

**Adriana  
Cacho González,<sup>1</sup>  
Sergio  
Mondragón Becerril,<sup>2</sup>  
Arturo  
Fajardo Gutiérrez<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Radióloga,  
Departamento  
de Ultrasonido,  
Hospital de Oncología  
<sup>2</sup>Urólogo,  
Departamento  
de Urología,  
Hospital de Oncología  
<sup>3</sup>Jefe de la Unidad  
de Investigación Médica  
en Epidemiología Clínica,  
Hospital de Pediatría

Adscritos al  
Centro Médico Nacional  
Siglo XXI,  
Instituto Mexicano del  
Seguro Social  
Distrito Federal

Comunicación con:  
Arturo  
Fajardo Gutiérrez.  
Teléfono y fax:  
5627 6942.  
Correo electrónico:  
afajardo@servidor.unam.mx

# **Sangrado rectal profuso por biopsia transrectal de próstata guiada con ultrasonido. Un caso y revisión de la literatura**

## **RESUMEN**

La biopsia de próstata (BP) es un procedimiento de uso amplio y generalmente las complicaciones posteriores a su realización son mínimas y de poca gravedad; sin embargo, en una baja proporción (menos de 1 %) puede provocar sangrado rectal profuso, complicación que pone en peligro la vida del paciente. Se expone el caso de un hombre de 49 años de edad a quien se le realizó BP por niveles altos de antígeno prostático específico (5 ng/mL) y fracción libre de 18 % (referencia mayor de 26 %); al tacto rectal se encontró glándula prostática de 35 g, adenomatosa, con ligero aumento de la consistencia hacia el ápex. Posterior a la BP el paciente presentó sangrado rectal profuso que le causó choque hipovolémico. Ingresó a urgencias dos horas después de la biopsia, fue puesto en reposo absoluto y se le trató con soluciones mixtas. A diferencia de lo señalado en la literatura, no hubo necesidad de realizar procedimiento quirúrgico para detener el sangrado. Concluimos que el paciente sometido a una BP debe permanecer sentado aproximadamente entre 15 y 30 minutos posterior al procedimiento, con el objetivo de determinar si hay sangrado profuso y, dada la ocasión, dar un tratamiento lo más pronto posible; en algunos casos sólo son necesarios la observación y el reposo absoluto.

## **SUMMARY**

Prostatic biopsy (PB) is a procedure of broad use; complications that occur after implementation are minor and in general of little severity. However, in a low proportion of cases (< 1 %) there can be present profuse rectal bleeding, a complication that endangers the life of patients. We present the case of a male of 49 years of age on whom PB was carried out due to high levels of specific prostatic antigen. The patient presented after the procedure profuse rectal bleeding that caused hypovolemic shock. The patient was admitted to the emergency service two hours after the biopsy, put on absolute rest, and hypovolemic shock was treated with mixed solutions. No endoscopy study was performed because there was no evidence of rectal bleeding and he was discharged without bleeding evidence. Unlike what is reported in the literature, there was no need for carrying out a surgical procedure to restrain bleeding. We can conclude that patients submitted to PB are recommended to attend accompanied and must rest and remain seated after the procedure for at least 15 to 30 minutes. In addition, a conservative attitude is a recommendable option if the patient develops profuse rectal bleeding and stabilizes only with volume restitution, provided that hematochezia stops; otherwise, invasive maneuvers must be carried out.

## **Palabras clave**

- ✓ próstata
- ✓ biopsia de próstata
- ✓ sangrado rectal

## **Key words**

- ✓ prostate
- ✓ prostatic biopsy
- ✓ bleeding

## Introducción

A pesar del valor innegable que tiene la biopsia de próstata guiada mediante ultrasonido transrectal para el diagnóstico de cáncer de próstata, no está libre de complicaciones que ponen en peligro la vida de los pacientes. En general, las complicaciones posteriores a la biopsia son menores (8 a 11 %); entre ellas destacan dolor en el sitio de la biopsia, hematuria (mínima a moderada), hematospermia, disuria, infección urinaria, dificultad para orinar, retención urinaria, fiebre y sangrado rectal mínimo.<sup>1</sup> Sin embargo, en un bajo porcentaje (< 1 %) los pacientes pueden presentar complicaciones graves como infección anaeróbica fatal o sangrado rectal profuso.<sup>2-8</sup> El objetivo del presente artículo es informar de un paciente con sangrado rectal profuso posterior a biopsia de próstata.

## Informe del caso

Se describe el caso de un hombre de 49 años de edad a quien por screening de antígeno prostático específico (APE) le determinaron niveles de 5 ng/mL (valores normales  $\leq 4$  ng/mL) y 18 % de fracción libre de APE (valor normal  $\geq 26$  %). Al tacto rectal se encontró una glándula prostática aproximadamente de 35 g, adenomatosa, con ligero aumento de consistencia hacia el ápex del lado izquierdo, motivo por lo que se indicó la realización de biopsias prostáticas.

No tuvo antecedentes de diátesis hemorrágica ni ingesta reciente de antiinflamatorios no esteroides o anticoagulantes. Las pruebas de coagulación fueron normales y previa preparación con enemas evacuantes y administración de antibióticos profilácticos (ofloxacina), al paciente se le realizó biopsia de próstata guiada por ultrasonido transrectal. Se utilizó un ultrasonido ATL HD 3000 con transductor transrectal de alta resolución de banda ancha de 5 a 9 MHz; se realizaron cuatro biopsias con pistola automática tipo Biopty, con aguja de corte calibre 18. Sólo durante la cuarta se observó sangrado, aunque en poca cantidad, con lo cual se dio por terminado el procedimiento.

