

## SANGRADO ANORRECTAL

Autores:

Instituto Humana (Coloproctología y Gastroenterología)

Dra. María Rosa Defagó M.P.Nº 12111/8 / Esp. en Gastroenterología M.E.Nº 3865

Dra. Alejandra Tornini M.P.Nº 35565/0 / Esp. en Cirugía General M.E.Nº 15059

Dr. Diego Daino M.P.Nº 37910/4 / Esp. en Gastroenterología M.E.Nº 16964

Dr. Zanon Gerardo M.P.Nº 26377/1 / Esp. en Cirugía General M.E.Nº 11088

Dra. Adriana A. Idoeta M.P.Nº 21034/0 / Esp. en Gastroenterología M.E.Nº 7864

Dra. Luciana Ferrer M.P.Nº 28745/1 / Esp. en Medicina Interna M.E.Nº 12729

Esp. en Gastroenterología M.E.Nº 16993

## 1.-Definición

Se define como **proctorragia** al paso de sangre roja por el ano, sola o al final de la evacuación no mezclada con materia fecal. Debe diferenciarse de **hematoquecia** que es el paso de sangre rojo-vinosa con o sin coágulos, junta o mezclada con materia fecal.

### 1.1 Prevalencia

Entre el 22-33% de los individuos presentarán algún episodio de proctorragia a lo largo de su vida, pero la verdadera frecuencia puede estar subestimada ya que solo del 13% al 45% de los pacientes consultan.<sup>(1)</sup>

La frecuencia de proctorragia en las consultas de atención primaria en Europa está entre el 4-6/1000 anual.

### 1.2 Clasificación y Hallazgos asociados

Causa	Prevalencia	Edad	Síntomas	Volumen	Otros
<b>Hemorroides</b>	Común	Cualquier	Locales	Pequeña	
<b>Fisura anal</b>	Común	Cualquier	Dolor evacuat.	Pequeña	
<b>Pólipos</b>	Común	Cualquier	Sin dolor	Pequeña	
<b>Neoplasia</b>	Común	Adulto	Sin dolor	Pequeña	Ant. fliar
<b>Enf.Inf.Intestinal</b>	Menos común	Jóvenes	Diarrea. Moco	Variable	
<b>Trauma</b>	Menos común	Cualquier	Dolor. Hemorragia	Variable	Accidente. Abuso .
<b>Cuerpo extraño</b>	Menos común	Cualquier	Dolor. Hemorragia	Variable	
<b>Radiación</b>	Menos común	Cualquier	Tenesmo. Diarrea	Pequeña	Anemia
<b>Endometriosis</b>	Menos común	Jóvenes	Dolor abdominal	Variable	Relación con menstruación
<b>Ulc. Solitaria</b>	Rara	Jóvenes	Constipación	Pequeña	Prolapso rectal
<b>Várices recto</b>	Rara	Cualquier	Hepatopatía	Importante	Hip. Portal
<b>GIST</b>	Rara	Cualquier	Sin dolor	Importante	
<b>Dieulafoy</b>	Rara	Cualquier	Dolor abdominal	Importante	

## 2.- Cuadro clínico

La consulta por sangrado ano-rectal es una de las más frecuentes, se presenta en todas las edades y en ambos sexos, es importante ya que puede ser la primera manifestación de un cáncer colo-rectal.

El manejo adecuado de pacientes con proctorragia requiere de una evaluación inicial que mantenga el equilibrio entre la necesidad de conocer el factor causal, realización de estudios diagnósticos y/o necesidad de derivación al especialista.

Siempre *evaluar primero* la estabilidad hemodinámica del paciente.

*Anamnesis.* ¿Qué preguntar cuando un paciente concurre con sangrado anorrectal?

- Características del sangrado-sangre roja, fresca, en gotas o en papel, separada de MF (proctorragia) -sangre mezclada con MF o con coágulos (hematoquecia)  
sangre roja abundante con aumento del peristaltismo (enterorragia)  
sangre negra, pegajosa, alquitranada, maloliente (melena)
- acompañada o no de dolor anal, el dolor aparece con la evacuación, cuánto dura o es continuo
- se asocia a bulto anal
- presencia de moco en la materia fecal
- tiempo de duración de los síntomas, alteración del ritmo intestinal, continuo o intermitente.
- antecedentes de relaciones sexuales sin protección
- antecedentes familiares de cáncer en cualquier localización
- antecedentes de radioterapia (Ca de próstata, Ca cuello uterino)
- hábito evacuatorio, frecuencia, consistencia de la materia fecal, necesidad de digitación

La presencia de sangre roja, fresca, sin dolor, relacionada con evacuaciones duras o líquidas debe hacernos pensar en patología *hemorroidal*, siendo esta la causa más frecuente de proctorragia en la consulta.

Cuando el sangrado se acompaña de dolor anal que comienza con la evacuación, aumenta rápidamente de intensidad, se mantiene por una hora o más post evacuación y luego comienza a disminuir en forma lenta, es característico de *fisura anal*. Si el dolor es continuo, y se exacerba con la evacuación debemos descartar *cáncer de ano o recto bajo*. Si el dolor es intenso, insoportable, de

reciente comienzo, pensar en *un absceso perianal*. Estos tipos de dolor son secundarios a irritación de los músculos esfinterianos.

