diagnóstico para el paciente con rectorragia crónica.

2. POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS ANTE EL PACIENTE CON RECTORRAGIA

El médico que se enfrenta a un paciente con sangrado rectal tiene varias herramientas a su disposición, básicamente la anoscopia, la sigmoidoscopia rígida o flexible, el enema opaco simple o de doble contraste, la combinación de sigmoidoscopia flexible y enema opaco y la colonoscopia.

Es cierto que la patología anal es el diagnóstico más frecuente en pacientes evaluados por sangrado rectal,⁸ pero el riesgo de practicar una anoscopia como única

evaluación es la frecuente coexistencia de otras lesiones en el mismo paciente. Esto queda demostrado en nuestra serie donde el 44% de los pacientes evaluados tenían otro diagnóstico además de la patología anal incluyendo 34 pólipos y 2 CCR. No es aconsejable en la mayoría de los casos quedarse en este paso, debiendo evaluar un mayor segmento de colon.

La rectosigmoidoscopia rígida es peor tolerada y explora menos distancia de rectosigma que la flexible, por lo que no debe ser de elección frente a ésta.⁹ También es fácil comprender que la sigmoidoscopia flexible detecta menos lesiones que la colonoscopia a expensas del tramo no explorado. Esto puede tener importancia ya que como muestra un estudio realizado sobre individuos asintomáticos sometidos a un programa de screening de CCR, un número de ellos que no tenían lesiones neoplásicas distales a la flexura esplénica tenían sin embargo lesiones proximales, y aproximadamente la mitad de los que tenían lesiones colónicas neoplásicas proximales no tenían lesión distal acompañante.¹⁰ Como consecuencia parece lógico evaluar el resto del colon, y para ello disponemos de métodos radiológicos y endoscópicos.

Tanto el enema opaco simple como el de doble contraste tienen una sensibilidad menor que la colonoscopia, considerada el “patrón oro” para la realización de comparaciones. La diferencia se hace especialmente evidente para lesiones menores de 1 cm.¹¹ Esta situación hace que tampoco resulte muy rentable asociar la realización de una sigmoidoscopia flexible con un enema opaco para visualizar todo el colon. Los estudios que han comparado este esquema con la realización de una colonoscopia demuestran de nuevo la mayor sensibilidad de la endoscopia en el tramo explorado por el enema opaco.¹²

Por último tenemos la colonoscopia, prueba que parece a priori la más adecuada en todos los casos por su elevada sensibilidad para las lesiones colónicas y su capacidad para explorar todo el colon. Sin embargo esta es una prueba no exenta de complicaciones¹³ y más cara que la sigmoidoscopia¹⁴ lo que hace aconsejable evitar su uso indiscriminado y adecuar las indicaciones.

3. METODOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES PARA COLONOSCOPIA

La pregunta que debe guiar nuestra decisión es ¿está en este paciente indicado explorar todo el colon?. En el caso de responder afirmativamente deberemos practicar una colonoscopia. Si no, podría bastar con una rectosigmoidoscopia. Básicamente los métodos que se han empleado para detectar aquellos pacientes con mayor probabilidad

de enfermedad proximal son: la presencia de síntomas asociados, las características de la rectorragia, la presencia de anemia o ferropenia y la edad.

Los síntomas asociados al paciente con rectorragia no parecen de mucha ayuda para identificar a los pacientes que más se beneficiarían de la realización de una colonoscopia. Muchos de estos síntomas son inespecíficos y también se presentan en pacientes sin CCR. Tan sólo la presencia de una masa rectal tiene un valor predictivo positivo apreciable.³

El color rojo brillante de las heces se ha relacionado en algunos estudios con la presencia de patología distal, pero no excluye la presencia de patología proximal incluyendo el CCR.¹⁵ Ninguna característica de la rectorragia ha demostrado relación con el CCR, ni la duración, ni la cantidad, ni la frecuencia. Quizás la aparición de sangre mezclada con las heces sí podría relacionarse, en algunos estudios, con una mayor frecuencia de patología relevante.¹⁶

La anemia es una de las variables más constantemente relacionadas con la presencia de un CCR en pacientes con sangrado rectal, incluyendo las formas proximales.⁸ Por ello, su presencia en un paciente con rectorragia es indicación de colonoscopia completa.

Finalmente, en cuanto a la edad, los estudios no se ponen de acuerdo sobre si basta con realizar una rectosigmoidoscopia en pacientes jóvenes, probablemente por problemas metodológicos. En muchos casos se han incluido rectorragias agudas, pacientes operados, pacientes con anemia o factores de riesgo, que pueden actuar como variables de confusión.^{8,17,18} Nuestro grupo ha desarrollado un estudio sobre 398 pacientes con rectorragia como único síntoma donde se evidencia que el riesgo de patología relevante (pólipos, colitis inflamatoria, úlcera y CCR) tanto global como proximal aumenta con la edad. Con una prevalencia en nuestra muestra de CCR del 16%, sólo dos fueron en pacientes menores de 45 años, ninguno de ellos proximal. Parece, por lo tanto, que en pacientes jóvenes bien seleccionados puede ser suficiente con la realización de una rectosigmoidoscopia.

