

OBSERVACIONES

Indicar 2 objetivos
2-4 conceptos básicos

Indicar autor colaboración
audiovisual
Indicar cargo autor

Comentar las lecturas
recomendadas

Faltan palabras clave (máximo
15)

Faltan videos y ¿audio?

8.3 Rectorragias

C. Álvarez Laso

Colaboración audiovisual:
Autor colaboración nombre

OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Resumen.
CONCEPTOS BÁSICOS	<ul style="list-style-type: none">• Resumen.
LECTURAS RECOMENDADAS	<ul style="list-style-type: none">• Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 652-72.• Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2006; 130: 165-71.• Tan KK, Wong D, Sim R. Superselective embolization for lower gastrointestinal hemorrhage: an institutional review over 7 years. World J Surg. 2008; 32: 2707-15.• Manual AEC de Proctología para Atención Primaria. Disponible en: https://cirurgiahj23.files.wordpress.com/2016/06/proctologc3ada-en-atencic3b3n-primaria.pdf

OBJETIVO

El objetivo de este capítulo es por un lado documentar de forma práctica una serie de conceptos básicos sobre el síntoma de rectorragia y establecer un sencillo algoritmo de manejo clínico de estos pacientes.

El síntoma de la rectorragia tiene dos características de especial relevancia:

- Por un lado, es extremadamente frecuente, es un síntoma que se estima que lo sufre el 20% de la población anualmente, lo cual lo hace equiparable a otros grandes síntomas en medicina como la fiebre, el dolor abdominal o la tos.
- Aunque la mayor parte de las veces una rectorragia va a tener escasa trascendencia clínica, existen un pequeño porcentaje de pacientes que van a presentar este síntoma como parte de una enfermedad más grave entre las que están el cáncer colorrectal o la enfermedad inflamatoria intestinal.

Como objetivo de este capítulo está ayudar al clínico a atribuir la importancia y la trascendencia del síntoma y saber gestionar adecuadamente los recursos diagnósticos para optimizar los medios disponibles para el manejo.

CONCEPTOS BÁSICOS

- **Nomenclatura:**
 - Estrictamente la rectorragia es la emisión de sangre por el ano. Existen otros términos que pueden utilizarse para referirse a este síntoma y que tienen algunas peculiaridades:
 - *Hemorragia digestiva baja:* se refiere a toda hemorragia digestiva que se produce a partir del ángulo de Treitz, suele manifestarse en forma de rectorragia, sobre todo si es muy aguda pues la sangre estimula el tránsito intestinal y suele acelerarlo con lo cual no da tiempo a que sea digerido como suele ocurrir en las hemorragias que tienen su origen en el estómago o el duodeno lo cual da a este otro tipo de hemorragias el aspecto característico de heces de color negro brillante que se denomina melenas.
 - *Hematoquecia:* este término se usa habitualmente para referirse al tipo de rectorragia caracterizada por emisión de heces mezcladas con sangre, de color rojo vinoso y con coágulos que pueden ir mezclados con las heces o envolviendo el bolo fecal.
- **Semiología:** es muy importante orientar la anamnesis a dilucidar dos cuestiones:
 - *Urgencia de la situación:* si requiere ingreso hospitalario o traslado urgente. Para ello nos fijaremos en criterios clínicos de sangrado, como constantes vitales, coloración cutáneo mucosa, síntomas de anemia como astenia, disnea obnubilación, etc. La mayor parte de las veces que alguien acude a una consulta por rectorragias no suele darse esta situación, pero sí al revés, que en determinadas circunstancias un paciente que debe ser manejado de forma ambulatoria acuda a urgencias por decisión propia o derivado desde Atención Primaria.

– *Origen de la hemorragia:* con muy pocos datos de la anamnesis que combinados con una correcta exploración prácticamente podemos establecer el origen y muchas veces la causa de la hemorragia. La sangre que aparece al limpiarse tras una defecación en el papel de color rojo claro, que es intermitente, que aparece cuando hay un episodio de estreñimiento, que se acompaña de dolor, etc., suele tener su origen en una patología situada en el canal anal o en el margen anal mientras que una hemorragia que se acompaña de alteración del hábito intestinal de sintomatología tipo tenesmo o sensación de evacuación incompleta o que incluso puede ser asintomática, percibida como coágulos con las heces o sangre aislada, generalmente tiene su origen en el colon o en el recto. Cualquier neoformación que curse con rectorragias de sangre claramente roja, debería poderse tocar en un tacto rectal, de ahí la importancia de esta maniobra clínica.

