

## Utilidad de la colonoscopia en pacientes derivados desde Atención Primaria por rectorragia

A. Sánchez, C. Muñoz, L. Bujanda<sup>1</sup>, C. Iriondo, A. Gil-Molet, A. Cosme<sup>1</sup>, C. Sarasqueta<sup>1</sup> y M. Echenique-Elizondo<sup>2</sup>

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital San Eloy. Baracaldo. <sup>1</sup>Hospital Donostia. San Sebastián. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. Unidad Docente de San Sebastián. Guipúzcoa*

### RESUMEN

**Objetivos:** la rectorragia es frecuente en la población general. En la mayoría de las ocasiones está producida por patología anorrectal benigna. Nuestro objetivo era determinar la necesidad de realizar pruebas endoscópicas en pacientes con rectorragia.

**Pacientes y métodos:** se incluyeron de forma prospectiva durante tres meses todos los pacientes que eran derivados desde la Atención Primaria por rectorragia. En todos los pacientes se realizó historia clínica y exploración física que incluía tacto rectal, analítica básica y una colonoscopia.

**Resultados:** se incluyeron 126 pacientes con una edad media de 49,2 años (19-80). El tacto rectal fue anormal en 75 (59,5%). En 22 pacientes se encontró patología severa o positiva (lesiones neoplásicas, angiodisplasias y enfermedad inflamatoria intestinal); 10 pacientes pólipos, en 6 cáncer colorrectal y en 6 enfermedad inflamatoria intestinal. De los 63 pacientes menores de 50 años, 5 presentaron patología severa todos ellos con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Conclusiones:** la patología neoplásica en menores de 50 años con rectorragia es rara. Se debe realizar una rectoscopia en este grupo de edad para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.

**Palabras clave:** Rectorragia. Edad. Colonoscopia. Atención Primaria.

### INTRODUCCIÓN

La rectorragia o emisión de sangre roja por el ano es un motivo frecuente en las consultas de Atención Primaria y en las consultas de los especialistas en Aparato Digestivo. En una revisión realizada en 1992 se estimó que la frecuencia de rectorragia en la población general durante el año anterior a la realización de la historia clínica era del 20%, en los últimos 6 meses del 7-16% y en las últimas dos semanas del 2% (1-3). No obstante, la verdadera frecuencia de la rectorragia probablemente sea más elevada, ya que las personas no siempre examinan sus heces o el papel higiénico (4). A pesar de la elevada frecuencia de la rectorragia, los diferentes estudios estiman que sólo entre el 13 y el 45% de los pacientes con rectorragia consultan al médico y que los jóvenes son los que más consultan (5,6). Se calcula que por cada 1.000 consultas que atiende el médico de familia, de 4 a 6 son por rectorragia y que 0,8 son derivadas a la atención especializada (1). En nuestras consultas externas de atención especializada (datos no publicados), de 309 pacientes enviados por primera vez desde la Atención Primaria 29 lo eran por rectorragia (9%).

En los pacientes con rectorragia mayores a 50 años se aconseja la realización de alguna prueba endoscópica (sigmoidoscopia-colonoscopia) por el riesgo de presentar lesiones importantes en el colon, fundamentalmente el cáncer colorrectal (CCR).

En los pacientes menores de 40 años con rectorragia sin factores de riesgo y patología benigna en la inspección y/o tacto rectal, la mayoría de los estudios y guías de práctica clínica como la última publicada por la Asociación Española de Gastroenterología, aconsejan no realizar pruebas endoscópicas (7). En caso de no encontrar patología anal se recomienda realizar una anoscopia. En este grupo de pacientes la mayoría de las veces se debe a patología benigna anorrectal (hemorroides y fisuras), y excepcionalmente, a patología colónica severa como enfermedad inflamatoria intestinal y tumores malignos.