4. MANEJO DEL PACIENTE CON RECTORRAGIA

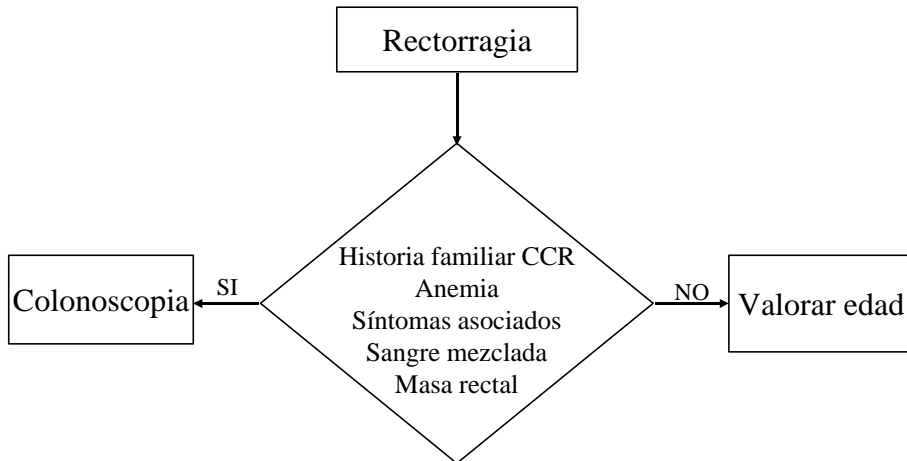
La decisión de la prueba más apropiada debe ser individualizada a cada caso. A continuación se muestra en tres diapositivas el algoritmo propuesto para el manejo del paciente con rectorragia. Como vemos, lo más importante es una buena anamnesis y

exploración física “buscando excusas” para la realización de una colonoscopia completa. Si no encontramos razones iniciales para colonoscopia entra en juego el factor edad a partir del cual, y teniendo en cuenta las características particulares de cada paciente, debemos tomar la decisión. Si el paciente es joven podremos realizar una anoscopia o una rectosigmoidoscopia según el caso. En el caso de un paciente mayor de 45 años probablemente está indicado, en el contexto de una consulta de Atención Especializada, indicar directamente la realización de una colonoscopia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Talley NJ, Jones MJ. Self-reported rectal bleeding in a United States community: prevalence, risk factors, and health care seeking. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2179-83
2. Crosland A, Jones R. Rectal bleeding: prevalence and consultation behaviour. *BMJ* 1995;486-8
3. Wauters H, Van Casteren, Buntinx F. Rectal bleeding and colorectal cancer in general practice: diagnostic study. *BMJ* 2000;321:990-9
4. Dougek M, Wickramasinghe M, Clifton MA. Does isolated rectal bleeding suggest colorectal cancer?. *Lancet* 1999;354:393
5. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the patient with lower gastrointestinal bleeding: Guidelines for clinical application. *Gastrointest Endosc* 1988;34:23S-5S
6. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente con rectorragia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano;2002
7. Lieberman DA, De Garmo PL, Fleischer DE, et al. Patterns of endoscopy use in the United States. *Gastroenterology* 2000;118:619-24
8. Mulcahy, HE, Patel RS, Postic G, et al. Yield of colonoscopy in patients with nonacute rectal bleeding: a multicenter database study of 1766 patients. *Am J Gastroenterol* 2002;97:328-33
9. Taffinder NJ, Gould SWT, Wan ACT, et al. Rigid videosigmoidoscopy vs conventional sigmoidoscopy. A randomized controlled study. *Surg Endosc* 1999;13:814-816
10. Lieberman DA, Weiss DG, Bond JH, et al. Use of colonoscopy to screen asymptomatic adults for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2000;343:162-8
11. Winawer SJ, Stewart ET, Zauber AG, et al. A comparison of colonoscopy and double-contrast barium enema for surveillance after polypectomy. *N Engl J Med* 2000;342:1766-72
12. Hough DM, Malone DE, Rawlinson J, et al. Colon cancer detection: an algorithm using endoscopy and barium enema. *Clin Radiol* 1994;49:170-5
13. Gatto NM, Frucht H, Sndararajan V, et al. Risk of perforation after colonoscopy and sigmoidoscopy: a population-based study. *J Natl Cancer Inst* 2003;95:230-6
14. Cantero J, Valbuena M, Briz MR, et al. Índice de complejidad y análisis de los costes de las endoscopias digestivas en un hospital universitario. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:71-8
15. Fine KD, Nelson AC, Ellington RT, et al. Comparison of the color of fecal blood with the anatomical location of gastrointestinal bleeding lesions: potential misdiagnosis using only flexible sigmoidoscopy for bright red blood per rectum. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3202-10
16. Segal WN, Greenberg PD, Rockey DC, et al. The outpatient evaluation of hematochezia. *Am J Gastroenterol* 1998;93:179-182
17. Van Rosendaal GMA, Sutherland LR, Verhoef MJ, et al. Defining the role of fiberoptic sigmoidoscopy in the investigation of patients presenting with bright red rectal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2000;95:1184-87
18. Eckardt VF, Schmitt T, Kanzler G, et al. Does scant hematochezia necesítate the performance of total colonoscopy?. *Endoscopy* 2002;xx:599-603

Manejo del paciente con rectorragia



Manejo del paciente con rectorragia

