

Rectorragias

E. Pommaret, D. Bouchard

La emisión de sangre por el ano suele deberse a causas anorrectales benignas, pero es un motivo de ansiedad en el paciente. La anamnesis y la exploración física son elementos clave para la orientación etiológica. La colonoscopia sigue siendo la prueba de referencia para establecer el diagnóstico etiológico de las rectorragias. La valoración de la gravedad y la repercusión hemodinámica son indispensables en la actitud diagnóstica y terapéutica. Las principales causas son los tumores, las enfermedades inflamatorias del intestino, los divertículos y las causas proctológicas.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Rectorragias; Hemorroides; Divertículos; Angiodisplasias; Colitis; Rectitis; Anemia

Plan

■ Introducción	1
■ Generalidades	1
■ Anamnesis/exploración física	1
■ Valoración de la gravedad	2
■ Pruebas diagnósticas iniciales para buscar la causa del sangrado	2
Búsqueda de sangre en las heces	2
Anoscopia	2
Rectoscopia con tubo rígido	2
Rectosigmoidoscopia	2
Colonoscopia	2
Angiotomografía computarizada	2
Arteriografía	2
■ Sangrado a repetición de abundancia media a baja	2
Causas anales	2
Causas rectocólicas	3
■ Sangrado agudo abundante	4
Causas cólicas	4
Causas anales	4
Causas rectales	5
Otras causas	5

■ Introducción

Las rectorragias constituyen un frecuente motivo de consulta en gastroenterología. Bajo este término, se encuentran todas las formas de emisión de sangre roja por el ano independientemente de su origen y de su cantidad. Por lo tanto, se incluyen desde simples trazas de sangre en el papel higiénico hasta la hemorragia digestiva masiva complicada por un shock hemorrágico.

■ Generalidades

El sangrado es el resultado de una herida, incluso mínima, del epitelio de superficie.

Puede estar favorecido o empeorar por trastornos de la hemostasia primaria (enfermedad de Willebrand, insuficiencia hepatocelular, trombocitopenia) o secundaria (toma de anticoagulantes o de antiagregantes).

Deben diferenciarse las rectorragias de las melenas, que corresponden a sangre digerida mezclada con las heces dando un aspecto de heces negras malolientes. Es el resultado de la oxidación de la hemoglobina que ha permanecido al menos 8 horas en el tubo digestivo. El sangrado proviene generalmente del tracto digestivo situado por encima del ángulo cólico derecho. Se trata de un episodio casi siempre agudo con desglobulización concomitante.

Los estudios epidemiológicos en el paciente son escasos. En 2008, la Association Nationale des Gastro-entérologues des Hôpitaux Généraux (ANGH) publicó un estudio epidemiológico prospectivo sobre hemorragias digestivas bajas [1]. En un total de 1.065 pacientes con hemorragia digestiva baja (93,5% de rectorragias), la edad promedio era de $71,5 \pm 16,8$ años, con una proporción por sexos aproximada de 1:1. La hemorragia era comunitaria en el 89,1% de los casos, y el 60,3% de los pacientes estaban siendo tratados con un medicamento susceptible de favorecer un sangrado (antiinflamatorios no esteroideos [AINE]: 10,9%; aspirina y/o antiagregantes en mono o biterapia: 33,5%; antivitaminas K [AVK]: 21,2%; heparina o heparina de bajo peso molecular [HBPM]: 6,9%). La mortalidad hospitalaria fue del 3,1%, con la gravedad de la hemorragia como factor predictivo.

La endoscopia inicial baja fue contributiva en el 64,4% de los casos. La etiología observada fue diverticular (21,3%), isquémica (8,3%) hemorroidal (8%) y tumoral (3,6%).

Un segundo estudio retrospectivo durante 18 años en pacientes ingresados en un servicio de cirugía en Estados Unidos permitió estudiar 1.112 pacientes ingresados por hemorragia digestiva baja [2]. Las rectorragias representaron el 55,5%, con un sangrado diverticular, hemorroidal y tumoral, respectivamente, en el 33,5, 22,5 y 12,7% como origen de la hemorragia.

■ Anamnesis/exploración física

La anamnesis permite precisar:

- la cantidad del sangrado: trazas en el papel higiénico, salpicadura en el inodoro con heces normales, presencia de coágulos;

- el ritmo: con la deposición, en la ropa interior, independiente de las heces;
- la frecuencia: en episodios de estreñimiento, con cada defecación, separado de la emisión de heces, primer episodio;
- síntomas asociados: dolor con la deposición, prolapso hemorroidal, trastornos del tránsito, presencia de moco, dolor abdominal, alteración del estado general;
- factores favorecedores: toma de anticoagulante y antiagregantes, de AINE;
- el contexto: comorbilidades, antecedente de radioterapia pélvica, posible realización de colonoscopias anteriores, antecedentes familiares de pólipos o tumores anorrectales;
- signos de gravedad: disnea, astenia, malestar, presencia de anemia

Mediante la exploración física se buscan signos de gravedad de las rectorragias (palidez cutaneomucosa, taquicardia, hipotensión, polipnea). Incluye sistemáticamente una exploración abdominal y proctológica. Con la palpación se puede detectar dolor abdominal y una masa palpable. La exploración proctológica se realiza mejor en posición genupectoral con separación de los pliegues en radio. A continuación se realiza el tacto, primero anal y después rectal. Lo ideal es realizar una anoscopia que complete el tacto.