Nuestro objetivo era determinar la etiología de la rectorragia en pacientes derivados desde Atención Primaria y la utilidad de la colonoscopia en estos pacientes.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se incluyeron de forma prospectiva durante tres meses todos los pacientes que eran derivados desde Atención Primaria por rectorragia. La población en nuestra área de salud es de 133.000 habitantes. En todos los pacientes se realizó una historia clínica y exploración física que incluía tacto rectal, así como una analítica básica (glucosa, urea, creatinina, AST, ALT, iones), hemograma, velocidad de sedimentación globular y coagulación. Se excluyeron los pacientes con rectorragia severa o masiva (inestabilidad hemodinámica), los pacientes que habían consultado previamente por rectorragia o aquellos pacientes a los que se les había estudiado previamente el colon con alguna prueba endoscópica o radiológica.

La rectorragia era clasificada en dos tipos, benigna cuando era inicial; terminal cuando la sangre se depositaba en el papel higiénico o en forma de gotas tras la deposición; y mezclada cuando la sangre estaba mezclada con las heces. A los pacientes se les preguntaba por el número de episodios de rectorragia y la existencia de desencadenantes. Se consideraron factores desencadenantes la diarrea (3 o más deposiciones al día), el estreñimiento (3 o menos deposiciones a la semana), los fármacos y la radioterapia. El tacto rectal era considerado normal cuando no se objetivaba patología en la inspección anal y en el tacto rectal.

A todos los pacientes se les indicaba realizar una colonoscopia total. Aquellos que la aceptaban firmaban un consentimiento de la exploración por escrito.

La preparación de la colonoscopia se realizaba con fosfosoda (8). La colonoscopia se realizaba con sedación (midazolán y buscapina).

El diagnóstico endoscópico era considerado como positivo o severo cuando los pacientes presentaban pólipos mayores a 0,5 cm, CCR, enfermedad inflamatoria intesti-

nal o angiodisplasias. En el resto de los casos se consideraba negativa o no severa.

Se consideraron pacientes de riesgo aquellos con antecedentes familiares directos de CCR (padres, hermanos o hijos), los que tomaban anticoagulantes, pacientes con alteraciones analíticas, los que asociaban dolor abdominal o alteración en el ritmo intestinal, los pacientes inmunodeprimidos (virus de la inmunodeficiencia humana) y los pacientes que asociaban enfermedades graves (cardiopatía, insuficiencia renal, hepatopatía, coagulopatía). No se consideraron como factores de riesgo la hipertensión arterial, diabetes y dislipemia. La toma de antiinflamatorios no esteroideos u otros fármacos se analizó de forma separada.

El protocolo era aprobado por el comité de ensayos de nuestro hospital.

## Análisis estadístico

La  $\chi^2$  era utilizada para variables dicotómicas. La t de Student era utilizada para variables continuas. Valores de  $p < 0,05$  eran consideradas como estadísticamente significativos.

## RESULTADOS

En total se incluyeron 136 pacientes derivados desde Atención Primaria por rectorragia. De ellos se excluyeron 10 pacientes, 6 por no aceptar la realización de la colonoscopia y 4 por haber consultado previamente por esta patología.

De los 126 pacientes incluidos, 80 eran hombres y 46 mujeres. La edad media fue de 49,2 años (19-80), de ellos 63 pacientes eran mayores de 50 años. La rectorragia fue benigna en 109 (86,5%) y mezclada con las heces en 17 (13,5%). El tacto rectal fue normal en 57 (40,5%) y anormal en 75 (59,5%) (Tabla I). El tiempo medio de comienzo de la rectorragia fue de 10 meses (1-120 meses) y el 47,6% de los pacientes (59 pacientes) tenían menos de 6 episodios de rectorragia. En 85 pacientes (67,5%) no hubo desencadenante previo. En el resto, 41 pacientes (32,5%), los desencadenantes más frecuentes fueron: en 27 estreñimiento, en 7 diarrea, en 4 alternancia diarrea-estreñimiento, en 2 fármacos y en uno radioterapia. En 36 pacientes (28,5%) había factores de riesgo: 12 antecedentes familiares de CCR, 9 enfermedades graves, 8 dolor abdominal o alteración del ritmo intestinal, 6 alteraciones analíticas (3 anemia, uno velocidad de sedimentación globular alta y uno fibrinógeno alto) y en un paciente síndrome constitucional. Los pacientes que tomaban AINE, intermitentemente o de forma continua, eran 22 y 41 pacientes tomaban algún tipo de fármaco de forma periódica (más de 4 días a la semana).