Dolor no tan intenso asociado a bulto anal azulado, duro al tacto, de reciente comienzo debe hacernos pensar en *trombosis hemorroidal*, si bien no suelen presentar sangrado pueden en ocasiones sufrir un parto parcial del coágulo y ocasionar proctorragia.

La presencia de moco, con o sin sangre, acompañado de materia fecal en jóvenes nos hace pensar en *enfermedad inflamatoria intestinal*. Sangrado escaso, no asociado a evacuación y muchas veces acompañando un ano húmedo sospechar *fistula perianal*, pero siempre deberemos descartar patología tumoral a cualquier edad.

Antecedentes de relaciones sexuales sin protección puede orientarnos a *infecciones de transmisión sexual*.

Preguntar antecedentes familiares de cáncer nos ayuda a descartar síndromes como Poliposis adenomatosa familiar y Lynch. Preguntar siempre tipo de cáncer y edad de aparición.

El antecedente de radioterapia pelviana debe hacernos pensar en *rectitis actínica*.

El hábito evacuatorio de un paciente, nos solo nos orientará a posibles diagnósticos sino que nos permitirá pensar en patologías asociadas. La lectura durante la evacuación, el pujo desmedido (frecuente en la constipación) y la utilización periódica de enemas, son factores de congestión venosa anal.

### ***Etiología:***

Como ya hemos mencionado, la causa más frecuente de proctorragia se asocia a enfermedad hemorroidal.

## **3.- Estudios a solicitar**

### *Opcionales*

- Laboratorio: según el tiempo y magnitud del sangrado, cuando queremos descartar enfermedad asociada.
- Rectosigmoidoscopia siempre en pacientes menores de 40 años que no se pueda detectar el lugar del sangrado.
- Video colonoscopia con sedación profunda en todos los casos que no se pueda detectar el lugar del sangrado, o bien una vez tratado con buena respuesta, para pesquisa de cáncer colorectal.

- *Facultativos*

Estudios de mayor complejidad dependerán de la causa del sangrado.

#### 4.- Conducta inicial

Las estrategias diagnósticas y terapéuticas de un paciente ambulatorio con proctorragia se muestran en la siguiente figura:

**Examen anal:** consta de tres etapas, inspección, tacto rectal y finaliza con la anoscopía.

Debe ser cuidadoso, respetar el pudor y no generar dolor. Se recomienda el examen en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims). Se divide el ano en cuadrantes, ubicando la patología según las horas de un reloj; siendo hora 12 anterior y 6 posterior o coxígea. Separar los glúteos con cuidado para no generar dolor y así poder hacer un buen examen.

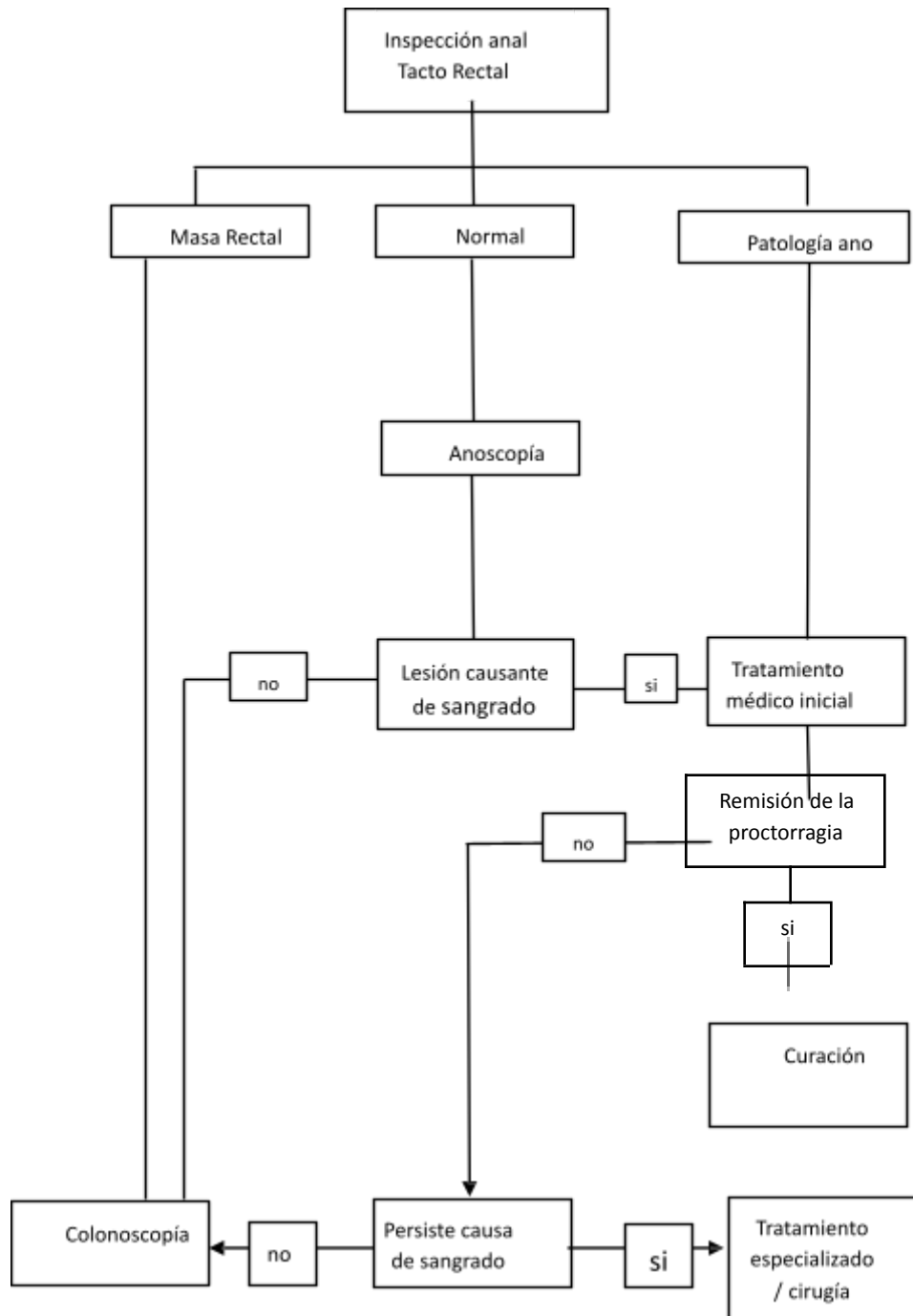
En la inspección evaluar presencia de cicatrices (cirugías previas), deformidades y abombamiento (abscesos), hemorroides externas simples o complicadas; congestivas, *trombosadas o fluxionadas*.