- **Pruebas complementarias:** en una consulta de coloproctología todo paciente que presenta rectorragias y prácticamente todo paciente que aqueja una patología anal salvo que sea muy dolorosa o que curse con una hipertonía esfinteriana debe de ser sometido a una anoscopia. La anoscopia es una prueba sencilla, inocua y fácil de practicar. El anoscopia debe ser para el proctólogo como la otoscopia para el otorrino o el fonendo para el cardiólogo. Una de las cuestiones más controvertidas y sobre la que existe más confusión es la pertinencia o no de realizar una colonoscopia a todo paciente que presenta rectorragias. Sobre la indicación de la colonoscopia la implantación de programas de detección precoz de cáncer colorrectal ha cambiado un poco el escenario de esta indicación. En líneas generales todo paciente que entre dentro de los criterios de riesgo de CCR por edad que presenta rectorragias es subsidiario de tener una colonoscopia completa hecha. Por lo tanto, si no tiene una en los últimos 48 meses se debería indicar una. Si el paciente es joven y la patología anal evidente, como una hemorroide que sangra al roce, una fisura aguda, etc., no es necesario, bastaría con tratar la patología y vigilar la evolución del síntoma. Si no se aprecia patología anal evidente estaría entonces indicado realizar una colonoscopia. Se adjunta un algoritmo *ad hoc*.
Otras pruebas pueden ser consideradas, pero sobre todo en el ámbito hospitalario y en situaciones de urgencias: El angio TC es la más accesible cuando se produce una hemorragia sin lesión mucosa evidente en el estudio endoscópico. Otras pruebas útiles son la cápsula endoscópica, o la arteriografía esta última con la característica que en ocasiones puede ser terapéutica si se procede a una embolización selectiva.

HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO

La hemorragia digestiva baja en el paciente con cirrosis hepática es uno de los problemas clínicos de más difícil

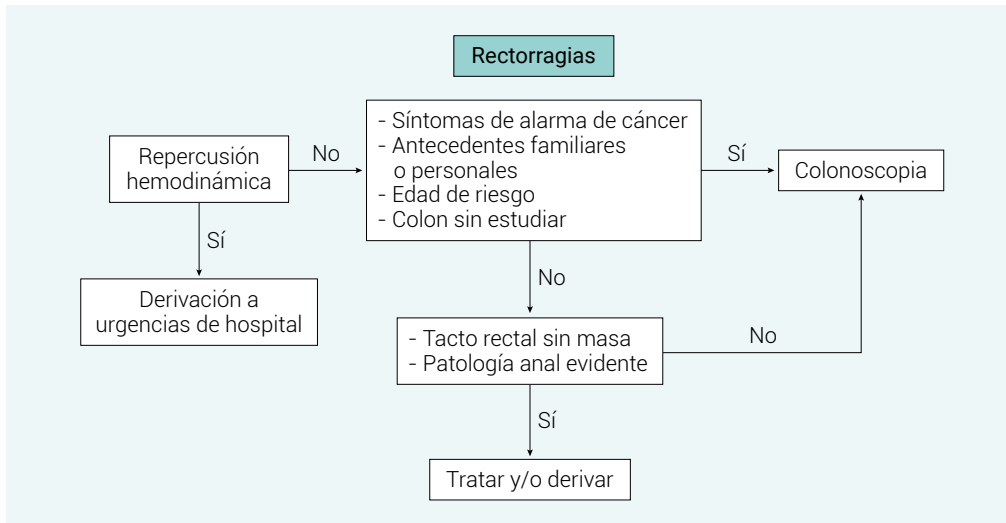


FIGURA 1. Rectorragias.

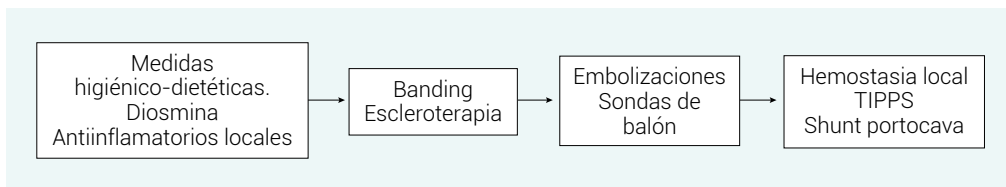


FIGURA 2.

solución a los que se enfrentan especialmente los cirujanos colorrectales.

Llama la atención en primer lugar la ausencia de datos fiables ya que no existen grandes estudios epidemiológicos disponibles⁽¹⁾. Se sabe que es menos frecuente que la hemorragia digestiva alta, se estima que afecta al 6% de los pacientes con cirrosis, mientras que la hemorragia digestiva alta afecta al 34%⁽²⁾, parece ser que puede afectar a pacientes más jóvenes que la hemorragia digestiva alta y con grados de cirrosis más leves⁽³⁾. Las causas más frecuentes son hipertensión portal, varices colorrectales y hemorroides. En la población no cirrótica las causas más frecuentes son la diverticulosis colónica y la ectasia vascular⁽³⁾.

La hemorragia digestiva puede ser aguda, subaguda u oculta y puede manifestarse en forma de rectorragias o hematoquecia, refiriéndonos a las primeras como al síntoma que se manifiesta por emisión de sangre roja aislada a través del ano y siendo considerada la hematoquecia como la presencia de sangre mezclada con las heces generalmente de color rojo vinoso. La hemorragia del colon derecho y del intestino delgado puede manifestarse también como melenas, aunque estas son más propias de la hemorragia digestiva alta⁽⁴⁾.