En 104 pacientes (82,5%) se realizó colonoscopia completa hasta ciego, encontrando en 22 patología severa: en 10 pólipos, en 6 CCR y en 6 EII (Tabla II). Los pacientes mayores de 50 años y aquellos con factores de

**Tabla I. Hallazgos en la inspección y tacto rectal según la edad**

Hallazgos	≤ 50 años	> 50 años	Nº pacientes (%)
Ninguno	27 (42,8%)	24 (38%)	51 (40,5%)
Hemorroides internas	24 (38%)	20 (31,7%)	44 (35%)
Hemorroides externas	6 (9,5%)	10 (15,8%)	16 (13%)
Hemorroides mixtas	3 (4,7%)	6 (9,5%)	9 (7%)
Fisura anal	2 (3,1%)	3 (4,7%)	5 (4%)
Hemorroides internas + orificio fistuloso	1 (1,5%)		1 (0,5%)

**Tabla II. Factores de riesgo, patología grave y su localización según la edad**

Edad	≤ 50 años	> 50 años
Factores de riesgo	12 (19%)	24 (63%)
AF de CCR	8	4
Alteraciones analíticas	3	3
Enfermedades graves	1	8
Dolor o alter RI	0	8
S. constitucional	0	1
AINE	4 (6%)	18 (29%)
Otros fármacos	8 (12%)	33 (52%)
Patología grave	5 (8%)	17 (23%)
EII1	5	1
Tumoral pólipos	0	10
CRC	0	6
Localización de la patología		
Recto	4 (80%)	5 (29%)
Sigma	1 (20%)	10 (59%)
Colon izquierdo		
Colon transversal		
Colon derecho		2 (12%)

riesgo tenían más riesgo de presentar patología neoplásica de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Ni el tiempo de evolución de la rectorragia ni los hallazgos en el tacto rectal se asociaron con un mayor riesgo de presentar patología severa.

En 10 pacientes se diagnosticaron pólipos entre 0,5 y 5 cm de tamaño y su localización fue 2 en recto, 7 en sigma y uno en colon derecho. La localización de los CCR fue 3 en recto y 3 en sigma. En 20 pacientes se diagnosticaron divertículos en el colon (18 de ellos tenían más de 50 años), los pacientes mayores de 50 años tenían de forma significativa más divertículos ( $p < 0,05$ ).

De los 63 pacientes menores de 50 años, 27 tenían un tacto rectal e inspección anal normal. Los hallazgos endoscópicos en estos pacientes fueron: en 22 hemorroides internas, en 1 hemorroides mixtas, en 2 colitis ulcerosa (uno con afectación rectal y otro recto-sigmoidea), en un paciente un micropólipo y en otro una hiperplasia linfoides en íleon. De los 36 pacientes menores de 50 años con tacto e inspección anormal, en 3 se diagnosticó colitis ulcerosa (2 con afectación rectal y otro con afectación recto-sigmoidea). De los 63 pacientes dos tenían divertícu-

los en el colon y 7 (11%) micropólipos (3 en recto, 3 en sigma y uno en colon transversal), ninguno tenía pólipos mayores de 5 mm.