■ Valoración de la gravedad

En la actualidad, ninguna escala permite definir la gravedad de una hemorragia digestiva baja. La anamnesis permite cuantificar el sangrado en función de la existencia de sangrado en el inodoro, coágulos o emisión de sangre independiente de las heces. Por el contrario, el sangrado en el papel higiénico tras la emisión de heces es un dato tranquilizador.

Así mismo, se puede aplicar también la repercusión hemodinámica para valorar la gravedad (presión arterial inferior a 100 mmHg y/o un pulso superior a 100/min y/o un hematocrito inferior al 35% y/o una tasa de hemoglobina inferior a 10 g/dl y/o el número de eritrocitos necesario para transfundir para restablecer una hemodinámica satisfactoria). El malestar puede constituir también un signo de gravedad, aunque se trate de un simple malestar vagal por la visión de la sangre. El sangrado importante agudo es peor tolerado; el paciente muestra rápidamente astenia, disnea y taquicardia. Por el contrario, un sangrado de repetición de larga evolución puede provocar anemia, en ocasiones importante, pero con frecuencia bien tolerada.

Por lo tanto, en casi todos los casos, se solicita un hemograma sanguíneo.

■ Pruebas diagnósticas iniciales para buscar la causa del sangrado

Búsqueda de sangre en las heces

Esta prueba no presenta interés alguno en el tratamiento de las rectorragias, ya que el diagnóstico clínico de sangrado ya se ha establecido con la anamnesis.

Anoscopia

Mediante la anoscopia se busca ante todo una patología hemorroidal (prolapso o trombosis hemorroidal esfacelada) y una fisura anal. Con el tacto rectal se busca una masa tumoral del recto inferior y la presencia de sangre en el dedil, prueba de un sangrado activo. La anoscopia completa la exploración para valorar la red hemorroidal interna y la exploración de la mucosa del recto inferior.

Rectoscopia con tubo rígido

Esta prueba completa la anoscopia. Permite explorar el recto hasta el ángulo rectosigmoideo o hasta 15 cm aproximadamente del margen anal.

Rectosigmoidoscopia

En la urgencia, es la prueba de elección para establecer una etiología del sangrado y, en caso necesario, llevar a cabo un acto terapéutico. Se realiza sin anestesia tras una sencilla limpieza de esta zona del colon con enema. La exploración permite visualizar el colon hasta el colon izquierdo, es decir la localización del sangrado en la gran mayoría de los casos. El lavado abundante durante la prueba permite explorar correctamente los diferentes segmentos. Se puede realizar un acto terapéutico en caso de sangrado activo aplicando en caso necesario un clip. Por el contrario, está contraindicado un tratamiento mediante coagulación por electrocoagulación o plasma de argón debido al riesgo de explosión ligado a la presencia de metano.

Colonoscopia

Es la prueba fundamental en la estrategia diagnóstica. Se realiza de urgencia en caso de hemorragia importante con el fin de realizar una hemostasia urgente (clips, esclerosis). Se recomienda efectuar una limpieza del colon por vía alta, completada en caso necesario por lavados rectales. Mediante la colonoscopia se busca un sangrado activo con coágulo adherente o vaso visible, úlceras peridiverticulares, inflamación de la mucosa y tumores. En urgencias, permite identificar el segmento del colon responsable del sangrado. La ausencia de sangre en el colon derecho e ileon sugiere un origen colorrectal distal.

En ausencia de urgencia, está recomendada la colonoscopia en caso de sangrados en un paciente mayor de 45 años de edad (recomendaciones de la Haute Autorité de Santé [HAS]). Antes de los 45 años, es más discutible su utilidad. Una causa proctológica identificada y compatible con la clínica puede justificar la no realización de la colonoscopia. En caso de signos abdominales asociados (dolor, trastornos del tránsito recientes), está indudablemente recomendada la colonoscopia. En un paciente joven con sangrados rojos episódicos aislados y con las deposiciones, se puede entonces recomendar como alternativa una rectosigmoidoscopia sin anestesia.

En caso de sangrados abundantes, se debe realizar de forma sistemática una endoscopia digestiva alta.

Sólo se plantea la realización de las demás pruebas complementarias tras efectuar una colonoscopia completa bien preparada.

Angiotomografía computarizada

Se solicita esta prueba en caso de sangrado abundante sin localización identificada en la colonoscopia, en particular en caso de divertículo de Meckel o de diverticulosis. En caso de sangrado activo localizado, el tratamiento es ante todo quirúrgico o radiológico mediante embolización.

Arteriografía

Se realiza por un radiólogo intervencionista en caso de sangrado activo y abundante, no controlado por vía endoscópica. Esta prueba se realiza con frecuencia tras una angiotomografía positiva, en vistas a un acto terapéutico mediante embolización.

■ Sangrado a repetición de abundancia media a baja (Fig. 1)

Causas anales

Los sangrados de origen proctológico son casi siempre sangrados de repetición, irregulares en el tiempo y con frecuencia relacionados con la defecación. El paciente debe precisar si observa sangre sólo en el papel higiénico o en el inodoro, más abundante entonces. La asociación con un prolapso hemorroidal o con dolor anal con la deposición sugiere un origen proctológico del sangrado. Se debe descartar también la asociación con trastornos del tránsito (estreñimiento, diarrea), ya que con frecuencia son responsables del desencadenamiento del sangrado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757810>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757810>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)