



Sangrado transrectal y masa rectal

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Felipe De La Veja Urbina,[‡]
Ramiro Esteban Mejía Nogales,[‡] Ricardo Barinagarretería Aldatz[§]

Paciente femenino de 62 años que acude con una evolución de 4 meses con pérdida de peso y sangrado transrectal. En su abordaje diagnóstico sus médicos decidieron realizar estudios de ultrasonido transrectal (USTR), colonoscopia y además TC multifásica.

En las *figuras* del USTR (*Figura 1*) se delimita tumoración rectal, localizada hacia la pared lateral derecha, aproximadamente a 10 cm del margen anal, con una longitud de 3.5 cm y un grosor de 1.2 cm comprometiendo tejido subepitelial hasta la muscular

propia, sin invadir grasa perirrectal identificándose ganglio en grasa perirrectal. En base a esos hallazgos se estableció la posibilidad de malignidad con una clasificación uT2-uN1.

La colonoscopia (*Figura 2*) con control electrónico de cromoendoscopia (NBI, no mostrada) confirmó a 4 cm de la línea pectina la presencia de lesión de aspecto polipoides, con pérdida de la organización superficial, de 4 cm en sus dimensiones sugerente de adenoma vellosos con carcinoma intraductal.

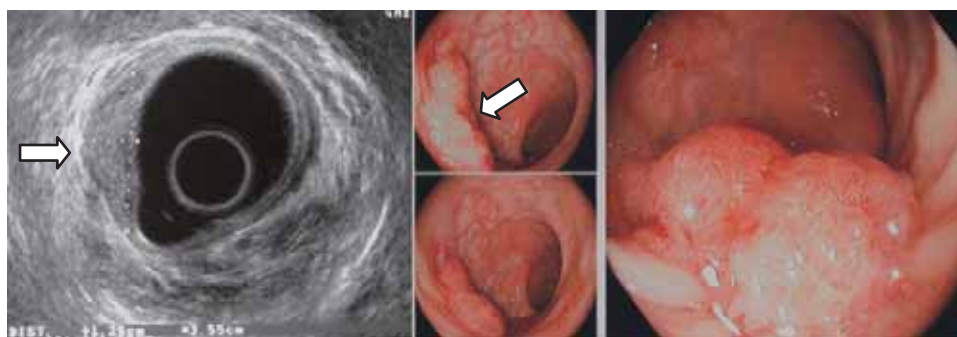


Figura 1.

Figura 2.

* Médico Radiólogo, adscrito al Departamento de Radiología e Imagen.

[‡] Cirujano General, adscrito al Departamento de Cirugía General.

[§] Médico endoscopista, adscrito al Departamento de Endoscopia.

Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Departamento de Radiología e Imagen

Hospital Ángeles Pedregal

Camino a Santa Teresa 1055, Col. Héroes de Padierna, 10700 México, D.F.

Correo electrónico: gamottar@yahoo.com.mx

Aceptado: 17-01-2011.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

En estudios de extensión, la TCMD abdominopélvica (Figuras 3 a-d), demostró la lesión rectal en imágenes axiales, en fase simple, arterial postcontraste rectal y en reconstrucción multiplanar sagital y coronal.

Se decidió abordaje laparoscópico para la resección abdominoperineal del colon descendente, recto y ano lo que permitió establecer por histopatología el que la lesión rectal correspondió a adenoma papilar (pólipo vellosos) con displasia severa-carcinoma *in situ* sin evidencia de infiltración.

SANGRADO TRANSRECTAL Y MASA RECTAL¹⁻³

El sangrado que emana de una fuente distal al ligamento de Treitz es definido como sangrado gastrointestinal bajo (SGIB). En un 80% del total se detendrá espontáneamente, con un riesgo de resangrado del 25%. Pese a los avances en el diagnóstico, en 10% de los casos la localización del sangrado no puede ser identificada. Estadísticamente el SGIB es más frecuente en hombres y en pacientes de la tercera edad. La edad media de los pacientes varía entre 63 y 77 años. Los pacientes con SGIB requieren con más frecuencia cirugía que los que presentan SGIA, con una mortalidad del 5% y que se incrementa al 15%, si se requiere transfusión de 2 o más unidades de sangre. La forma más común de presentación clínica es hematoquezia, aunque puede verse también melena, inestabilidad hemodinámica, anemia y dolor abdominal. En la mayoría de los casos no hay síntomas de dolor abdominal. Es importante incluir en

la historia clínica la frecuencia del sangrado, el color y la presencia o ausencia de coágulos, la historia de ingesta de fármacos, así como realizar siempre el tacto rectal.