De los 63 pacientes mayores de 50 años, el tacto rectal fue normal en 24 (38%) y anormal en 39 (62%). En la tabla I se reflejan los hallazgos de la inspección y tacto rectal. De los 24 pacientes (38%) con tacto rectal e inspección anal normal los hallazgos endoscópicos fueron en 16 (67%) hemorroides internas y en 8 (33%) patología severa. De estos últimos 2 presentaban CCR (las dos en recto a 9 y 10 cm) y en 6 pólipos entre 1 y 5 cm localizados uno en recto y 5 en sigma. De los 39 (62%) con tacto e inspección anormal en 9 (23%) se diagnosticó patología severa. De estos últimos, 4 pacientes con CCR (uno en recto y tres en sigma), en 4 pacientes pólipos (uno en recto, dos en sigma y uno en colon derecho, entre 0,5 y 2 cm de tamaño) y un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa con afectación de únicamente ciego (biopsias de íleon normales). De los 63 pacientes, 18 (29%) tenían diverticulosis y en 9 (14%) micropólipos (2 en recto, 3 en sigma, 1 en colon transversal, 1 en ciego y dos varios micropólipos por todo el colon), en ninguno de ellos se encontraron CCR o pólipos mayores a 5 mm.

## DISCUSIÓN

La etiología más frecuente de la rectorragia en todos los grupos de edad y series publicadas son las hemorroides, oscilando entre un 27 a un 72% (9,10). En nuestro grupo el 55% de los pacientes presentaban hemorroides. Otras causas observadas en mayores de 40 años son los pólipos, entre un 13 y un 22%, y el CCR entre el 1,2% y un 22% (11,12). En nuestro grupo no se encontró ningún paciente con pólipos o CCR en menores de 51 años, mientras que un 16% de los mayores de 50 años presentaban pólipos y un 9,5% CCR. Entre los factores de riesgo que se asocian al CCR están la edad (mayores a 50 años) y la sangre mezclada con las heces (1-3,5-7,9-14). También la mayoría de los autores coinciden en que el número de episodios de rectorragia (más de 5) o la cantidad de sangre (> 5 cc) no son factores de riesgo (2,12). Otros factores de riesgo discutidos o contravertidos son la disminución del calibre de las heces (12) y la evolución corta de la rectorragia (2). La mayoría de los estudios no analizan otros factores de riesgo como alteraciones analíticas, toma de AINE, presencia de dolor abdominal o fiebre, etc.

La EII fue la segunda causa de patología severa en nuestro estudio y sobre todo en los menores de 51 años (8%). Algunos estudios observan cómo esta patología está presente entre el 6 y 16% de los pacientes con rectorragia (15).

Otras causas de rectorragia son la colitis isquémica, los divertículos y las lesiones vasculares, fundamentalmente angiodisplasias. En nuestro estudio no hubo ningún paciente con colitis isquémica probablemente debido a que los pacientes estudiados eran pacientes ambulatorios.

rios y se excluyeron los pacientes que acudían al hospital o presentaban hemorragias severas. Tampoco encontramos ningún paciente con angiodisplasias debido a que generalmente estos pacientes se presentan con anemia crónica o hemorragias severas. Los divertículos fueron un diagnóstico frecuente en mayores de 50 años, sin embargo, en ningún caso se atribuyó como causa del sangrado. En el estudio de Acosta y cols. (15) la presencia de divertículos se observó en el 2% de los pacientes menores de 40 años, similar a nuestros resultados (3% menores de 51 años).

También, al igual que otros estudio observamos cómo la mayoría de las lesiones (91%) se encontraban distal-

mente al ángulo esplénico, sobre todo, en recto y sigma (9,14,16,17). En algunas series hasta el 95% de las causas están distalmente al ángulo esplénico (9). En nuestro estudio sólo un paciente estudiado por rectorragia presentó un pólipo proximalmente a ángulo esplénico (colon derecho), el resto de la patología neoplásica se encontró en recto y sigma (15 casos).

En conclusión, pensamos que en pacientes con rectorragia mayores de 50 años y en aquellos con cualquier factor de riesgo independientemente de la edad se debe realizar endoscopia, por lo menos, hasta ángulo esplénico. En los pacientes menores de 50 años se debe realizar una rectoscopia para descartar una EII.