La dificultad muchas veces para establecer el origen de la hemorragia, el difícil manejo clínico de estos pacientes y la experiencia del mal pronóstico que tienen estas hemorragias hacen que sea esta una asignatura pendiente en el capítulo de la coloproctología. Así como en el caso de la hemorragia digestiva alta los protocolos y las guías parecen que están bastante consensuadas, en el caso de la hemorragia digestiva baja esto no es así, existe un desconocimiento de los distintos métodos terapéuticos que se pueden utilizar

y de cómo manejar en líneas generales estas hemorragias. En este apartado se pretende ordenar una serie de ideas al respecto y clarificar algunos aspectos relacionados con el diagnóstico, así como proporcionar un algoritmo que sirva de guía diagnóstico terapéutica.

ETIOLOGÍA

Hay que tener en cuenta que un paciente con cirrosis hepática puede sufrir una hemorragia por las mismas causas que cualquier otro paciente no cirrótico, aunque existen una serie de factores predisponentes que le hacen más propenso a la hemorragia digestiva baja: las alteraciones propias de la coagulopatía, la presencia de diarrea frecuente y el uso de laxantes y sobre todo la presencia de varices en el territorio colorrectal e ileal.

Las varices al igual que en el territorio supramesocólico se producen por aumento del gradiente de presión entre las venas suprahepáticas y la porta lo que produce la aparición de circulación colateral. Si este gradiente de presión normalmente es de 3-5 mmHg, cuando es superior a 12 mmHg se calcula que se desarrollan varices y si es superior a 20 mmHg⁽⁵⁾ se asocia con el riesgo de hemorragia, la trombosis en este caso de la vena mesentérica inferior favorece el sangrado. Se calcula que entre el 63 y el 94% de los pacientes tienen varices en este territorio vascular⁽³⁾, sin embargo, el sangrado no es frecuente (0,5-5%) y esto podría ser debido a que el 95% de los pacientes con varices rectales tienen también varices esofágicas y debido al mayor gradiente de presión en el territorio supramesocólico es más frecuente el sangrado de estas últimas.

DIAGNÓSTICO

En realidad, se puede hacer un diagnóstico clínico mediante la exploración y la anuscopia, habitualmente las varices anales se distinguen de las hemorroides porque se sitúan un poco más proximales a unos 4 cm de margen anal y su coloración suele ser más violácea, aunque la confirmación diagnóstica se realiza mediante endoscopia, en una rectoscopia se pueden apreciar claramente las varices rectoanales y si asociamos la ultrasonografía endoscópica con doppler el diagnóstico es aún más preciso.

TRATAMIENTO

Es muy importante saber reconocer cuando existen varices rectoanales en el contexto de una cirrosis porque el tratamiento es casi siempre conservador, son hemorragias de muy difícil tratamiento mientras no se corrija la enfermedad de base y la coagulopatía asociada, tratamiento médico inicialmente con venotónicos y pomadas antiinflamatorias, la mayor parte de las veces con esto no es suficiente y se recurre a banding o escleroterapia, si esto no es efectivo el pronóstico es malo y hay que recurrir a embolizaciones, colocación de sondas de balón exactamente igual que para las varices esofágicas y finalmente se puede recurrir desesperadamente a la cirugía local con hemostasia, colocación de un TIPPS o realización de un shunt portocava.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 652-72.
FALTA BREVE COMENTARIO DE 3 O 4 LÍNEAS

- Rockey DC. Lower gastrointestinal bleeding. Gastroenterology. 2006; 130: 165-71.
FALTA BREVE COMENTARIO DE 3 O 4 LÍNEAS
- Tan KK, Wong D, Sim R. Superselective embolization for lower gastrointestinal hemorrhage: an institutional review over 7 years. World J Surg. 2008; 32: 2707-15.
FALTA BREVE COMENTARIO DE 3 O 4 LÍNEAS
- <https://cirurgiahj23.files.wordpress.com/2016/06/proctolog-c3ada-en-atencic3b3n-primaria.pdf>
FALTA BREVE COMENTARIO DE 3 O 4 LÍNEAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Maxwell M Chait. Lower gastrointestinal Bleeding in patients with cirrosis. Arch Dig Disord. 2017; 1: 14-21.
2. Bresci G, Parisi G, Capria A. Clinical relevance of colonic lesions in cirrhotic patients with portalhypertension. Endoscopy. 2006; 38: 830-5.
3. Strate LL. Lower GI bleeding. Epidemiology and diagnosis. Gastroenterol Clin North Am. 2005; 34: 643-64.
4. Alonso P, Marzo M, Mascort JJ, Hervás AJ, Viña LM, Ferrús JA, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la rectorragia (actualización 2007). Gastroenterol Hepatol. 2008; 31: 652-72.
5. Garcia-Tsao G, Bosch J. Management of varices and variceal hemorrhage in cirrhosis. N Eng J Med. 2010; 362: 823-32.