Es importante pedirle al paciente que puje para que se puedan exteriorizar hemorroides internas, prolapsos mucosos, evaluar aparición de fisura anal sin generar dolor durante el examen. Por lo general las fisuras primarias o por hipertonía esfinteriana, se ubican en hora 6 o posterior. La presencia de múltiples fisuras nos hará sospechar en traumatismo, violación o enfermedad inflamatoria intestinal. Uno o varios orificios cercanos al ano con presencia de pus con o sin sangrado, es una **fístula**.

**No realizar tacto** en presencia de dolor. El objetivo del tacto rectal es evaluar la tonicidad y anatomía esfinteriana, descartar tumor endoanal, rectal y perianal a través de una maniobra bidigital. Al retirar el dedo podremos valorar el color de las heces.

Si se dispone de **anoscopio**, se continúa el examen evaluando características de cada hallazgo.

**En todo sangrado anorrectal se debe descartar presencia tumoral, aún en jóvenes sin antecedentes familiares.**



### 5.-Niveles de atención

**Primer nivel:** anamnesis, examen físico y tratamiento.

**Segundo nivel:** ante la falta de respuesta a tratamiento médico inicial o sospecha de malignidad derivar al especialista.

## 6.- Control y seguimiento

Depende de la intensidad del sangrado, etiología y respuesta a tratamiento, puede hacerse control clínico en 7 a 30 días. El estudio endoscópico se repetirá según los hallazgos.

## 7.- Riesgo de iatrogenia

No sospechar un proceso maligno subestimando la proctorragia (cáncer de ano o recto).

La proctorragia prolongada es causa de anemia.

## 8.- Bibliografía

- 1.- Kumar R, Mills AM. Gastrointestinal bleeding. *Emerg Med Clin North Am* 2011;29:239-252
- 2.- Chait M. Lower gastrointestinal bleeding in the elderly. *World J Gastrointest Endosc* 2010;2(5):147-154
- 3.- Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 2006; 1309:165-171
- 4.- Strade L, Gralnek IM. ACG clinical guideline: Management of patient with acute lower gastrointestinal bleeding. *Am J Gastroenterol* 2016:1-16
- 5.- Barnert J, Messmann H. Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. *Nature Review Gastroenterol and Hepatol* 2009; 6:637-646
- 6.- Grupo de trabajo de la guía práctica clínica sobre rectorragia. Manejo del paciente. Barcelona 2007.

\* Gastroenterología M.P. Nº: 12.111/8 M.E. Nº: 3.865

\*\* Cirugía General M.P. Nº: 35.565/0 – Proctólogo M.E. Nº: 15.059

\*\*\* Gastroenterología M.P. Nº 37.910/4 – Endoscopia M.E. Nº: 16.964

\*\*\*\* Cirugía General – Proctólogo M.P. Nº: 26.377/1 M.E. Nº: 11.088

\*\*\*\*\* Gastroenterología M.P. Nº 21.034/0 M.E. Nº 7864

\*\*\*\*\* Gastroenterología M.P. Nº 28.746/1 M.E. Nº: 16993 – Medicina Interna M.E. Nº 12729

Grupo de Coloproctología y Gastroenterología Instituto Humana