El paciente salió de la sala por su propio pie sin complicaciones aparentes ni dolor o malestar importante. Caminó aproximadamente du-

rante 25 minutos rumbo a su oficina. En el transcurso de la mañana presentó dos evacuaciones de sangre fresca abundante acompañadas de sintomatología del sistema nervioso autónomo compatible con estado de choque, por lo que fue trasladado al servicio de urgencias.

Presentaba palidez de tegumentos, sudoración, taquicardia, tensión arterial (TA) de 80/60 y sed intensa. Fue tratado con carga de solución salina (2000 mL) hasta su recuperación. Durante su estancia en observación, al paciente se le preguntó acerca de la presencia de hemorroides, a lo cual señaló que tres años antes le habían diagnosticado hemorroides mixtas grado II-III, pero después no había tenido sintomatología hemorroidal. El paciente fue dado de alta a las ocho horas de internado, con signos vitales normales y sin evidencia de sangrado. El nivel de hemoglobina (Hb) fue de 12.4 g/dL y hematócrito (Hto) de 37.1 %, a diferencia de cifras previas de 16.3 g/dL y 50.3 %, respectivamente.

## Comentarios

El paciente referido cursó con datos evidentes de sangrado rectal profuso posterior a biopsia rectal; es posible que haya sangrado entre 800 y 1000 mL, ya que su Hb disminuyó 3.9 g, lo cual provocó choque hipovolémico. En relación con la etiología es posible que se hubiera debido a lesión de las hemorroides, o que se hubiera lesionado alguna de las ramas de la arteria periférica de la próstata; sin embargo, se ha indicado que el sangrado por hemorroides puede ser de origen arterial más que venoso, ya que se han observado comunicaciones arteriovenosas en el *corpus cavernosum recti*.<sup>6</sup> Sin embargo, no puede soslayarse que la gran mayoría de los pacientes cursa con hemorroides y es poco frecuente el sangrado profuso en los individuos sometidos a biopsia de próstata.

En el caso presentado resulta interesante que, similar a lo informado en la literatura,<sup>4</sup> el sangrado cedió espontáneamente y no hubo necesidad de realizar maniobra endoscópica para aplicar soluciones vasoconstrictoras y suturar el sitio de sangrado, o aplicar algún medio mecánico como sondas de Foley para cerrar el vaso y detener el sangrado.<sup>4-8</sup>


Lo anterior hace suponer que dos mecanismos ayudaron a controlar el sangrado: uno, la homeostasia propia del paciente; el otro, la posición que adoptó en el sanitario (extensión de los miembros inferiores), con lo cual realizó hemostasia mecánica, porque el paciente ya no presentó hematoquezia. Esto indica que en algunos casos no es necesaria la utilización de métodos invasivos para controlar el sangrado.

Otro aspecto interesante es la génesis de la complicación: ¿hasta qué punto la falta de reposo posterior a las biopsias influyó en el incremento de la presión venosa pélvica, con la consiguiente vasodilatación y hemorragia? Ello podría parcialmente explicar lo sucedido, ya que pudo existir lesión de vasos arteriovenosos.

De lo anterior se desprende la siguiente recomendación a los pacientes que serán sometidos a biopsias de próstata: acudir acompañados y permanecer en observación por un tiempo mínimo de 15 a 30 minutos después del procedimiento. Por otra parte, una conducta conservadora es una opción plausible si el paciente se estabiliza únicamente con restitución de volumen, siempre y cuando ceda la hematoquezia; de no ser así, se deberá realizar alguna de las maniobras invasivas.

Finalmente, en los pacientes sometidos a biopsia de próstata no debe olvidarse que el desarrollo de una complicación grave, como el sangrado rectal profuso, puede poner en peligro la vida.

## Referencias

1. Djavan B, Waldert M, Zlotta A, Dobronski P, Seitz C, Remzi M, et al. Safety and morbidity of first and repeat transrectal ultrasound guided prostate needle biopsies: results of a prospective European prostate cancer detection study. *J Urol* 2001;166(3):856-869.
2. Brewster SF, Rooney N, Kabala J, Feneley RCL. Fatal anaerobic infection following transrectal biopsy of a rare prostatic tumor. *Br J Urol* 1993;72: 977-978.
3. Dauleh MI, Byrne DJ. Severe bleeding following transrectal Tru-cut prostatic biopsy. *Scan J Urol Nephrol* 1997;30:153-154.
4. Dunn IB, Underwood MJ, Kirk D. Profuse rectal bleeding after prostatic biopsy: a life-threatening complication dealt with simply. *BJU Int* 2000;86 (7):910.
5. Brullet E, Guevara MC, Campo R, Falco J, Prera A, Prats J, et al. Massive rectal bleeding following ultrasound-guided prostate biopsy. *Endoscopy* 2000;32(10):792-795.
6. Khan SA, Hu KN, Marder C, Smith NL. Hemorrhoidal bleeding following transrectal prostatic biopsy. Etiology and management. *Dis Colon Rectum* 1982;25(8):817-819.
7. Kinney TP, Kozarek RA, Ylvisaker JT, Gluck M, Jiranek GC, Weissman R. Endoscopic evaluation and treatment of rectal hemorrhage after prostate biopsy. *Gastrointest Endosc* 2001;53(1):117-119.
8. Strate LL, O'Leary MP, Carr-Locke DL. Endoscopic treatment of massive rectal bleeding following prostate needle biopsy. *Endoscopy* 2001;33(11): 981-984. 

**Adriana  
Cacho González et al.  
Sangrado rectal profuso  
por biopsia de próstata**