La colonoscopia es segura, con morbilidad 0.3 a 0.1% de pacientes a quienes se realiza la perforación, es la complicación más común y ocurre en 1% de pacientes y la eleva a 3% en pacientes a quienes se realizan procedimientos terapéuticos. La eficacia diagnóstica de la colonoscopia va del 72 al 86% y si se logra pasar por la válvula ileocecal en 95% de intentos. Es diagnóstica y terapéutica y disminuye la estancia intrahospitalaria y en el 90% de casos es el único estudio necesario.

Entre las causas de SGIB se encuentra la diverticulosis, el 17% de pacientes con diverticulosis sangran, lo cual constituye la primera causa de hospitalización por SGIB con hematoquezia, en el 76% de los pacientes se detendrá espontáneamente el sangrado y no requerirán intervención adicional. El tratamiento endoscópico incluye cauterización, inyección epinefrina y uso de clips hemostáticos, con un índice de resangrado del 15%. Las malformaciones arteriovenosas son causas comunes de sangrado en pacientes ancianos, el término MAV incluye ectasias vasculares, angiomas y angiodisplasias, resultan de la obstrucción de bajo grado de venas submucosas y provocan la formación de comunicaciones arteriovenosas, son más comunes en el ciego, endoscópicamente se ven como lesiones planas, rojas, brillantes, típicamente el sangrado es crónico, lento e intermitente, se detiene de manera espontánea en 85-90% de casos y recurre

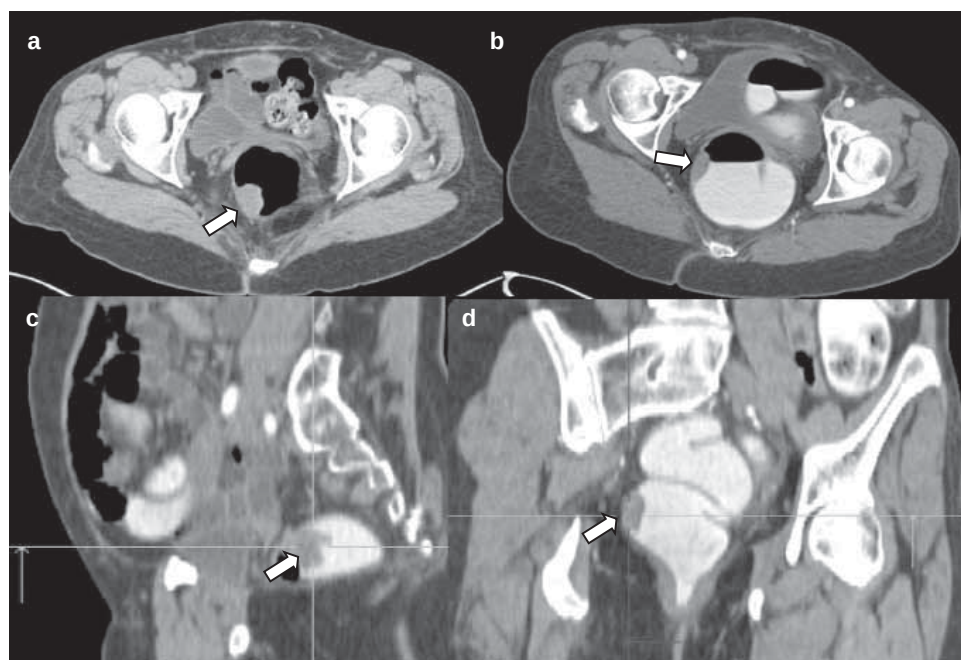


Figura 3.

en 25-85%, por lo que debe darse manejo quirúrgico o colonoscópico a toda MAV identificada.

Las neoplasias constituyen 7-33% de casos de hemorragia colónica, generalmente debidas a pólipos o secundario a su extracción, las hemorroides constituyen la primera causa de sangrado en pacientes ambulatorios, debe descartarse pese a diagnosticarse la no existencia de causas intracolónicas de sangrado, otras causas menos comunes constituyen la proctitis por radiación y el síndrome de la úlcera rectal solitaria.

REFERENCIAS

1. Walsh JM, Salazar R, Terdiman JP, Gildengorin G, Perez-Stable EJ. Promoting use of colorectal cancer screening tests. Can we change physician behavior? *J Gen Intern Med* 2005; 20: 1097-1101.
2. Márquez-Villalobos FO, Ambriz-González G, Romo-Sandoval HV, Velázquez-Ramírez GA, Álvarez-Villaseñor AS, González-Ojeda AA. Predictores clínicos de etapificación en cáncer colorrectal. *Cir Ciruj* 2008; 76: 311-315.
3. Majumdar SR, Fletcher RH, Evans AT. How does colorectal cancer present? Symptoms, duration, and clues to location. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 3039-3045.